Winter 2021 · 29. Jahrgang
Deutschland 4,50 Euro

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent – verständlich – patientengerecht



- Patientenleitlinie Long- oder Post-COVID
- Zähmt Pille Covid?
- Triage?
- Gesundheits-Apps

Offizielles Organ von:

- Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V – DPLA
- AG Lungensport in Deutschland e.V.
- Sektion Deutscher Lungentag der DAL



Ihre unteren **Atem-wege** haben für uns oberste **Priorität**.

Weitere Informationen finden Sie auf:
www.msd.de

MSD Sharp & Dohme GmbH, www.msd.de

DE-NON-01877

Editorial



Liebe Leserinnen und Leser,

bekanntlich ist Omikron im griechischen Alphabet mit 24 Buchstaben erst der 15. Nach Delta buchstabieren wir jetzt leider das Alphabet der Corona-Viren weiter. Mit der Entdeckung dieser vorläufig scheinbar viel ansteckenderen Variante von Sars-Covid 19 ist derzeit für uns alle Südafrika verbunden. Nicht, weil diese Mutation unbedingt dort entstanden sein muss, sie ist bereits in mehr als 30 Ländern nachgewiesen und sogar noch früher als dort. Aber am Horn von Afrika mit einem Bruttonationaleinkommen pro Kopf und Jahr von 5.430.- US-$ (2017) wird viel häufiger bei einer Corona-Testung eine Virussequenzierung durchgeführt als in einem Land mit 43.490.- US-$ Bruttonationaleinkommen (ebenfalls 2017). Damit sind wir, wie kürzlich in einer Leitartikelüberschrift formuliert, beim „Risikopatient Deutschland". Mitten in der vierten Welle beschließen wir am Ende des zweiten Jahres der Corona-Pandemie sogar schon eine Impfpflicht. Nicht etwa von Allen, sondern lediglich von den in Krankenhäusern, Arztpraxen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Pflege Beschäftigten. Natürlich nicht umgehend, sondern bis zum 15. März 2022. Machen die Ansteckungen so lange Pause? Die Befürchtung massenhafter Kündigungen dort Beschäftigter hat sich in Frankreich und Italien als unbegründet herausgestellt. Wissen das unsere Politiker? Am 10. Dezember hat unser neuer Gesundheitsminister, der anerkannt keine 10 Minuten Einarbeitungszeit benötigte, im Bundestag noch erklärt, es dürfe aber keinen „Überbietungswettbewerb" von Maßnahmen geben.

Am 11. Dezember wurde gemeldet, dass im Großraum London bereits dreißig Prozent aller Infektionen durch die Virus-Mutation Omikron verursacht wurden. Und wir: Jeden Tag hören wir derzeit von fallenden Inzidenzen, jedoch ansteigenden Corona-Todesfällen. Laut RKI sind die vermeldeten Zahlen aus Gründen der Überforderung regionaler Gesundheitsämter und Testzentren allerdings unvollständig. Länder, in denen die Corona-Pandemie in vorangegangenen Wellen dramatisch verlief, z.B. Portugal und Italien, haben danach konsequent gehandelt. Dort wurde effizient die Bevölkerung in weit höheren Raten geimpft. In Österreich, ebenfalls deutschsprachig und eine Demokratie, existiert ein zentrales Impfregister. Nach einer Pilotphase im Jahr 2020 wird es dort bundesweit eingesetzt. Wo bleibt das in Deutschland? In diesem Jahr feierte Deutschlands „beliebtester Punktesammler", das Kraftfahrtbundesamt in Flensburg seinen 70. Geburtstag und hat bereits im 45. Jahr eine EDV-Erfassung! Bei Verkehrssündern funktioniert es doch, wegen fälliger Gebühren?

Grundlage des elektronischen Impfausweises in Österreich ist die e-card. In Deutschland wird an der elektronischen Patientenakte bereits über 12 Jahre gebastelt. In Österreich kommt eine Impfpflicht für alle Personen ab 14 Jahren und das ab dem 01. Februar 2022. Der dort seit dem 22. November landesweit bestehende Lockdown zeigte Wirkung und wird zum 12. Dezember aufgehoben. Allerdings bleibt für Menschen ohne gültigen 2-G-Nachweis die generelle Ausgangsbeschränkung unverändert. Seine subjektive Selbstbestimmung kann man wieder zurückerlangen, wenn man sich doch für eine Impfung entscheidet. Dies kann man auch als aktive Nächstenliebe für das ausgelaugte Personal auf den Intensivstationen verstehen. Weit über die Grenzen der Zumutbarkeit wird es überwiegend durch nicht Geimpfte belastet. Keiner von uns will die Anwendung der Triage, bürokratischer auch Priorisierung genannt, an sich selbst erfahren, wenn ihn ein Herzinfarkt, Schlaganfall oder sonstiger Notfall trifft. Siehe auch unser Artikel hierzu in diesem Heft.

In Südafrika ist aktuell die Zunahme neuer Fälle mit Corona- Infektionen offiziell als „beispiellos" erklärt worden. Dies müssen wir in Deutschland vermeiden. Hohe Impfraten und Booster-Impfungen sind unbedingt schnell zu erreichen. Unser neuer Bundeskanzler erklärte am 9.Dezember abends hierzu: „Wir werden uns darauf einstellen müssen, dass wir uns immer mal wieder einen Pieks besorgen müssen, um gut geschützt zu sein." In diesem Sinne wünsche ich Ihnen allen besinnliche Weihnachten und ein kommendes gutes neues Jahr. Vor allem aber bleiben Sie gesund.

Mit luftigen Grüßen

Ihr Dr. med. Michael Köhler
Vorsitzender der DPLA und
das gesamte Team der Luftpost

Aktuelles

5 Zähmt Pille Covid?
6 Long- oder Post-COVID? Medizinische Fachgesellschaften veröffentlichen erste Patientenleitlinie
9 Jetzt Impfstoff Boostern
10 Geruchsverlust bei Frauen nach COVID-19-Infektion häufiger
14 Heilmittelbehandlungen auch per Video
17 Neu anerkannte Berufskrankheiten

Zu Ihrer Information

18 Auf die Klinik kommt es an beim Hüft- oder Kniegelenkersatz
20 Gesundheits-Apps auf dem Prüfstand
23 Gemeinsamer Bundesausschuss bewertet mit Remdesivir erstmals den Zusatznutzen eines antiviralen COVID-19-Arzneimittels
24 Protonentherapie
25 Weitere Leistungen der Krankenversicherung
26 Schutz vor grundrechtswidriger Triage ist Pflicht
28 Durchblick am Bildschirm
30 Handbike für querschnittsgelähmten Versicherten
32 Seuchen in der Literatur - Teil 2

Lungensport

35 Aktiv im Alltag - Atemübungen ohne Gerät

Klinikvorstellung

38 Klinik für Pneumologie, Schlafmedizin und Beatmungsmedizin Zentralklinik Bad Berka

Über den Tellerrand hinaus

42 Deutsche Tinnitus-Liga e. V. Hilfe zur Selbsthilfe

Selbsthilfe

44 Dank an Krankenkassen und Unterstützer im Jahr 2021
45 Flyer der Atemwegsliga
46 Ortsverbände der **D**eutschen **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
48 Warum auch Sie Mitglied in der **D**eutschen **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. – der **DPLA** - werden sollten
49 Mitgliedsantrag

Rubrik

50 Impressum
50 Abonnement der Luftpost

Bitte jetzt auch gegen Grippe und Pneumokokken impfen lassen!



Anzeige

Zähmt Pille Covid?


Foto: AdobeStock / ipopba

Was seit bald zwei Jahren weltweit versucht wird, scheint mit der neuen Pille von Pfizer möglich werden zu können. Das Unternehmen hat jetzt Ergebnisse mit seiner Tablette vorgestellt. Die Wirksamkeit kann sich danach sehen lassen – sie liegt bei 89 Prozent.

Vor kurzem zeigte erstmals ein Transkriptasehemmer, vereinfacht ist dies ein Hemmstoff der ein Enzym, dass das vom Corona-Virus zur Weitergabe seiner Erbinformationen benötigt wird, „unschädlich" macht, positive Ergebnisse. In der frühen Behandlung einer COVID-19-Infektion konnte jetzt eine Tablette von Pfizer gemeinsam mit dem ersten Transkriptasehemmer noch mehr Wirksamkeit zeigen. Diese Tablette wurde speziell gegen das SARS-CoV-2-Virus entwickelt.

Laut einer Pressemitteilung wurde danach das Risiko von Krankenhauseinweisungen und von tödlichen Krankheitsverläufen bei den damit behandelten COVID-19-Patienten um 89 Prozent gesenkt. Untersucht wurden nicht hospitalisierte erwachsene Covid-Patienten mit einem hohem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf.

Bei allen Patienten bestand eine gesicherte SARS-CoV-2-Infektion mit leichten bis mittelschweren Krankheitszeichen und mindestens einer ihr Risiko erhöhenden Grunderkrankung.

Sowohl bei den innerhalb von drei Tagen nach Auftreten von Symptomen mit der Tablette behandelten Patienten als auch bei den innerhalb von fünf Tagen nach Symptombeginn behandelten Patienten. Hier betrug die Rate der Krankenhauseinweisungen in der mit der Tablette behandelten Gruppe bei nur 6 von 607 (1,0 %), verglichen mit 41 von 612 der Patienten, die ein Placebo erhielten (6,7 %). Kein Patient der Tablettengruppe verstarb an COVID-19. Im Vergleich dazu aber 17 der 997 mit Placebo behandelten Patienten. Auch hier lag eine hohe statistische Signifikanz vor ($p<0{,}0001$).

Die behandlungsbedingten unerwünschten Ereignisse waren zwischen den beiden Behandlungsgruppen vergleichbar mit leichtem Vorteil für die Wirkstoffgruppe.

In den USA wird jetzt eine Notfallzulassung angestrebt. „Die bisherigen Daten deuten darauf hin, dass dieser Wirkstoff das Potenzial hat, Patientenleben zu retten, den Schweregrad von COVID-19-Infektionen zu verringern und bis zu neun von zehn Krankenhausaufenthalten zu vermeiden", wird Albert Bourla, CEO von Pfizer, zitiert.

Im Falle einer Zulassung durch die Gesundheitsbehörden wäre dies das erste orale Virustatikum gegen COVID-19.

Quelle:
Nach einer Pressemitteilung von Pfizer vom 05.11.2021

Long- oder Post-COVID?

Medizinische Fachgesellschaften veröffentlichen erste Patientenleitlinie



Foto: AdobeStock / niphon

Müdigkeit, Erschöpfung, Konzentrationsstörungen – zehn bis 15 Prozent der Patientinnen und Patienten haben nach einer Covid 19-Infektion oft bestehende Krankheitssymptome. Über mehr als 200 Symptome sind möglich. Medizinerinnen und Mediziner bezeichnen diese Langzeitfolgen als Long- oder Post-COVID-Syndrom. Betroffene wissen häufig nicht, was sie tun sollen oder an wen sie sich wenden können. Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) hat deshalb zusammen mit weiteren medizinischen Fachgesellschaften und Betroffenen die neue Patientenleitlinie „Long- bzw. Post-COVID-Syndrom" veröffentlicht, die sich gezielt an selbst Betroffene und ihre Angehörigen richtet. Die Leitlinie gibt einen Überblick über häufige Symptome der Erkrankung und zeigt auf, was Erkrankte tun können, um mit den Beschwerden zurechtzukommen.

Beispiele:
„In Folge meiner Infektion leide ich unter Denk- und Konzentrationsstörungen. Was hat das zu bedeuten? Wird sich das wieder bessern? Was kann ich gegen Fatigue unternehmen? Seit meiner COVID-19-Erkrankung habe ich häufig Kopfschmerzen. Woher kommt das? Was kann ich gegen die Riechstörungen tun? An wen wende ich mich jetzt?"

Diese und weitere Fragen von Erkrankten beantwortet die neue Patientenleitlinie, die sich auf die **ärztliche S1-Leitlinie „Long-/Post-COVID"** stützt. „An der Leitlinie waren nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Betroffene und Selbsthilfegruppen beteiligt", sagt Dr. med. Christian Gogoll, federführender Koordinator der Patientenleitlinie. „Ziel war es einen allgemeinverständlichen Überblick zu den Themen Long- beziehungsweise Post-COVID-Patienten zu erstellen."

Neue, beziehungsweise direkt nach einer COVID-19-Infektion bemerkte und anhaltende Symptome werden als Long- oder Post-COVID bezeichnet. Laut Definition des Britischen National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) werden als

- **Long-COVID** benannt: Beschwerden, die länger als vier Wochen nach der akuten COVID-19-Erkrankung bestehen.
- **Post-COVID:** Hingegen beschreibt ein Krankheitsbild mit Symptomen länger als 12 Wochen nach der ursprünglichen Infektion.

Menschen, die sich Sorgen über ihren Gesundheitszustand im Zusammenhang mit COVID-19 machen, sollten – unabhängig davon, ob sie positiv auf das Coronavirus getestet wurden oder nicht – einen Arzt aufsuchen.

Definition Long-COVID inhaltlich

Symptome, die aus der akuten COVID-19 Phase oder deren Behandlung fortbestehen

Symptome, die zu einer neuen gesundheitlichen Einschränkung geführt haben;

Symptome, die nach der aktuellen Phase aufgetreten sind, aber als Folge von COVID-19 assoziierte werden

Verschlechterung einer vorbestehenden Grunderkrankung

Ceravolo et al. 2020/S1 LL Koczulla et al.

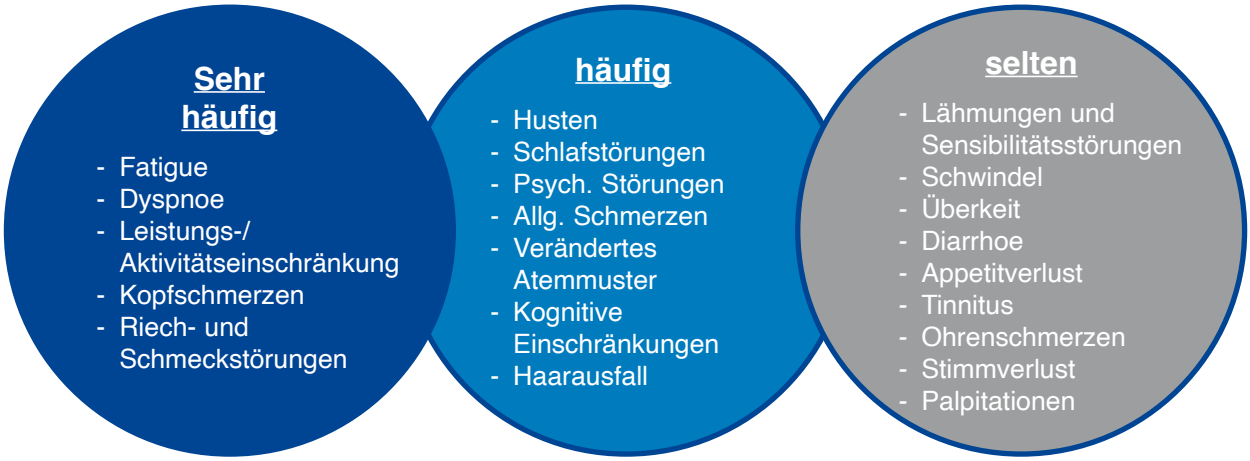
Für Patienten, die an COVID-19 erkrankt waren, empfiehlt sich generell ein Nachsorgetermin. „In erster Instanz sollten Patienten immer eine Hausarztpraxis kontaktieren – idealerweise die, in der sie bereits bekannt sind und die ihre Krankengeschichte kennt", so Gogoll. „Dieses Vorgehen verhindert, dass sich Betroffene bei unterschiedlichen Spezialisten vorstellen und, auf sich allein gestellt, von Termin zu Termin durchkämpfen müssen. Vom Hausarzt werden die Patienten ausführlich körperlich untersucht und je nach Beschwerden, die bei Long- und Post-COVID vielfältig sind, gezielt weitere Untersuchungen wie erweiterte Lungenfunktionstests oder ein Elektrokardiogramm (EKG) durchgeführt beziehungsweise veranlasst."

Wenn Fachärzte wie Pneumologen, Kardiologen oder Psychosomatiker aufgesucht oder Behandlungen in unterschiedlichen Ambulanzen, eine Physio- oder Ergotherapie oder Rehamaßnahmen angeschlossen werden müssen, können die Hausärzte dorthin überweisen.

Die Fachgesellschaft der deutschen Pneumologen (DGP) möchte mit der Patientenversion der Long- bzw. Post-COVID-Leitlinie vor allem die Betroffenen selbst aufklären. „Patienten sollten wissen, dass anhaltende Symptome auch nach einem milden oder möglichen COVID-19-Verlauf häufig sind", sagt Professor Torsten Bauer, Präsident der DGP. „Die Symptome bilden sich bei einem Großteil der Patienten im Verlauf einiger Wochen bis Monate vollständig zurück. Meist bleiben keine bleibenden Schäden", ergänzt Professor Claus Vogelmeier, Vorsitzender der Deutschen Lungenstiftung.

Wie vielfältig die Symptomatik und wie komplex die Behandlung stark betroffener COVID-Patientinnen und -Patienten sein kann, machte Frank Elsholz, Oberarzt und Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin an der LungenClinic Grosshansdorf deutlich. „Bei Patienten, die nach einem längeren Aufenthalt auf der Intensivstation zu uns kommen, besteht in der Regel ein vollständiger Verlust oder zumindest eine deutliche Einschränkung der Selbstständigkeit", sagt Elsholz. Neben Schäden durch die Erkrankung selbst – am häufigsten einer Beeinträchtigung der Lungenfunktion – litten die Patienten auch unter starkem Muskelabbau mit weitgehendem Funktionsverlust der Rumpfmuskulatur, der Arme und der Beine. Gehen und Stehen, Halten und Greifen sei nicht immer möglich, hinzu kämen oft neurologische Symptome wie Gedächtnisstörungen und Konzentrationsverlust. Als Folge der Beatmung könne auch die Schluck- und Sprechfähigkeit eingeschränkt sein. In der Frührehabilitation sei daher eine intensive interdisziplinäre Betreuung notwendig, bei der Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger und Therapeutinnen und Therapeuten unterschiedlicher Fachrichtungen eng abgestimmt zusammenarbeiten.

Häufigkeit Long-COVID-Symptome



Koczulla et al. S1 LL Graphik konsentiert

Die vollständige Patientenleitlinie steht auf der Website der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) unter https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/020-027.html zum Download bereit. Bei der Leitlinie handelt es sich um eine sogenannte Living Guideline – eine lebende Leitlinie, die basierend auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen fortlaufend aktualisiert wird.

Erklärfilm der DGP zur Patientenleitlinie:
https://pneumologie.de/index.php?id=243

Quellen:
nach Pressemitteilungen
der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)
vom 18.08. und 07.10.2021

Die beschriebenen Ärzte:

Dr. med. Christian Gogoll

Professor Claus Vogelmeier
Vorsitzender der
Deutschen Lungenstiftung



Professor Torsten Bauer
Präsident der DGP



Frank Elsholz
Oberarzt und Facharzt für
Physikalische und Rehabilitative
Medizin an der LungenClinic
Grosshansdorf



JETZT IMPFSCHUTZ BOOSTERN

Allen geimpften Bürgerinnen und Bürgern wird 6 Monate nach der Grundimmunisierung mit der COVID-19-Impfung die Auffrischungsimpfung – der sogenannte Booster – empfohlen. Dies gilt insbesondere für ältere Menschen, Vorerkrankte und medizinisches Personal. Sorgen Sie rechtzeitig vor dem Winter für Ihren bestmöglichen Impfschutz!

Alle sollten ihren Impfschutz 6 Monate nach der Grundimmunisierung auffrischen lassen – insbesondere diese Personengruppen:

Personengruppe	Wann?	+ Empfehlung zur Auffrischungsimpfung mit einem mRNA-Impfstoff, egal mit welchem Impfstoff die Grundimmunisierung stattfand
 **Ältere Menschen**	In der Regel ab **6 Monaten** nach vollständiger Grundimmunisierung	**Alle Bürgerinnen und Bürger 60 plus.**
 **Vorerkrankte/ Immungeschwächte**	In der Regel ab **6 Monaten** nach vollständiger Grundimmunisierung	Bei einer **stark ausgeprägten Immunschwäche** sollte generell eine Optimierung der Grundimmunisierung ab **4 Wochen** nach der letzten Impfung stattfinden. Über eine spätere Auffrischungsimpfung muss im Einzelfall entschieden werden. **Auch enge Kontaktpersonen von stark Immungeschwächten** können nach 6 Monaten eine Auffrischungsimpfung erhalten.
 **Pflegebedürftige**	In der Regel ab **6 Monaten** nach vollständiger Grundimmunisierung	Diese Personengruppe beinhaltet auch Bewohnerinnen und Bewohner **von Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen** und **anderen gefährdeten Gruppen** sowie **Pflegebedürftige im eigenen Haushalt.**
 **Pflegekräfte und medizinisches Personal**	In der Regel ab **6 Monaten** nach vollständiger Grundimmunisierung	Diese Personengruppe umfasst generell **medizinisches und pflegerisches Personal, das einem erhöhten Coronavirus-Infektionsrisiko ausgesetzt ist.**
 **Personen, welche mit den Impfstoffen von Johnson & Johnson oder AstraZeneca geimpft wurden**	**AstraZeneca:** in der Regel ab **6 Monaten** nach vollständiger Grundimmunisierung **Johnson & Johnson:** in der Regel ab **4 Wochen** nach vollständiger Grundimmunisierung	Eine Auffrischungsimpfung ist sowohl bei einem homologen (Vektorimpfstoff + Vektorimpfstoff) als auch einem heterologen Impfschema (Vektorimpfstoff + mRNA-Impfstoff) empfohlen. **Wichtig zu wissen: Nach Ansicht der Ständigen Impfkommission (STIKO) ist eine einzelne Dosis des Impfstoffs Janssen® von Johnson & Johnson als Grundimmunisierung nicht ausreichend. Daher sollte zur Verbesserung der Wirksamkeit der Grundimmunisierung 4 Wochen nach der Erstimpfung ein mRNA-Impfstoff verabreicht werden.**

Gut zu wissen: Grundsätzlich ist es nicht erforderlich, vor einer Auffrischungsimpfung einen Antikörpertest zu machen.

Holen Sie sich Ihre Auffrischungsimpfung! Kontaktieren Sie jetzt Ihre Ärztin oder Ihren Arzt!

Die überwiegende Mehrheit der Menschen, die wegen eines schweren COVID-19-Verlaufes im Krankenhaus behandelt werden müssen, ist ungeimpft!

Bleiben Sie auf dem Laufenden:

bmg.bund
bmg_bund
Bundesministerium für Gesundheit
bundesgesundheitsministerium

Weitere Informationen, auch in mehreren Sprachen, zum Download als Video oder als Newsletter unter ***Corona-Schutzimpfung.de***

DEUTSCHLAND KREMPELT DIE #ÄRMELHOCH
CORONA-SCHUTZIMPFUNG.DE

Geruchsverlust bei Frauen nach COVID-19-Infektion häufiger


Foto: AdobeStock / kittyfly

In einer britischen Studie wurden Geruchs- und Geschmacksverlust, die nach COVID-19 häufig sind, in einer Nachbeobachtung über 4 – 6 Wochen untersucht. Patienten mit bekanntem IgG/IgM-Antikörperstatus gegen SARS-CoV-2 erlangten ihren Geruchssinn früher wieder, wenn sie seronegativ waren. Frauen über 40 Jahre und Menschen mit bereits verändertem Geruchs- und/oder Geschmackssinn waren danach häufiger betroffen. Die Autoren rechnen die Geruchs-/Geschmackssinnstörungen aufgrund ihrer Befunde zu den Symptomen von Long COVID.

Geruchsverlust und Einbußen im Geschmackssinn sind häufig auftretende Symptome von COVID-19. „**Long COVID**", also **länger anhaltende Symptome, betreffen nach aktuellen Schätzungen etwa jeden 5. Patienten**. Allerdings fehlen noch Daten zum weiteren klinischen Verlauf dieser Störungen. In einer Studie wurde nun der **Geruchs- und Geschmacksverlust** in einer Nachbeobachtung über 4 – 6 Wochen untersucht. Dabei sollten mögliche Risikofaktoren für den anhaltenden Verlust des Geruchssinns identifiziert werden und zugleich wurde ermittelt, ob diese Beeinträchtigung häufig bei „Long COVID" auftritt.

467 Patienten in London mit seit 4 – 6 Wochen bekanntem IgG/IgM-Antikörperstatus gegen SARS-CoV-2 und akutem Geruchs- und/oder Geschmacksverlust füllten dabei einen Nachbeobachtungs-Fragebogen zum Verlauf und einer eventuellen Verbesserung ihrer Symptome nach einer COVID-19-Infektion aus. Eine Teilgruppe von 50 Teilnehmern führte zusätzlich einen speziellen „Geruchs-Test" aus, dessen Ergebnisse mit Selbsteinschätzungen verglichen wurden.

Im Ergebnis erlangten die Patienten mit SARS-CoV-2-Antikörpern deutlich seltener im Verlauf der Beobachtung ihren Geruchssinn wieder, als diejenigen, bei denen keine COVID-19-Antikörper nachgewiesen wurden.

- Geruchswiederherstellung: seropositiv: 57,7 % vs. seronegativ 72,1 % (p = 0,027)
- Erholung des Geschmackssinns: seropositiv: 66,2 % vs. seronegativ 80,3 % (p = 0,017)

Bei den SARS-CoV-2-positiven Studienteilnehmern erholte sich der Geruchssinn bei 72,8 % der Männer innerhalb der Beobachtungszeit wieder vollständig jedoch nur bei 51,4 % der Frauen. Dabei waren die Frauen mit anhaltendem Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn deutlich älter (über 40 Jahre) als die Frauen, deren Sinne sich wieder komplett erholt hatten. Manche Patienten mit Geruchsverlust konnten einen Geruch nicht korrekt einordnen, sondern nahmen etwas zuvor angenehm Riechendes nun als etwas sehr unangenehm Stinkendes wahr. Bei diesen Patienten erholte sich der Geruchssinn seltener im Beobachtungszeitraum.

Obwohl Geruchs- und Geschmacksverlust häufig vorübergehende Erscheinungen bei einer COVID-19-Infektion sind, zeigten 42 % der Teilnehmer anhaltenden Geruchsverlust, 34 % anhaltenden Geschmacksverlust und 36 % Geruch- und Geschmacksverlust in der Beobachtungszeit nach 4 – 6 Wochen. Diese Symptome zählen demnach zu Long COVID. Betroffen sind Frauen, besonders ab 40 Jahren, und Menschen mit einer veränderten Wahrnehmung von Geruch und/oder Geschmack (Parosmie oder Parageusie). Dies sollte in der Behandlung stärker berücksichtigt werden.

Autor:
Makaronidis, Janine, et al. "Distorted Chemosensory Perception and Female Sex Associate with Persistent Smell and/or Taste Loss in People with SARS-CoV-2 Antibodies: A Community Based Cohort Study Investigating Clinical Course and Resolution of Acute Smell and/or Taste Loss in People." BMC Infectious Diseases 21, no. 1 (December 25, 2021): 221

Anzeige

OXYCARE GmbH
Medical Group
FON +49(0)421 48 99 66 • www.oxycare.eu
MEMBER OF SOS oxygène

Wir versorgen Sie u. a. mit
• SAUERSTOFF •
• INHALATION • BEATMUNG •

CORONA-TIPPS
Präventiver Therapieansatz:
z.B. Inhalation mit Ambroxol und
Überwachung der Sauerstoffsättigung im Blut
mit dem Pulsoxymeter OXY310
Infos: https://www.oxycare-gmbh.de/Krankheiten/Coronavirus (COVID-19)

Fingerpulsoxymeter OXY 310 29,95 €

Beatmung mit COPD-Modi
(ähnlich der sog. Lippenbremse)
prisma VENT 50-C mit High-Flow-Modus 5-60 l/min
• prisma VENT 30/40/50/50-C von Löwenstein Medical
• OXYvent Cube 30 ATV
- Target Volumen
- Target Minuten Volumen und Triggersperrzeit einstellbar
Made in Germany: Angebotspreis 2.995,00 €
Infos/Studien:
www.oxycare-gmbh.de: Therapie/Beatmung

Sauerstoffversorgung
– Stationär, mobil oder flüssig z.B.:
• SimplyGo, mit 2 l/min Dauerflow
• SimplyGo Mini, ab 2,3 kg
• Inogen One G5, ab 2,15 kg
• Platinum Mobile POCI
Inogen One G5 ab 2.195,00 €

NEU • Medizinische Cannabisverdampfer-/vernebler

• VOLCANO MEDIC 2
Tisch- Cannabisverdampfer
- Inhalation sowohl mit in Alkohol gelösten, medizinischen Cannabinoiden als auch mit getrockneten Cannabisblüten möglich
- Inhalation über Ventilballon oder Schlaucheinheit

• MIGHTY+ MEDIC
Mobiler Akku-Cannabisverdampfer
- Zur Verdampfung und anschließender Inhalation von medizinischen Cannabinoiden aus getrockneten Cannabisblüten
- Für den mobilen Einsatz zu Hause, im Krankenhaus und in der Arztpraxis

Medizinisch zertifiziert
Verordnungs-/rezeptfähig

Abbildungen können abweichen. Preisänderungen/Druckfehler vorbehalten

Fon 0421-48 996-6 · Fax 0421-48 996-99
E-Mail ocinf@oxycare.eu · Shop: www.oxycare.eu

Wenn Asthma das Familienleben bestimmt

Die Diagnose Asthma wird nicht selten gestellt: Sie kann Männer und Frauen, Erwachsene, Teenager und oft Kinder treffen. Mit fortschreitendem Alter und wachsender Einsicht kann man die Erkrankung besser annehmen, sie selbst einordnen und die verordnete Behandlung besser anpassen. Doch was, wenn es ein Kind trifft? Wenn plötzlich das eigene Kind an Asthma erkrankt ist?

Diese Erfahrung musste Frau S. mit ihrer Tochter Klara (heute 13 Jahre alt) machen, denn diese Diagnose begann das Leben der Familie stark zu beeinflussen. Zum einen war da die Angst der Eltern – jeder Atemzug des Kindes wurde beobachtet, um im Notfall schnellstmöglich zu handeln. Zum anderen hatte sich ihr Alltag stark verändert, denn mit der chronischen Krankheit ihrer Tochter wurden sie zum „Stammgast" bei Ärzten.

Am Anfang habe ich sie immer beobachtet:

Alles begann als Klara fünf Jahre alt war. Nach einer schweren Bronchitis und immer wiederkehrenden grippalen Infekten, hat sie ein Asthma entwickelt. „Ich muss sagen, das war für uns eine totale Überraschung", erzählt Klaras Mutter. Nach dieser Diagnose war das Leben von Familie S. drastisch verändert, denn ab sofort stand Klaras Asthma im Vordergrund. „Ich habe sie eigentlich immer beobachtet, wie es ihr geht, wie sie atmet oder hustet. Wenn es Klara schlechter ging, bin ich immer gleich mit ihr zum Arzt gefahren. Wieder zu Hause hatte ich oft das Gefühl völliger Hilflosigkeit. Das war wirklich keine schöne Zeit."

Nach Klaras Erkrankung musste sich ihre Mutter völlig auf das Asthma ihres Kindes einstellen. Frau S. ist selbstständig und kann ihre Arbeitszeiten flexibler gestalten als andere. Trotzdem – „In der ersten Zeit ihrer Erkrankung konnte ich fast überhaupt nicht mehr arbeiten, weil ich ständig auf Abruf war. Es kam häufig vor, dass Klara nicht in den Kindergarten gehen konnte oder später aus der Schule abgeholt werden musste." Im ersten Schuljahr hatte Klara noch Probleme mit der Anwendung ihrer Asthmamedikamente. Ihre Lehrer wollten dies aus rechtlichen Gründen nicht übernehmen. So musste Klaras Mutter regelmäßig in die Grundschule fahren. Frau S. berichtet: „Ständig konnte das Telefon klingeln, dann musste ich ganz schnell losfahren, um meinem Kind mit dem Notfallmedikament schnell helfen zu können."


Foto: Bosch

Der große Asthma-Schock zum Nikolaus

Aber das Asthma hat nicht nur den Alltag von Familie S. umgekrempelt, sondern der Familie mitunter auch große Angst bereitet. „Es war vor dem Nikolaustag. Klara verspürte eine starke innere Anspannung, was sie nach außen aber nicht zeigte." In der folgenden Nacht und am nächsten Tag hatte Klara immer wieder große Atemprobleme und musste irgendwann regelrecht nach Luft schnappen. Als man sie schließlich ins Krankenhaus fuhr, wurde sehr schnell klar, dass sie diesen Asthmaanfall nicht allein in den Griff bekommen hätte. Denn Klara lag Tage im Krankenhaus und musste überwacht werden. „Mitunter hatte ich damals wirklich Panik", erinnert sich Frau S. Dieser schlimme Asthmaanfall kam für die Familie wie aus dem Nichts. Es gab keine eindeutigen Anzeichen, die sie vorgewarnt hätten.

Wieder mehr Sicherheit für Klara

Danach war die Familie zutiefst verunsichert. „Klaras Asthma ist so unberechenbar. Vor der Attacke hatte ich immer die Sicherheit, dass Klara das Medikament inhaliert und dass es dann schnell wirkt. Als es damals nicht mehr half, waren wir plötzlich so hilflos. Und diese Furcht ist immer noch da." Um die Asthmaerkrankung besser in den Griff zu bekommen, empfahlen Ärzte Klara regelmäßige Peak-Flow-Messungen. Doch Klara hatte Probleme mit der Durchführung und die Werte haben uns keine Sicherheit gegeben.

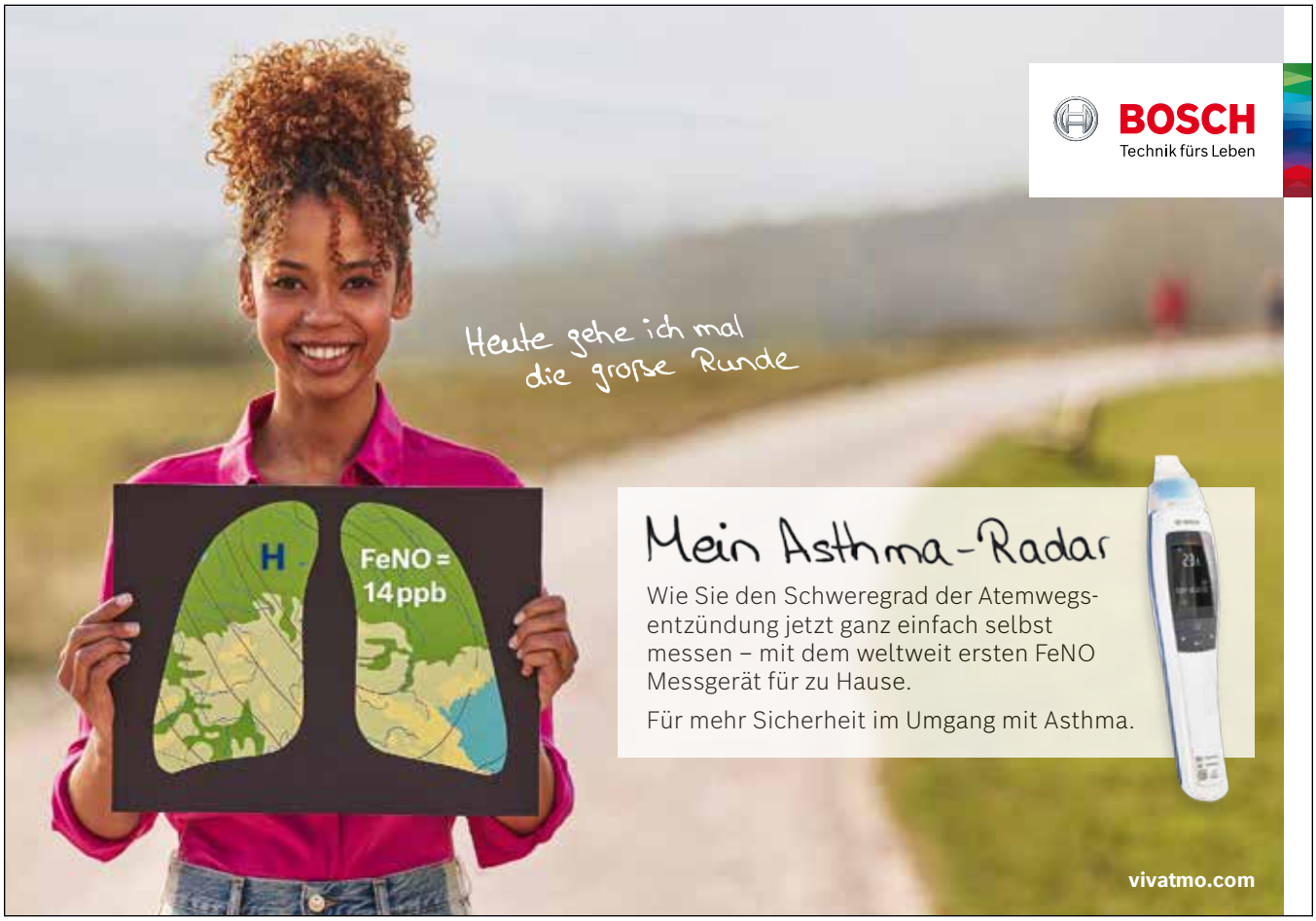
Auf eine Empfehlung aus dem Freundeskreis hat sich Familie S. dann entschieden, das FeNO-Heimmessgerät „Vivatmo me" auszuprobieren. „Ich war anfangs auch wegen unserer Erfahrungen mit den Peak-Flow-Messungen skeptisch, aber das war eigentlich unnötig. Durch das regelmäßige Messen des Entzündungswertes konnten wir früher erkennen, wann es Klara schlechter gehen könnte, ohne dass sie es schon spürte", berichtet Klaras Mutter. Mittlerweile führt Klara die Atemmessungen völlig selbständig durch und misst ihren FeNO- Wert etwa einmal pro Woche. So erkennt sie krankheitsbedingte Entzündungen ihrer Lunge und fühlt sich dadurch deutlich sicherer im Umgang mit ihrem Asthma. Die Messwerte werden automatisch mit ihrer App auf das Smartphone übertragen. So können Klara und ihre Mutter steigende Entzündungswerte frühzeitig erkennen, bevor sie in den roten Bereich kommen und sich das Asthma so verschlechtern könnte. Wenn dagegen die Werte im grünen Bereich liegen, wissen sie Klaras Asthma gut eingestellt und sie darf unternehmen wozu sie Lust hat.

Ein besseres Gefühl: Alles Wichtige immer dabei!

Die Asthmaerkrankung hat natürlich auch Auswirkungen auf Klaras Freizeitaktivitäten. Gerade wenn Übernachtungen bei Freundinnen oder Klassenfahrten anstanden, entstand immer Unruhe und Anspannung bei den Eltern, obwohl Klara ihr Notfallspray selbstverständlich dabei hatte. Seit sie „Vivatmo me" regelmäßig nutzt, ist das Messgerät, das etwa so groß ist wie eine Haarbürste, immer mit dabei. Es ist zwar nicht als Hilfe im akuten Notfall geeignet, gibt ihr und ihren Eltern aber ein gutes Gefühl der Sicherheit. Und im Zweifel kann sie immer schnell eine Messung machen, wenn sie unsicher ist, was sie sich zumuten darf. Klara berichtet erleichtert: „Früher konnte ich nie wirklich einschätzen, wie mein Asthma reagiert. „Das kann ich jetzt einfach besser!" Und auch Frau S. kann ihre Tochter nun beruhigter in - für andere - ganz alltägliche Situationen ziehen lassen und sich entspannter fühlen.

Und darüber hinaus hilft das „Vivatmo me" der Familie sogar neue Risiken zu erkennen, die sie ohne Messgerät vielleicht nie erkannt hätten. „Da steht bei den Nachbarn eine Zeder, die blüht im Herbst und hat dann ganz viele Pollen. Ich habe gedacht, Klara reagiert nicht darauf. Durch ihr Gerät konnten wir sehen, dass ihre Entzündungswerte dann stark anstiegen. Kaum hat es geregnet aber waren die Pollen aus der Luft wie weggewaschen und Klaras Werte wieder besser. Wirklich toll das zu sehen."

Anzeige



Gemeinsamer Bundesauschuss ermöglicht Heilmittelbehandlungen auch per Video



Foto: AdobeStock / gamelover

Bisher können Heilmittelbehandlungen wie Sprach- und Ergotherapie – abgesehen von den zeitlich befristeten Corona-Sonderregelungen – ausschließlich in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten oder im häuslichen Umfeld stattfinden. Der Gemeinsame Bundesausschuss[1] (G-BA) hat am 21. Oktober mit einer Änderung der Heilmittel-Richtlinien ermöglicht, dass Heilmittelleistungen zukünftig auch telemedizinisch erbracht werden können. Welche der konkreten verordnungsfähigen Heilmittel hierfür geeignet sind, sollen hingegen der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer bis Ende 2021 vertraglich festlegen. Das hatte das „Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege" vorgegeben.

„Ging es in der Corona-Pandemie darum, dank der Technik Therapien anzubieten, zugleich aber persönliche Kontakte und damit auch ein Infektionsrisiko zu begrenzen, gehen wir jetzt weiter. Heute hat der Gemeinsame Bundesausschuss in den Heilmittel-Richtlinien die Voraussetzungen für eine dauerhafte telemedizinische Regelung beschlossen. Gerade im ländlichen Raum kann die Videobehandlung dazu beitragen, lange Fahrtwege einzusparen", erläuterte Dr. Monika Lelgemann, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Veranlasste Leistungen. „Nach wie vor kritisch sehe ich die vom Gesetzgeber vorgenommene Kompetenzverlagerung: Statt eines transparenten Beratungsverfahrens beim G-BA sollen nun Verträge definieren, welche Heilmittel und welche Therapiesituation für eine Videobehandlung geeignet sind. Wird die Videotherapie nicht sachgerecht angewendet, kann es zu schwerwiegenden negativen Effekten in der Patientenversorgung kommen. Genau das hätte der G-BA mit seinen Verfahren unter wissenschaftlicher Begleitung verhindert – Vertragsverhandlungen können das nicht leisten."

Wie wird eine Heilmittelbehandlung per Video vereinbart?

Sofern keine medizinischen Gründe gegen eine telemedizinische Versorgung sprechen, verständigen sich die Therapeutin oder der Therapeut mit der Patientin oder dem Patienten gemeinsam darüber,



Dr. Monika Lelgemann, unparteiisches Mitglied des G-BA

ob Behandlungseinheiten auch per Video erbracht werden sollen. Dies ist für beide Seiten freiwillig und ein Wechsel zu einer Behandlung in Präsenz jederzeit möglich.

Ab wann können Heilmittel auch telemedizinisch erbracht werden?

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie, bestimmte Arten der Physiotherapie und Ernährungstherapie können aufgrund pandemiebedingter Corona-Sonderregelungen des G-BA bis 31. Dezember 2021 als **Videobehandlung** erfolgen.

Die regelhafte Möglichkeit für eine telemedizinische Heilmittelbehandlung besteht, sobald die Beschlüsse zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung in Kraft getreten sind und der GKV-Spitzenverband mit den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer entsprechende bundeseinheitliche Verträge geschlossen hat. Voraussetzung hierfür ist, dass das Bundesministerium für Gesundheit keine rechtlichen Einwände gegen die heutigen Beschlüsse hat.

Quelle:
Pressemitteilung des G-BA
vom 21. Oktober 2021



Foto: Sven Pietschmann/G-BA

[1] Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 73 Millionen Versicherte. Der G-BA legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden.

Rechtsgrundlage für die Arbeit des G-BA ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Entsprechend der Patientenbeteiligungsverordnung nehmen Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter an den Beratungen des G-BA mitberatend teil und haben ein Antragsrecht.

Den gesundheitspolitischen Rahmen der medizinischen Versorgung in Deutschland gibt das Parlament durch Gesetze vor. Aufgabe des G-BA ist es, innerhalb dieses Rahmens einheitliche Vorgaben für die konkrete Umsetzung in der Praxis zu beschließen. Die von ihm beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure der GKV bindend.

Bei seinen Entscheidungen berücksichtigt der G-BA den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und untersucht den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer Leistung aus dem Pflichtkatalog der Krankenkassen. Zudem hat der G-BA weitere wichtige Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung.

Weitere Informationen finden Sie unter
www.g-ba.de

Anzeige

MEIN KREBSRATGEBER



www.krebsratgeber.de

Ihr persönlicher Begleiter in allen Phasen der Krebserkrankung

Informationsportal für Patienten und Angehörige: Mit der Diagnose „Krebs“ gehen viele Ängste und Sorgen einher. Betroffene und ihre Angehörigen haben meist viele Fragen. MEIN KREBSRATGEBER soll ein ganz persönlicher Begleiter sein, der Sie in allen Phasen der Erkrankung mit Informationen und Hilfestellungen unterstützt. Jede Krebserkrankung und jede Therapie verläuft anders und auch jede Lebenssituation ist individuell. Auf **www.krebsratgeber.de** finden Sie wertvolle Informationen zum Umgang mit der Erkrankung.

Individuelle Informationen, die Sie unterstützen

Janssen-Cilag GmbH
www.janssen.com/germany

janssen Oncology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson&Johnson

EM-27739

Neu anerkannte Berufskrankheiten



Foto: AdobeStock / peterschreibermedia

Die Liste der Berufskrankheiten – Basis für eine Anerkennung – wurde zum 1. August 2021 ergänzt. Neu hinzugekommen sind Lungenkrebs durch Passivrauchen und Hüftgelenksarthrose.

Lungenkrebs durch Passivrauchen kann anerkannt werden, wenn ▶ das Krankheitsbild der Diagnose „Lungenkrebs" im Sinne der wissenschaftlichen Begründung entspricht, ▶ die erkrankte Person am Arbeitsplatz viele Jahre intensiv Passivrauch ausgesetzt war und ▶ die erkrankte Person selbst nie oder maximal bis zu 400 Zigarettenäquivalente aktiv geraucht hat. Dabei werden etwa Zigarren, Zigarillos und andere Tabakprodukte entsprechend ihrer Zusammensetzung umgerechnet und Zigaretten gleichgestellt.

Die **Hüftgelenksarthrose** kann anerkannt werden, wenn: ▶ das Krankheitsbild der Diagnose „Koxarthrose" im Sinne der wissenschaftlichen Begründung entspricht, ▶ die erkrankte Person während ihres Arbeitslebens mindestens zehnmal pro Tag Lasten mit einem Gewicht von mindestens 20 Kilogramm gehandhabt hat und ▶ das Gesamtgewicht der im Arbeitsleben bewegten Last mindestens 9.500 Tonnen beträgt.

Ein besonderes Risiko der Arbeit muss erwiesen sein Bereits vor der Aufnahme in die Berufskrankheitenliste konnten beide Erkrankungen als sogenannte Wie-Berufskrankheit entschädigt werden. Als Berufskrankheiten kommen generell nur jene Erkrankungen infrage, die nach den Erkenntnissen der Medizin durch besondere Einwirkungen wie beispielsweise Lärm oder Staub bei der Arbeit verursacht sind. Bestimmte Personengruppen müssen diesen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sein. Zusätzlich muss im Einzelfall die Krankheit wesentlich durch die schädigende Einwirkung bei der Arbeit verursacht sein.

Liegt eine Berufskrankheit vor, besteht das vorrangige Ziel darin, mit allen geeigneten Mitteln die Folgen der Berufskrankheit zu mildern und eine Verschlimmerung zu vermeiden. Um dieses Ziel zu erreichen, erbringt die gesetzliche Unfallversicherung Leistungen, die von der medizinischen Versorgung bis hin zu beruflichen Maßnahmen reichen können. Verbleiben trotz qualifizierter Rehabilitation schwerwiegende körperliche Beeinträchtigungen, erhalten Versicherte eine Rente.

Hinweis: Der Verdacht auf eine Berufskrankheit muss vom Unternehmen bei der BGW gemeldet werden. Auch Ärztinnen und Ärzte müssen eine „BK-Anzeige" erstatten. Versicherte Personen können sich bei Fragen oder Anhaltspunkten für eine Berufskrankheit aber auch jederzeit selbst an die BGW wenden.

Quelle:
www.bgw-online.de/berufskrankheiten

Auf die Klinik kommt es an beim Hüft- oder Kniegelenkersatz


Foto: AdobeStock / wavebreak3

Ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk soll möglichst viele Jahre problemlos funktionieren. Doch wie findet man eine Klinik mit guten Langzeitergebnissen? Dies ist die häufigste Frage von Patientinnen und Patienten, die vor der Implantation eines Ersatzgelenks stehen. Tatsächlich belegen die Auswertungen des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD), dass das Risiko eines früher notwendigen Gelenkaustausches geringer ist, wenn die Erstimplantation an einer Klinik erfolgt, die jährlich viele solcher Eingriffe durchführt. Dennoch: Nicht jedes Krankenhaus mit vielen Operationen weist automatisch ein besseres Ergebnis auf. Es gibt Ausnahmen in beide Richtungen. Die AE (Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V.) rät deshalb, bei der Entscheidung für eine Klinik als Qualitätsindikator nicht nur die Teilnahme am EPRD zu erfragen, sondern auch die tatsächlichen offengelegten Ergebnisse.

Für Patienten kann es schwierig sein, im Vorfeld die Qualität einer Klinik zu beurteilen. Hier helfen *Empfehlungen* der Hausärzte und etwa das *Zertifikat EndoCert*, das für geprüfte Qualität von Abläufen in Endoprothetikzentren steht. Ein weiteres wichtiges Qualitätsmerkmal ist die *freiwillige Teilnahme* der Klinik *am EPRD*: „Damit zeigt die Einrichtung, dass sie transparent arbeitet, sich dem Vergleich mit anderen Häusern stellt und vor allem an bestmöglichen Ergebnissen interessiert ist", sagt Professor Dr. med. Carsten Perka, Generalsekretär der AE und Sprecher des EPRD. Krankenhäuser können im EPRD seit dem Jahr 2012 Daten über die Operation, die verwendeten Prothesenkomponenten sowie Patientendaten wie Geschlecht, Alter und Vorerkrankungen melden. Die Daten werden laufend systematisch ausgewertet und verglichen. „Damit lassen sich frühzeitig wertvolle Rückschlüsse, etwa auf Implantatversagen und Versorgungsqualität, ziehen und so größere Risiken vermeiden", erläutert Perka. Momentan liegen Datensätze von gut 1,8 Millionen Implantationen in rund 750 teilnehmenden Kliniken vor. Die Erfassungsrate lag zuletzt bei knapp 70 Prozent aller jährlichen endoprothetischen Eingriffe an Hüfte oder Knie.

Aktuell können dem Bericht Ausfallwahrscheinlichkeiten bis fünf Jahre nach der Erstimplantation

eines Ersatzgelenks entnommen werden: „Die derzeit implantierten Prothesen, sofern sie im EPRD bereits erfasst werden, sind sicher," stellt Perka fest. „Die Daten zeigen aber auch, dass die *Wahl des richtigen Krankenhauses für den Patienten* wichtiger ist als die Wahl des jeweiligen Implantats", so der Ärztliche Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Charité Berlin und 1. Vize-Präsident der **D**eutschen **G**esellschaft für **O**rthopädie und **O**rthopädische **C**hirurgie e.V. **(DGOOC)**. „Kliniken mit jährlich 700 und mehr Erstimplantationen einer Hüft- oder Knieprothese haben in der Regel mit deutlich bessere Ergebnisse", so der Orthopäde und Unfallchirurg. Dennoch solle man sich das tatsächliche Abschneiden zeigen lassen, denn Ausnahmen von dieser Regel seien möglich. Weiteren Einfluss auf das Langzeitergebnis hätten zudem patientenindividuelle Faktoren wie

- Alter,
- Geschlecht,
- Übergewicht (BMI mehr als 25 kg/m²) und
- Begleiterkrankungen wie Diabetes Typ 2.

Die höchstmögliche Patientensicherheit bei der Versorgung mit Ersatzgelenken von Hüfte und Knie war das erklärte Ziel der Gründung diesen nationalen Registers und der medizinischen Fachgesellschaft (DGOOC) sowie der Krankenkassen und der Hersteller.

Nach aktuellem Stand soll zum 1. Januar 2024 eine Meldepflicht an das neu geschaffene *gesetzliche Implantateregister* für Endoprothesen des Hüft- und Kniegelenks (IRD) in Kraft treten.

Dann sollen die wesentlichen Teile des über die Jahre gesammelten Datenbestands des EPRD datenschutzkonform in das neue IRD überführt werden. „Damit können wir diese wertvollen Daten auch zukünftig nutzen und müssen nicht wieder bei Null beginnen", fasst Professor Perka zusammen.

Quelle:
Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik e. V. (AE) vom 24.08.2021 und dem Endoprothesenregister Deutschland (EPRD):
www.eprd.de/de/
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/implantateregister-deutschland.html

Anzeige



Gesundheits-Apps auf dem Prüfstand:

PneumoDigital – Konzept und erste Erfahrungen

Von U. Butt[1] und V. Strotbaum[2]



Foto: AdobeStock / tadamichi

Digitale Gesundheitsanwendungen bieten die Chance, die Gesundheitsversorgung zu verbessern und Prozesse zu optimieren. Apps können Patient*innen mit Lungenerkrankungen wie COPD oder Asthma bei ihrem Krankheitsmanagement unterstützen. Mittlerweile gibt es ein großes Angebot an Gesundheits-Apps und der Markt weist weiterhin eine hohe Dynamik auf. Vor diesem Hintergrund wurde mit PneumoDigital ein innovatives Bewertungsverfahren etabliert, in dem das Zentrum für Telematik und Telemedizin (ZTG GmbH) als technischer Kooperationspartner,

- Ärzt*innen der Deutschen Atemwegsliga e.V. sowie
- Patient*innen der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. und von
- Alpha1 Deutschland e.V. pneumogische Apps systematisch bewerten.

Digitale Anwendungen beeinflussen in zunehmendem Maße die Gesundheitsversorgung. Daraus ergeben sich zahlreiche Chancen, die Versorgung von Patient*innen zu verbessern und Prozesse zu optimieren. **Gesundheit ist auch ein Wirtschaftsfaktor**: Zahlreiche kommerzielle Anbieter entwickeln digitale Gesundheitsanwendungen. Das Spektrum reicht von

- einfachen Fitness- und Lifestyleanwendungen
- über Gesundheitstagebücher
- bis zu komplexen Programmen zur Diagnostik und Therapie.

Einen Überblick zur Entwicklung und Verbreitung von Gesundheits-Apps in Deutschland sowie Chancen und Risiken der Applikationen hat 2016 erstmals die Studie „Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps", kurz Charismha, finanziert durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG), geliefert[1].

Neue Apps kommen ständig hinzu und bestehende Anwendungen werden fortlaufend weiterentwickelt. *Laut* der Charismha-Studie kommen *pro 30 Tage im App Store* etwa 430 und im *Play Store* etwa *900 Medizin-Apps* hinzu. Die Schätzungen für Gesundheits- und Fitness-Apps sind mehr als doppelt so hoch[1].

Apps können in verschiedenen Bereichen zum Einsatz kommen. Pneumologische Krankheitsbilder wie **COPD** oder **Asthma** bieten sich für einen Einsatz an, da es entscheidend auf die Eigenmotivation der Patient*innen ankommt und eine umfangreiche, alltagsnahe Datenbasis die Therapie gezielt unterstützen kann. Apps können das Krankheitsmanagement positiv beeinflussen. Für Nutzer ist es jedoch nahezu unmög-

[1] Deutsche Atemwegsliga e.V., Kreuztal, [2] Zentrum für Telematik und Telemedizin – ZTG, Hagen

lich, das Angebot zu überblicken. Es ist schwierig, eine individuell geeignete und sichere Anwendung zu finden. Vor diesem Hintergrund ist die Initiative PneumoDigital entstanden.

Für pneumologische Apps hat die Deutsche Atemwegsliga e.V. gemeinsam mit dem Zentrum für Telematik und Telemedizin (ZTG GmbH) ein systematisches Bewertungsverfahren initiiert.

Es gibt bereits Initiativen, die sich mit der Auswahl solcher Apps beschäftigen. Das *Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme* (**FOKUS**) etwa hat den „AppKri"-Katalog mit mehr als 200 Metakriterien für die Beschreibung und Bewertung von Gesundheits-Apps erstellt. AppKri ist ein Onlinewerkzeug, mit dem Fachgesellschaften, Selbsthilfegruppen und Verbände einen geeigneten, individuellen bzw. fachspezifischen Kriterienkatalog zusammenstellen können und der zur grundsätzlichen Orientierung dient (https://ehealth-services.fokus.fraunhofer.de/BMG-APPS/)[2].

Speziell für den Bereich der pneumologischen Apps hat die Deutsche Atemwegsliga e.V. gemeinsam mit dem Zentrum für Telematik und Telemedizin (ZTG) ein systematisches Bewertungsverfahren auf Grundlage eines gemeinsam erarbeiteten Kriterienkatalogs initiiert. Über das ZTG ist PneumoDigital in die Informationsplattform für gesundheitsbezogene Apps „App-Check" und damit in die vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen geförderten Landesinitiative eGesundheit.nrw eingebunden.

Die **Prüfung durch PneumoDigital besteht aus drei Bausteinen**:

- Der App-Hersteller bewirbt sich und füllt eine Selbstauskunft zu der App aus: In der Selbstauskunft werden die Ziele und die Zielgruppe der App, das Geschäftsmodell, Kosten, Kontaktmöglichkeiten zum Hersteller, Werbung usw. ebenso erfragt wie eventuell durchgeführte Studien, medizinische Aspekte und das vorliegende Datenschutzkonzept.
- Das Zentrum für Telematik und Telemedizin in Hagen (ZTG) nimmt eine technische Überprüfung vor und erstellt einen Bericht: Bei der durchgeführten Analyse bzw. beim Monitoring von Apps geht es darum, die Sicherheit der Datenströme und des Datentransports zu testen, d. h. zu testen, ob die Daten verschlüsselt übertragen werden. Dies gilt insbesondere für sensible und persönliche Daten, wie etwa Passwörter oder Angaben zum Gesundheitszustand. Zur Analyse der Kommunikation der Apps wird Charles Proxy verwendet. Des Weiteren wird die Plattform (Un-)Abhängigkeit der Apps analysiert, d. h. es wird untersucht, ob die Apps grundsätzlich auf den beiden größten App-Plattformen von Apple/iOS und von Google/Android fehlerfrei auf verschiedenen Endgeräten funktionieren. Weiterhin wird analysiert, welche Zustimmungsberechtigungen (z. B. Zugriff auf Fotos/Medien/Daten) die App benötigt und ob die geforderten Zugriffsrechte für die Funktionen der App nachvollziehbar sind. Zudem wird überprüft, inwiefern Analyse-Dienste, wie bspw. Google Analytics oder Dienste anderer Drittanbieter (z. B. Werbenetzwerke, Dienste von Facebook etc.), zum Einsatz kommen und ob diese gemäß der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) eingesetzt werden. Des Weiteren werden die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) sowie die Datenschutzangaben des jeweiligen App-Herstellers untersucht. Hier wird überprüft, ob relevante Aspekte (z. B. Bericht über Rechte des Nutzers, Anlegen von Cookies und Nutzung von Analysediensten, Verarbeitung personenbezogener Daten, Rechtsgrundlagen, Aufklärung über Grenzen der App etc.) angesprochen werden und ob es hier noch eventuelle Widersprüche oder offene Fragen an den Hersteller gibt. Hinzugefügt werden muss in diesem Zusammenhang, dass über dieses Verfahren und aus rechtlichen Gründen nicht zu erkennen oder herauszufinden ist, was konkret mit den erhobenen Daten passiert bzw. ob der Hersteller die Daten an Dritte weitergibt. Ein Weiterverkauf der Daten etwa kann nicht zweifelsfrei ermittelt werden. Offenkundig wird lediglich, ob die AGBs dies erlauben würden oder ausschließen.
- Die App-Tester von PneumoDigital führen ihre individuelle Bewertung durch: Bei PneumoDigital erproben Ärzt*innen und Patient*innen gleichberechtigt die App. Dadurch fließen unterschiedliche Bedürfnisse, Ziele, Vorkenntnisse und Fähigkeiten in die Bewertung ein. Besonders erfreulich und hervorzuheben ist, dass für die Darstellung der Patientenperspektive die **Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.** und **Alpha1 Deutschland e.V.** als **Kooperationspartner** für dieses Projekt gewonnen werden konnten.

PneumoDigital kann Patient*innen bei der Orientierung auf der Suche nach einer geeigneten App unterstützen.

Die Bewerter ordnen die App bestimmten Zielgruppen und Erkrankungen zu. So wird z. B. erfragt, für welche Altersgruppen und Erkrankungen die App geeignet ist und welche Themen berücksichtigt werden. Schwerpunkte der Beurteilung sind Bedienbarkeit, grafische Darstellung, Funktionsprüfung, Datenübernahme, Verständlichkeit der Inhalte und gebotene Unterstützung, z. B. in Form von Tutorials. Es wird ebenfalls abgefragt, ob Fehlfunktionen auffielen und errechnete Scores, Grenzwerte u. ä. korrekt waren. Der komplette **Fragenkatalog** ist unter https://www.atemwegsliga.de/pneumodigital.html veröffentlicht.

In einer **Telefonkonferenz**, an der alle Tester teilnehmen können, wird überprüft, ob die App alle wichtigen Kriterien erfüllt. Die Ergebnisse der Tester werden in einem Fazit zusammengefasst. Das Fazit zur App wird zusammen mit der Selbstauskunft und dem technischen Prüfbericht im Bereich „PneumoDigital Apps" veröffentlicht. Sollte eine App die Kriterien nicht erfüllen, so bekommt der Hersteller eine Rückmeldung und die Möglichkeit der Nachbesserung. Die Beurteilung erfolgt unter Ausschluss von Haftungsansprüchen für die geprüfte Version der App oder Plattform.

PneumoDigital betrachtet eine App aus vielen Blickwinkeln. Die Parameter, die betrachtet wurden und die Zusammenfassung der Ergebnisse werden veröffentlicht. *PneumoDigital ist kein App-„TÜV".* Es ist nicht möglich, rechtssicher eine App bis ins kleinste Detail zu erkunden. Dies würde die Kapazitäten der ehrenamtlichen Tester übersteigen, denn selbstverständlich benötigt ein solches Verfahren auch Engagement und Motivation bei allen Beteiligten. Pneumo-Digital kann jedoch Patient*innen bei der Orientierung auf der Suche nach einer geeigneten App unterstützen und die digitale Gesundheitskompetenz der Teilnehmer*innen stärken.

Literatur

[1] Albrecht UV (Hrsg). Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (Chances and risks of mobile health apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover. 2016. http://www.digibib.tu-bs.de/?docid= 00060000.

[2] Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme (FOKUS). APPKRI Kriterien für Gesundheits-Apps. https://ehealth-services.fokus. fraunhofer.de/BMG-APPS/ (letzter Zugriff am 20.02.2020).

Quelle: Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus:

Atemwegs- und Lungenkrankheiten, Jahrgang 47, Nr. 9/2021, S. 415-417, Dustri-Verlag Dr. Karl Feistle, ISSN 0341-3055, DOI 10.541/ATX02521

Die Autorinnen:

Dr. med Uta Butt


Foto: privat

Veronika Strotbaum


Foto: privat

Deutsche Atemwegsliga e.V.
Bergstraße 13, 57223 Kreuztal
atemwegsliga.u.butt@t-online.de

Anzeige



Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) bewertet mit Remdesivir erstmals den Zusatznutzen eines antiviralen COVID-19-Arzneimittels



Foto: AdobeStock / MQ-Illustrations

Haben an COVID-19 erkrankte Patientinnen und Patienten eine bessere Chance zu überleben und sich schneller zu erholen, wenn sie mit dem antiviralen Wirkstoff Remdesivir (Handelsname Veklury®) behandelt werden? Dieser Frage ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Nutzenbewertung nachgegangen und hat die Vorteile von Remdesivir gegenüber den Therapiealternativen geprüft. Der G-BA kam zu einem differenzierten Ergebnis:

- *Erwachsene COVID-Patientinnen* und *-Patienten*, deren *Lungenentzündung noch nicht sehr schwer* ist, können von einer Behandlung mit Remdesivir profitieren. Aufgrund von Unsicherheiten bei den angewendeten Therapiealternativen und der teils heterogenen Studienlage wird das Ausmaß des *Zusatznutzens* allerdings nur als *gering* eingestuft.
- Für schwerer erkrankte Erwachsene sowie Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren konnte der G-BA keinen Zusatznutzen feststellen.

„Wir haben heute erstmals die Vorteile eines Wirkstoffs bewertet, der bei einer COVID-19-Erkrankung direkt die Coronaviren bekämpft. Remdesivir wird seit Beginn der Corona-Pandemie eingesetzt, er ist nach wie vor der einzige antivirale Wirkstoff, der in Europa zur Behandlung der COVID-19-Erkrankung zugelassen ist. Bei einer Patientengruppe – Erwachsene, deren durch Coronaviren ausgelöste Lungenentzündung noch nicht sehr schwer ist – erholten sich bis zum Studienende unter Remdesivir mehr Patientinnen und Patienten von der Krankheit als unter den Vergleichstherapien. Ob Remdesivir auch einen Einfluss auf das Überleben der Patientinnen und Patienten hat, konnte aufgrund der sehr unterschiedlichen Ergebnisse in den eingeschlossenen Studien nicht bewertet werden. Die vorhandenen Studien, welche zu Beginn der Pandemie durchgeführt wurden, sind jedoch nur eingeschränkt auf die heutige Versorgungssituation bei COVID-19 übertragbar. Denn gegenüber dem Beginn der Pandemie können die Patientinnen und Patienten aufgrund der gewachsenen Therapieerfahrungen generell anders und besser behandelt werden, insbesondere auch wegen des Einsatzes von Dexamethason (ein Kortison, Anmerkung d. Redaktion), das die Abwehrreaktionen des Körpers begrenzt", erläuterte Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA und Vorsitzender des Unterausschusses Arzneimittel.

Antivirale Wirkstoffe sollen verhindern, dass Viren in die Körperzellen des Menschen eindringen oder sich dort vermehren. Ursprünglich ist Remdesivir entwickelt worden, um die Viruserkrankung Ebola zu behandeln, 2020 wurde er in Europa als erster antiviraler Wirkstoff für die Behandlung der Coronavirus-Krankheit COVID-19 zugelassen. Das Arzneimittel darf angewendet werden bei Erwachsenen und Jugendlichen mit einer Lungenentzündung, bei der eine zusätzliche Gabe von Sauerstoff, aber noch keine invasive Beatmung erforderlich ist.

Weitere antivirale Arzneistoffe, insbesondere Antikörper, befinden sich derzeit noch im Zulassungsverfahren.

Quelle: Pressemitteilung des G-BA vom 16. September 2021

Protonentherapie: G-BA stellt noch offene Beratungen ein

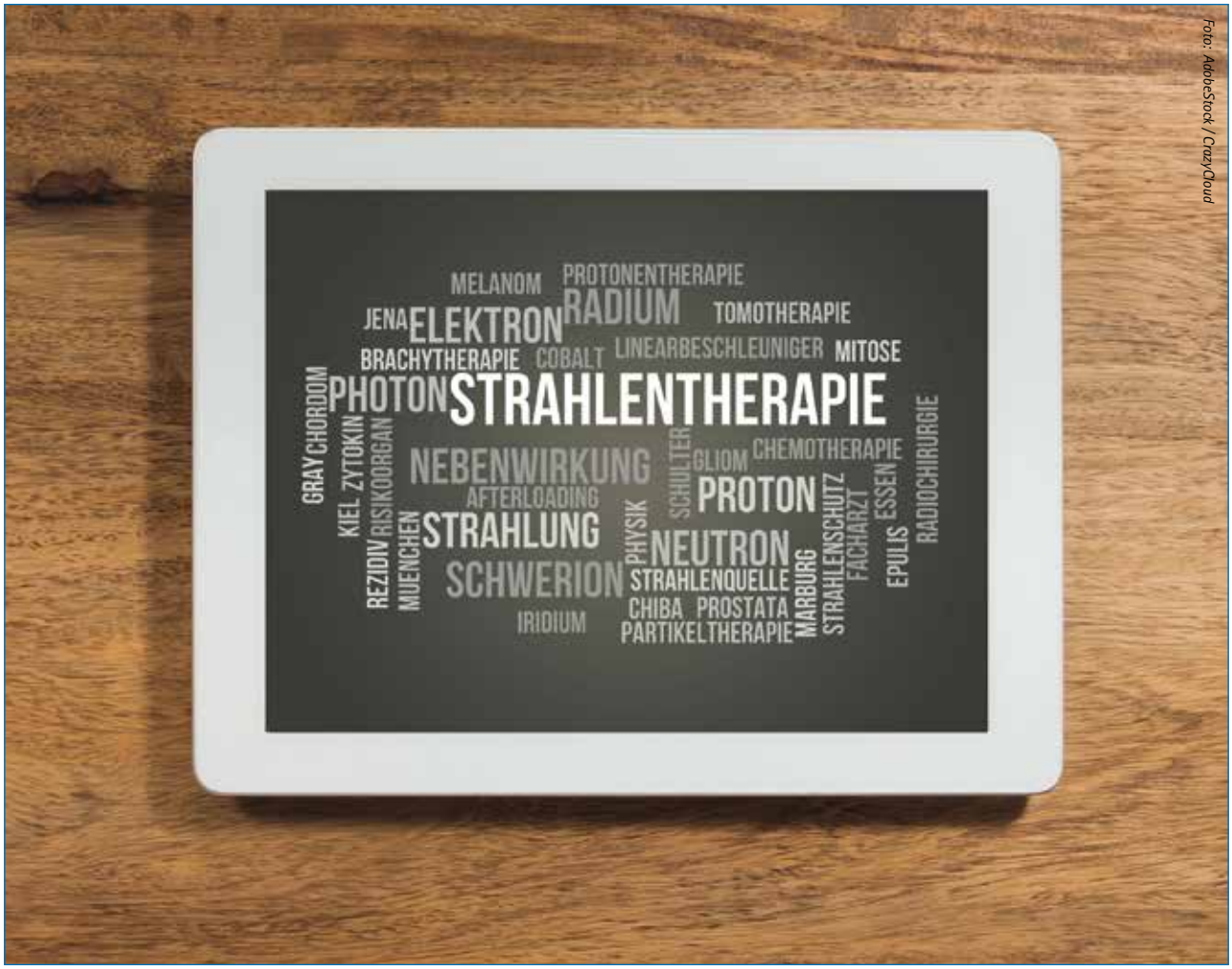


Foto: AdobeStock / CrazyCloud

Auf Antrag des GKV-Spitzenverbands hat der G-BA am 16. September 2021 seine letzten fünf noch offenen Bewertungsverfahren zur stationären Protonentherapie[1] eingestellt: Zum Einsatz der Methode beim *inoperablen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom* (NSCLC), beim Ösophaguskarzinom, beim Prostatakarzinom, beim inoperablen hepatozellulären Karzinom (HCC) und bei fortgeschrittenen glimatösen Hirntumoren (Erwachsene). Die für diese fünf Verfahren festgelegten Qualitätssicherungsvorgaben des G-BA laufen damit formal aus. Die Protonentherapie bleibt aber durch allgemein geltende Qualitätsvorgaben ein für die Patientinnen und Patienten abgesichertes Verfahren. Die Einstellung der Methodenbewertungen hat deshalb keine Auswirkungen auf die Patientenversorgung. *Die Protonentherapie steht weiterhin im bisherigen Umfang zur Verfügung.*

Der GKV-Spitzenverband hatte die Rücknahme seines Antrags auf Methodenbewertung damit begründet, dass sich die Versorgungssituation mittlerweile geändert habe. Andere Methoden, z. B. die PhotonenRadiotherapie, hätten sich medizinisch-technisch weiterentwickelt und stünden für die Behandlung der genannten Erkrankungen nun ebenfalls zur Verfügung.

[1] Bei dieser in Deutschland in fünf Zentren vorhandenen Behandlungsmöglichkeit wird statt harter Röntgenstrahlung ein Strahl von Protonen auf den Tumor geschossen. Die hohe Zielgenauigkeit ermöglicht noch eine „Strahlenbehandlung" bei tief sitzenden oder von besonders empfindlichen Organen umgebenen Tumoren. Allgemein wird dadurch gesundes Körpergewebe mehr geschont.

Quelle: Beschluss des G.BA vom 26. Oktober 2021

Drei weitere Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung



Foto: AdobeStock / Colourex-Pic

Ab Anfang Oktober hat sich der Leistungskatalog der **g**esetzlichen **K**ranken**v**ersicherung (GKV) um drei neue Angebote erweitert. Darauf hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hingewiesen.

Das **Neugeborenenscreening** umfasst dann auch die *spinale Muskelatrophie* (SMA) und die *Sichelzellkrankheit*. Die SMA ist eine neuromuskuläre Erkrankung, bei der die motorischen Nervenzellen im Rückenmark absterben. Bei der Sichelzellkrankheit sind die roten Blutkörperchen (Erythrozyten) sichelförmig verkrümmt und können ihre Aufgabe, den Sauerstoff zu transportieren, nicht gut erfüllen.

Versicherte ab 35 Jahren haben zudem ab Anfang Oktober *einmalig* den Anspruch, sich *auf* die *Viruserkrankungen* **Hepatitis B** und **Hepatitis C** *testen* zu lassen. Das Screeningangebot ist neuer Bestandteil des sogenannten Check-Ups, also der Gesundheitsuntersuchung, welche die Kassen alle drei Jahre übernehmen. Die Tests können übergangsweise auch separat durchgeführt werden, wenn der letzte Check-Up weniger als drei Jahre zurückliegt.

„Spätfolgen einer unbehandelten chronischen Hepatitis wie *Leberzirrhose* oder *Leberkrebs* lassen sich durch eine Therapie mit antiviralen Medikamenten sehr wirksam verhindern", begründet der G-BA das Angebot.

In der **ambulanten Psychotherapie** steht außerdem mit der *gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung* ein neues Angebot zur Verfügung. Patientinnen und Patienten können hier erste Erfahrungen sammeln und prüfen, ob eine Gruppentherapie für sie infrage kommen könnte. Therapeuten informieren in bis zu vier Sitzungen zu je 100 Minuten oder in bis zu acht Sitzungen zu je 50 Minuten über psychische Störungen sowie über Arbeitsweise und Wirkmechanismen, Chancen und Nutzen einer Gruppentherapie. Es ist *kein Anzeige-* oder *Antragsverfahren* gegenüber den Krankenkassen *notwendig*.

„Neu ab 1. Oktober 2021 ist außerdem, dass auch *probatorische* Sitzungen im Gruppensetting möglich sind", informiert der G-BA.

Quelle:
Meldung des G-BA vom 28.09.21

Schutz vor grundrechtswidriger Triage ist Pflicht



Foto: AdobeStock / Robert Poorten

Nancy Poser ist Richterin. Selbst betroffen setzt sich die Juristin für die Belange von Menschen mit Behinderung ein. Im vergangenen Jahr reichte sie mit acht weiteren Klägern Verfassungsbeschwerde gegen die Triage-Richtlinien ein. Über die Hintergründe haben wir mit ihr gesprochen.

Ist die Klage vor dem Bundesverfassungsgericht schon zugelassen?
Eine Zulassung im eigentlichen Sinne gibt es nicht. Eine Klage, oder richtiger: Beschwerde, kann als unzulässig abgewiesen werden. Das wäre dann aber im Prinzip schon eine Möglichkeit der Entscheidung.

Wie ist der Gedanke zur Klage respektive Beschwerde entstanden?
Welche Ängste liegen zugrunde? Wir alle haben die Bilder aus Bergamo (zu Beginn der Pandemie, die Redaktion) gesehen. Alte Menschen wurden dort zeitweise nicht mehr behandelt. Die Triage war Realität.

Daraufhin hat die DIVI (Zusammenschluss der Gesellschaften der Intensivmediziner) eine Leitlinie für Deutschland vorgelegt, für den Fall, dass auch hier die Ressourcen nicht für alle reichen sollten. Nach dieser Leitlinie wären Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen oder Behinderungen oder alte Menschen, die typische Symptome der Altersgebrechlichkeit aufweisen, diejenigen, die „aussortiert" würden.

Natürlich haben wir uns gefragt, wie wir uns gegen diese Leitlinien zur Wehr setzen können. Und wir haben festgestellt, dass es da eigentlich keine Möglichkeit gibt. Die Leitlinien sind kein Gesetz. Sie sind nur Vorgaben einer wissenschaftlichen Vereinigung. Im Falle des Falles würden sie aber sehr wahrscheinlich angewendet werden.

So ist die Idee zur Verfassungsbeschwerde entstanden. Als Antwort auf die Frage, was wir tun können. Wir sehen eine Pflicht des Staates, uns davor zu schützen, dass ein „privater Verein" durch Leitlinien über unser Leben entscheiden kann. Der Gesetzgeber muss verhindern, dass Dritte unsere Grundrechte verletzen, zumal es um das Grundrecht auf Leben geht

Gab es in jüngerer Vergangenheit – auch unabhängig von der aktuellen Pandemielage – Ihres Wissens schon Triagesituationen in unseren Kliniken?
Soweit ich weiß, nicht in dieser Form. Bei Massenunfällen kommt es hin und wieder zu solchen Situationen, wo dann farblich unterschiedliche Bänder vergeben werden. Da ist es allerdings so, dass diejenigen quasi nicht behandelt werden, die gar keine Chance mehr haben. Im weiteren Verlauf geht es aber danach, wer am schwersten verletzt ist; dass diejenigen mit den schlimmsten Verletzungen zuerst behandelt, beziehungsweise verlegt werden. Erstes Kriterium dort ist also die Dringlichkeit, die in der Leitlinie nicht enthalten ist.

Was die Pandemielage selbst betrifft, sind uns Berichte bekannt, dass es in Alters- und Behindertenheimen zu einer Art „Vor-Triage" kam, das heißt, dass die Betroffenen gar nicht mehr in ein Krankenhaus verlegt wurden.

Was sind Ihre konkreten Forderungen?

Wir kämpfen vor dem Bundesverfassungsgericht darum, dass dieses dem Gesetzgeber aufgibt, seine Schutzpflichten wahrzunehmen und uns vor einer diskriminierenden und grundrechtswidrigen Triage zu schützen.

Welche Gegenvorschläge für eine Triagesituation haben Sie als Kläger?

Wir haben keine Gegenvorschläge unterbreitet. Das ist nicht Gegenstand der Verfassungsbeschwerde. Der Gesetzgeber muss nach breiter gesellschaftlicher Diskussion, die wir zumindest ein Stück weit auf den Weg gebracht haben, eine Möglichkeit finden, wie eine solche Auswahl diskriminierungsfrei zu bewerkstelligen wäre. Ich persönlich sehe hier first come first serve oder das Zufallsprinzip als Beispiele einer solchen Entscheidungsmöglichkeit.

Und nein, dabei geht es nicht darum, dass jemand, der gar keine Überlebenschance mehr hat und in den letzten Lebenszügen liegt, ein Gerät bekommt, was vielleicht ein Patient gebraucht hätte, der noch eine Überlebenschance hat. Denn was die wenigsten wissen: Die eigentliche Triage nach dieser Leitlinie soll nur zwischen Personen stattfinden, von denen in einem ersten Schritt gesagt wurde, dass sie grundsätzlich eine Überlebenschance haben. Alle anderen erhalten von vornherein eine palliative Behandlung.

Haben Sie Unterstützer?

Der Verein AbilityWatch e.V. unterstützt uns. Darüber hinaus sind aber viele Verbände, wie beispielsweise die Caritas oder Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland e.V. (ISL) auch unserer Auffassung. Ich denke auch, dass der Ethikrat in seiner jetzigen Zusammensetzung nicht mehr die Auffassung vom Jahresanfang 2020 vertreten würde, die im Prinzip lautete: Der Staat darf nicht Leben gegen Leben abwägen, deshalb sollen es mal bitte die Ärzte tun. Ich glaube, das sieht man dort heute anders.

Und letztendlich ist selbst die DIVI der Meinung, dass es eine gesetzliche Regelung geben sollte. Auch wenn diese nach ihren Vorstellungen natürlich anders aussehen soll als nach unseren.

Sie sind mit einem Eilantrag gegen eine sogenannte COVID-19-Triage gescheitert. Wie sehen Sie Ihre Erfolgsaussichten aktuell?

Wir sind mit dem Eilantrag zu einer Zeit gescheitert, als die Zahlen im vergangenen Sommer sehr niedrig waren. Da wurde die Eilbedürftigkeit beispielsweise nicht bejaht. Eine weitere Begründung zur Ablehnung ist allerdings für die Verfassungsbeschwerde insgesamt sogar sehr positiv gewesen: Das Bundesverfassungsgericht wollte sich mehr Zeit nehmen, um die Rechtsfragen intensiver prüfen zu können, denn – und das war das eigentlich Wichtige an der damaligen Entscheidung – unsere Verfassungsbeschwerde wurde als nicht „offensichtlich unzulässig" oder „offensichtlich unbegründet" bewertet. Dies ist eine wichtige Hürde, die unsere Beschwerde genommen hat. Deshalb sind wir zuversichtlich, dass das Gericht die Grundrechte von Menschen mit Behinderung und älteren Menschen schützen wird.

Quelle:
Fachzeitschrift beatmetleben,
Ausgabe 6/2021

Was Triage bedeutet

Im Wortsinne meint das französische Wort Triage „Auswahl" oder „Auslese". In der kaufmännischen Sprache wird damit der Ausschuss zum Beispiel bei Kaffeebohnen bezeichnet. *Im medizinischen Bereich* wurde der Begriff für die Militärmedizin in Feldlazaretten entwickelt. So sollte rasch entschieden werden können, wer zuerst behandelt wird, um möglichst viele Verletzte wieder einsatzfähig machen zu können. Heute ist eine Form der Triage, dass in Notaufnahmen von Krankenhäusern Menschen, deren Zustand besonders schnelles Handeln erfordert, auch zuerst behandelt werden. *In Krisensituationen*, in denen die Kapazitäten nicht ausreichen, soll in Deutschland eine Triage ermöglichen, dass möglichst viele Betroffene überleben. Das wiederum bedeutet aber, dass vor allem Ärzte in extremen Notfallsituationen über Leben und Tod entscheiden müssen. Gerade zu Beginn der Corona-Pandemie war die Triage ein Schreckbild für die Menschen; vor allem wenn man damals nach Italien blickte, wo Ärzte zur Triage gezwungen waren. In Deutschland gibt es kein „Triage-Gesetz", sondern lediglich Empfehlungen.

Die Autorin:
Nancy Poser

Richterin am Amtsgericht Trier


Foto: privat

Durchblick am Bildschirm

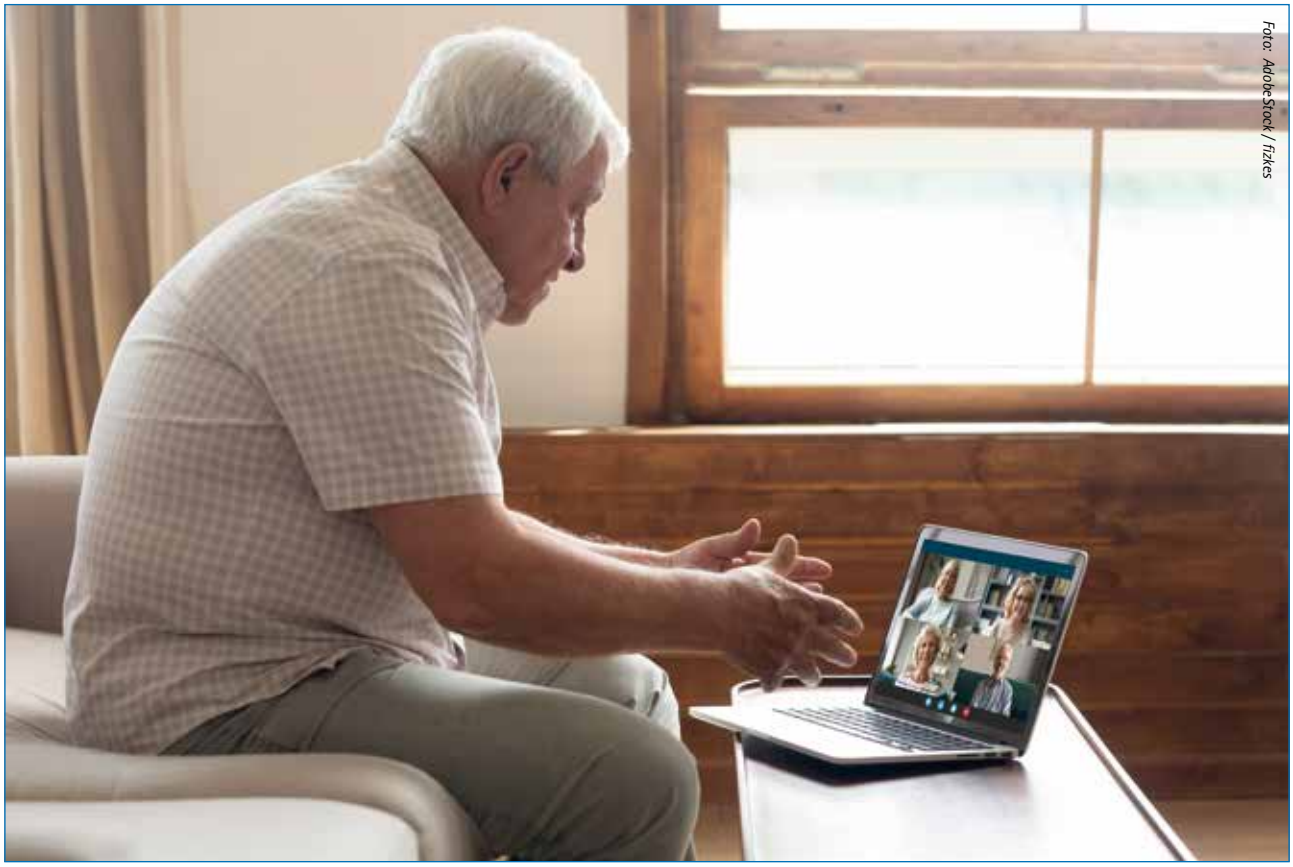


Foto: AdobeStock / fizkes

Mit der Corona-Pandemie hat Bildschirmarbeit weiter zugenommen. Was macht der ständige Blick auf Monitor oder Laptop mit den Augen?

Was kann Beschwerden auslösen? - Ungünstige Arbeitsplatzgestaltung, wenig Möglichkeiten zum Blickwechsel, Bewegungsmangel

- Schlechte Beleuchtung, Spiegelungen und Blendungen
- Schlecht eingestellter Monitor
- Sehr trockene Raumluft im Winter
- Unzureichende Korrektur des Sehvermögens (Brille)
- Trockene Augen und verminderte Lidschlagfrequenz

Gut sitzen – gut sehen Der Monitor sollte so ausgerichtet sein, dass man leicht von oben darauf blickt. Beim *Sehabstand* werden meist 50 bis 80 cm empfohlen – er sollte stets individuell angepasst werden. Bei *normaler Sitzhaltung* darf die oberste Zeile am Bildschirm nicht über Augenhöhe sein. Zwei Monitore sollten zentral in einem engen Halbrund aufgestellt werden, sodass Sehabstand und Blickwinkel möglichst gleich sind. Tageslicht kommt am besten von der Seite – Gegenlicht strengt die Augen zu sehr an. Fenster und Lichtquellen dürfen sich nicht im Monitor spiegeln.

Was den Augen guttut - Mischarbeit: Tätigkeiten ohne Bildschirmarbeit und mit Bewegung fest im Tagesablauf einplanen
- Gute Korrektur einer Sehschwäche (Brille)
- Auf ausreichend hohe Raumluftfeuchtigkeit achten (optimal: um die 50 Prozent)
- Ausreichend trinken
- Telefonate nutzen, um aufzustehen und den Blick vom Monitor zu lösen; Drucker außerhalb der Reichweite platzieren, bei mehreren Beschäftigten Sammeldrucker nutzen
- Zwischendurch in die Ferne schauen, ein Bild an der Wand oder eine Struktur an der Decke fixieren

Verdirbt man sich durch Bildschirmarbeit langfristig die Augen? Bei Erwachsenen sind nach aktuellem Kenntnisstand keine Schädigungen des Sehorgans durch intensive Bildschirmarbeit zu erwarten. Allerdings fallen *Sehdefizite* oft schneller auf als bei anderen Tätigkeiten, gerade mit zunehmendem Alter (ab 45 Jahren). Dann sinkt die Elastizität der Linse im Auge, die Augen können sich schlechter

auf Entfernungswechsel einstellen. Abhilfe kann eine Brille schaffen, die anders als Lese- oder Gleitsichtbrillen genau auf die Distanz zum Bildschirm abgestimmt ist.

Für Beschäftigte, die Bildschirmtätigkeiten verrichten, egal ob im Büro oder im Homeoffice, muss arbeitsmedizinische Vorsorge (nach ArbMedVV) angeboten werden. Wo normale Sehhilfen nicht weiterhelfen, müssen Arbeitgebende gegebenenfalls die *Kosten* für eine sogenannte *Bildschirmarbeitsplatzbrille* tragen. Sie sind im Übrigen verpflichtet, eine Gefährdungsbeurteilung zur Bildschirmarbeit durchzuführen.

- 36 % der Deutschen gaben nach der ersten Corona-Welle im Frühjahr/Sommer 2020 an, mehr Zeit vor Bildschirmen zu verbringen als vor der Pandemie.
- 45 % klagten vermehrt über Symptome wie trockene Augen.
- Bei 30 % hatte sich die Sehkraft sogar gefühlt verschlechtert.

Mehr zur Bildschirmarbeit:

- DGUV Information 215-419 „Bildschirm- und Büroarbeitsplätze – Leitfaden zur Gestaltung", www.dguv.de, Webcode: p215410
- VBG-Info „Gesund arbeiten am PC. Testen Sie ihren Arbeitsplatz", www.vbg.de
- „Check-up Homeoffice – Langversion", www.dguv.de, Webcode: p021662

Quelle: BGW magazin 2/21

ANZEIGE



ALLES AUS EINER HAND: GTI medicare

GTI medicare ist Ihr kompetenter und zuverlässiger Partner für die stationäre und mobile Sauerstoffversorgung. Ob im Rettungswesen, beim medizinischen Fachhandel oder für die Langzeit-Sauerstofftherapie in der häuslichen Versorgung.

IMMER GUT O_2-VERSORGT MIT DEN GTI MEDICARE VERSORGUNGSKONZEPTEN

Im Bereich der Sauerstoff-Langzeittherapie gibt es bei unterschiedlichen Indikationen unzählige Versorgungsformen. Wir verstehen uns als Ihr Partner und sehen es daher als unsere selbstverständliche Aufgabe an, mit Ihnen Ihr individuell angepasstes Sauerstoffsystem zusammenzustellen.

Fragen Sie uns an. Wir beraten Sie gerne!

AUCH IN IHRER NÄHE:

Servicetelefon Hattingen +49 (0)2324 9199-0,
Servicetelefon Hamburg +49 (0)40 611369-0
oder per E-Mail unter auftrag@gti-medicare.de

www.gti-medicare.de

Handbike für querschnittsgelähmten Versicherten

Krankenkasse muss elektrische Rollstuhlzughilfe mit Handkurbelunterstützung gewähren



Handbike mit einer elektrischen Rollstuhlzughilfe mit Handkurbelunterstützung

Versicherte haben gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um eine Behinderung auszugleichen. Hierzu kann im Fall eines querschnittsgelähmten Versicherten ein Handbike gehören. Dies entschied der 1. Senat des Hessischen Landessozialgerichts.

Querschnittsgelähmter Versicherter beantragt Handbike

Ein 1958 geborener Versicherter aus dem Wetteraukreis ist infolge eines mit 20 Jahren erlittenen Unfalls querschnittsgelähmt und mit einem Faltrollstuhl ausgestattet. Er beantragte gegenüber der Krankenkasse die Versorgung mit einem Handbike - einer elektrischen Rollstuhlzughilfe mit Handkurbelunterstützung (s. Abbildung), welche an den Faltrollstuhl angekoppelt werden kann. Ohne dieses Hilfsmittel könne er Bordsteinkanten nicht überwinden sowie Gefällstrecken nicht befahren und daher nur unzureichend am öffentlichen Leben teilnehmen. Auch fördere es seine Beweglichkeit und reduziere Muskelverspannungen im Schulter-Arm-Bereich. Zudem könne er das Handbike selbstständig an den Faltrollstuhl ankoppeln. Um einen Elektrorollstuhl, den die Krankenkasse ihm angeboten hatte, nutzen zu können, sei er hingegen auf eine entsprechend qualifizierte Hilfskraft angewiesen, die ihn beim Umsetzen unterstütze.

Die Krankenkasse lehnte die Versorgung mit dem ca. 8.600 Euro teuren Hilfsmittel ab. Der Kläger könne sich den Nahbereich mit den vorhandenen Hilfsmitteln und dem angebotenen Elektrorollstuhl (Kosten ca. 5.000 Euro) ausreichend erschließen.

Behinderungsausgleich soll selbstbestimmtes Leben dienen

Die Richter beider Instanzen bejahten einen Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit der begehrten elektrischen Rollstuhlzughilfe.

Versicherte hätten Anspruch auf Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich. Das Grundbedürfnis nach Mobilität sei durch Erschließung des Nahbereichs

zu ermöglichen. Hierbei sei insbesondere das gesetzliche Teilhabeziel, ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu führen, zu beachten. Der Behinderungsausgleich mittels Hilfsmittel sei nicht auf einen Basisausgleich beschränkt.

(Hervorhebung Redaktion)

Der Versicherte sei nicht im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot auf den von der Krankenkasse angebotenen Elektrorollstuhl zu verweisen. Denn diesen könne er nur nutzen, wenn er von einer Pflegekraft entsprechend umgesetzt werde. Der querschnittsgelähmte Mann habe keine Greifkraft in den Händen, mit welcher er beim Befahren z.B. von Bordsteinkanten die erforderlichen Kippbewegungen des Rollstuhls ausführen und auf Gefällstrecken bremsen könnte. Mit dem motorisierten Handbike sei es ihm hingegen möglich, Bordsteinkanten und andere Hindernisse zu überwinden. Auch könne er das Handbike ohne fremde Hilfe direkt an den Faltrollstuhl anbringen. Bei anderen von der Krankenkasse angebotenen Rollstuhlzughilfen sei er hingegen für die Montage auf fremde Hilfe angewiesen. Damit lägen keine Anzeichen dafür vor, dass eine Versorgung mit einem Handbike das Maß des Notwendigen überschreite.

(Az. L 1 KR 65/20 – Die Revision wurde nicht zugelassen. Das Urteil wird unter www.lareda.hessenrecht.hessen.de ins Internet eingestellt.)

Quelle: Nach Pressestelle:
LSG Darmstadt vom 12.10.2021
Pressesprecherin: Jutta Mauer
Richterin am Hessischen Landessozialgericht
E-Mail: jutta.mauer@lsg-darmstadt.justiz.hessen.de

Hinweise zur Rechtslage

§ 33 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)
(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. (...) Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen.

§ 12 SGB V
(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

§ 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)
(1) Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. (...)

§ 8 SGB IX
(1) Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. (...)

Art. 3 Grundgesetz (GG)
(3) (...) Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.

Seuchen in der Literatur - Teil 2

von B. Wellenkötter

„Was Arzneien nicht heilen, heilt das Messer", so der Untertitel einer Ausstellung im Corona-Jahr 2020 in der Gräflich Solms – Laubach`schen Schlossbibliothek.

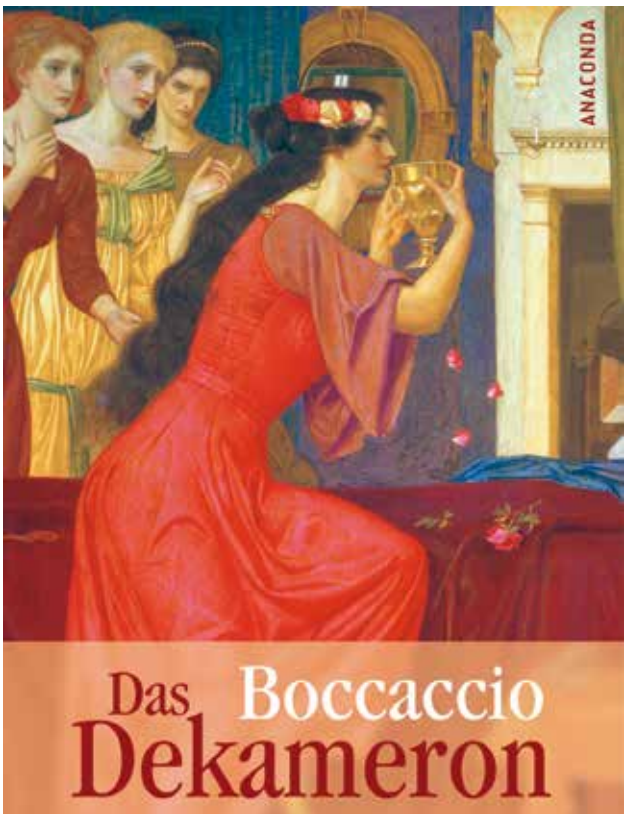
Obwohl das Bewusstsein ganz und gar durch die Kommunikation über das Virus gefangen genommen wurde, Corona hier, Corona da, konnten wir keinen Ermüdungseffekt beobachten. Im Gegenteil. Vielleicht waren es die Beschränkungen des Lockdown im Frühjahr, welche den auf den häuslichen Umkreis reduzierten und vom Reisen abgehaltenen Menschen die Augen öffnen half für Museen und Bibliotheken, vielleicht waren sie aber auch wach geworden und angeregt durch die Thematik, begierig jetzt, mehr zu erfahren über die historischen Dimensionen.

So neu ist das alles nicht, kann man lernen, Corona hat Vorläufer, meist viel gefährlichere und tödlichere als das Covid 19 Virus, „keine Generation hat das Unglück für sich gepachtet" (Giovanni di Lorenzo), Millionen sind gestorben an der Grippe, der Pest, an Syphilis und Co. und das hat, paradox und eventuell makaber, auch etwas Tröstliches. Literatur und Lesen sind auch Lebenshilfe, und wenn diese auch nur darin besteht zu erkennen, dass wir 2020 und in der Folge nicht die Einzigen waren, die litten.

Decamerone von Giovanni Boccacio (*1313 - † 1375)

Das „Decamerone" des Renaissancedichters Giovanni Boccaccio ist das erste, noch heute viel zitierte und gelesene Werk zum Thema. Es ist ein „Zehntagebuch", wenn man den Titel ins Deutsche überträgt. An zehn Tagen erzählen sich zehn Menschen (drei Männer, sieben Frauen), die vor der Beulenpest in Florenz (1348) aufs Land geflüchtet sind, um in der Quarantäne das Ende der Seuche abzuwarten, jeweils zehn Novellen, zusammen also einhundert, die allesamt mehr oder weniger explizit von der Liebe handeln.

Das Phänomen begegnet auch zu Coronazeiten: Party, Geburtstagsfeier, Hochzeit - gerade dann, wenn die vierte Welle ansteht?
„Offensichtlich ist es dem Menschen eigen, Zeiten von Not, Angst und wirtschaftlicher Angespanntheit mit seinem Hang zum Libidinösen auszugleichen" wird Prof. Claus Laamann, Uniklinik Freiburg, zitiert.



ISBN: 345834277X, 18,00 Euro

Wobei „libidinös" hier heißt, Dinge zu tun, die Freude machen, ein „Embodiment" zu schaffen: „Ich fühle, also bin ich". (s. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung (FAS) vom 11.10.2020)

Anders als die mittelalterliche Literatur, die auf das Jenseits ausgerichtet war, spielen die Geschichten Boccaccios in der Gegenwart und dem Diesseits. Die kleinen Kunstwerke sind dezent erotisch, humoristisch aufgelockert, sinnenfroh. Als ein Beispiel sei die erste Novelle des dritten Tages genannt:
Der Gärtner Mazet spielt den Stummen und Einfältigen, um in einem Nonnenkloster den als ausbeuterisch und zänkisch geltenden, aber frommen Jungfrauen etwas zur Selbstbehauptung entgegensetzen zu können. Da er aber jung und gut gebaut ist, nähern sich ihm zwei der „Nönnchen" in eindeutiger Absicht. Ihr sexuelles Verlangen dominiert über Bedenken, schwanger zu werden. Hinweise auf das Keuschheitsgelübde überspielen sie mit dem Argument: „Wieviel wird Gott täglich versprochen und nicht gehalten. Es werden sich schon andre finden, die ihm das erfüllen, was wir zugesagt haben", und so kommt es, wie es kommen muss. Mazet, der ja als stumm und dumm

gilt, spielt mit und erfüllt ihre Wünsche mehrmals. „Die Süßigkeit dieser Sache" spricht sich herum, alle werden von Mazet zufrieden gestellt, am Ende sogar die Äbtissin, die freilich so maßlos in ihren Wünschen ist, dass es ihm zu viel wird. Er beendet seine Mimikry als Taubstummer. „Ich habe gehört", sagt er, „dass zwar ein Hahn für zehn Hennen genug sei, dass aber zehn Männer nicht eine Frau... befriedigen können, und ich soll deren neun bedienen?" Um zu verhindern, dass Mazet seine Erfahrungen mit den frommen Damen herum erzählt, befördern sie ihn zum Verwalter und lassen ihm soviel Freiheit, wie er verlangt.

Das „Decamerone" wurde zum Bestseller, hat viele Autoren beeinflusst und es mag sein, dass, wie Fiona Ehlers sagt, „das gesprochene Wort wie heilende Medizin wirkte".

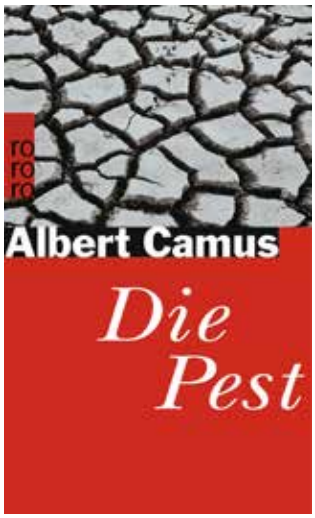
Die Pest von Albert Camus (*1913 – † 1960, Nobelpreisträger für Literatur 1957)

Anders sieht es mit Camus' berühmtem Roman, „Die Pest" aus, der anscheinend kurzfristig vergriffen war nach Ausbruch von Corona.

Taumelnde, blutende, vor den Augen der Menschen verendende Ratten sind ein Hinweis für einen bevorstehenden Ausbruch, der Rattenfloh sucht sich nach dem Aussterben der Nagetiere ein neues Wirtstier, den Menschen, und so beginnt der Roman denn auch gleichsam ganz realistisch mit sterbenden Ratten, aber der Autor meint nicht die Pest, er benutzt sie „nur" als Parabel für eine andere, nicht weniger gefährliche „Krankheit": das Leben unter dem Belagerungszustand zu Zeiten der Eroberung französischer Territorien durch die Nazis.

Die didaktische Tendenz des Romans, die bei manchen Käufern im Frühjahr der ersten Welle wohl nicht erkannt bzw. vernachlässigt wurde, lässt das Buch auch gewissermaßen eindimensional erscheinen, wie denn Camus' Werke ähnlich denen von Sartre in den Dienst politischer Überzeugungen bzw. philosophischer Erkenntnis treten, auch wenn sich der Autor gegen diese Vereinnahmung stets wehrte. So realistisch die Ausbreitung der Seuche und der Kampf gegen dieselbe beschrieben wird – jeder ist auf seine Weise involviert in die Vorgänge -, so ist dem Leser doch klar, dass es hier um mehr geht als um die Bewältigung einer „Naturkatastrophe"- auch Covid 19 wurde so benannt.

Der Arzt Rieux nimmt den Kampf als Mediziner auf, disputiert mit dem Pater Paneloux, der die Epidemie als gerechte Strafe Gottes ansieht und eine Schar Anhänger um sich versammelt. Rieux handelt aus Nächstenliebe, obwohl er Atheist ist, sein Nachbar Tarrou, politisch engagiert, gründet eine Schutzgruppe, Professor Castel entwickelt einen Impfstoff gegen die Pest, einige betätigen sich als Kriegsgewinnler und Schmuggler, der kleine Angestellte Grand erleidet eine Schreibblockade und kommt bei der Abfassung seines Romans nicht über den ersten Satz hinaus usw. usf.



ISBN: 3499006162, 12,00 Euro

Alle eint das Erlebnis der Niederlage. Der Kampf gegen die Pest führt nicht ursächlich das Ende der Seuche herbei, diese flaut ab nach einiger Zeit, aber worauf es ankommt, das hat Camus schon in seinem „Mythos des Sisyphos" sowie dem Roman „Der Fremde" dargelegt, ist, den Kampf gegen das Absurde aufzunehmen, sich in die ständige Revolte gegen die Sinnlosigkeit der Welt zu begeben, jedoch Freundschaft, Liebe und Solidarität dabei hochzuhalten - ohne das Empfinden der Absurdität zu verlieren.

Revolte heißt hier „Ja" zu sagen zum Unabwendbaren, ohne den Respekt vor dem anderen zu verlieren, den Stein immer wieder hoch zu wälzen, nachdem er zu Boden stürzte. So kann man sich mit dem berühmten Schlusswort des Dichters Sisyphos als „glücklichen Menschen" vorstellen. Pest wie Kriege werden zwar nie aussterben, aber der Kampf, die „Résistance" gegen das scheinbar Unabwendbare und die Solidarität der Menschen müssen Tod und Tyrannei überwinden.

Der erste Satz des Romans von Grand, über den er nie hinaus gelangt, lautet:
„An einem schönen Morgen des Monats Mai durchritt eine elegante Amazone auf einer wunderbaren Fuchsstute die blühenden Alleen des Bois de Boulogne". Und er hofft, dass die Fortführung seiner Erzählung „alles übrige leichter" machen wird.

Ist das eine Hoffnung auf Erlösung, mit Hölderlin zu reden: - „Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch" - und ist es die Kunst, ist es das Schöne, von dem die Rettung vor dem Unheil kommt?

Juli Zeh (*1974), Corpus Delicti

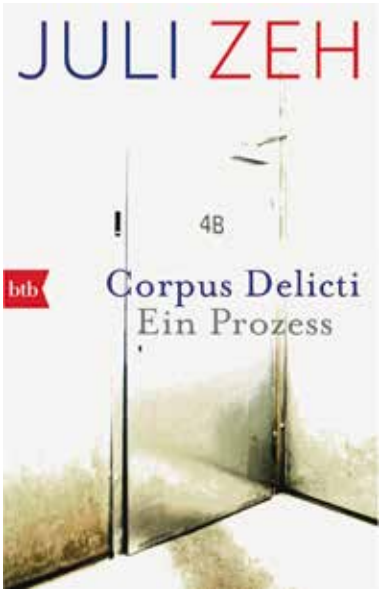
Was heutzutage ins Feld geführt wird, ist die Angst vor einer schleichenden Aushöhlung der Freiheitsrechte zugunsten einer auf ein hohes Podest gestellten Sicherheit. Diese Thematik hatte schon vor über zehn Jahren die Schriftstellerin Juli Zeh in ihrem Roman „Corpus Delicti", naturgemäß ohne Kenntnis der Corona-Pandemie, behandelt. Auf ihn soll ein kurzer Blick geworfen werden.

Kernstück der diskursiven Struktur des Werkes ist ein Gespräch zwischen Mia, der Verfechterin uneingeschränkten Sicherheitsdenkens, und ihrem Partner Moritz, der die Gegenposition vertritt: Mia beruft sich auf den „unbedingten, individuellen und kollektiven Lebenswillen" aller Lebewesen: „Ihn erheben wir zur Übereinkunft, auf die sich unsere Gesellschaft stützt." Die zu diesem Zweck entwickelte „Methode" garantiert jedem Einzelnen „ein möglichst langes, störungsfreies, das heißt gesundes und glückliches Leben, (...) frei von Schmerz und Leid".

Moritz widerspricht:
„Im Gegensatz zum Tier kann ich mich über die Zwänge der Natur erheben. Ich kann Sex haben, ohne mich vermehren zu wollen. Ich kann Substanzen konsumieren, die mich für eine Weile von der sklavischen Ankettung an den Körper erlösen. Ich kann den Überlebenstrieb ignorieren und mich in Gefahr bringen, allein um den Reiz der Herausforderung willen. Dem wahren Menschen genügt das Dasein nicht, wenn es ein bloßes Hiersein meint. Der Mensch muss sein Dasein erfahren. Im Schmerz. Im Rausch. Im Scheitern. Im Höhenflug. Im Gefühl der vollständigen Machtfülle über die eigene Existenz. Über das eigene Leben und den eigenen Tod".

Und dem Argument Mias über ein sog. „Sicherheitsfundament" (Impfpflicht für Alle? Anmerkung der Redaktion), auf dem freies Leben erst möglich ist, entgegnet er:
„Weißt Du, wann unsere Welt endlich sicher sein wird? Wenn alle Menschen in Reagenzgläsern liegen, eingebettet in Nährlösung und ohne Möglichkeit, einander zu berühren! Was soll denn das Ziel dieser Sicherheit sein? Ein Dahinvegetieren im Zeichen einer falsch verstandenen Normalität?"

Wenn auch poetisch verdichtet und polemisch zugespitzt kann man sich schwerlich brillantere Argumente für die gegensätzlichen Positionen vorstellen - vor allem im Vergleich zu manchen läppischen bis dümmlichen Aussagen in der gegenwärtigen Diskussion. Verschwörungsmärchen - das Wort „Theorie" scheint schon zu anspruchsvoll - gab es natürlich auch bei Ausbruch der Pest. Da war es der gerechte Zorn Gottes, welcher dem sündigen Treiben der Menschen mit einer Seuche Einhalt gebot.



ISBN: 344274525X, 10,00 Euro

Natürlich ist auch die Haltung von Moritz nicht ungefährlich, wenn man sie in einem anderen Kontext sieht. Dass das Leben der Güter höchstes nicht sei, sagte der soldatische Mensch. In Schillers „Reiterlied" ("Wohlauf, Kameraden, aufs Pferd, aufs Pferd") wird dem Einsatz des freien Mannes gegen die Falschheit und Hinterlist, gegen Unrecht und Tyrannei, ausdrücklich auch im Krieg, ein Loblied gesungen und als wahre Freiheit gefeiert:
„Der dem Tod ins Angersicht schauen kann, / Der Soldat allein ist der freie Mann."

Nach Millionen Toten, in den Weltkriegen des 20. Jahrhunderts muten Schillers romantisch verklärende Verse fast peinlich an:
„Drum frisch, Kameraden, den Rappen gezäumt,
Die Brust im Gefechte gelüftet!
Die Jugend brauset, das Leben schäumt,
Frisch auf, eh der Geist noch verdüftet!
Und setzet ihr nicht das Leben ein,
Nie wird euch das Leben gewonnen sein".

Das sehen wir heute zum Glück ganz anders!

Der Autor:
Burkhard Wellenkötter

Gräflich Solms - Laubach`sche Schlossbibliothek
35321 Laubach



Aktiv im Alltag – Atemübungen ohne Gerät

von M. Frisch

Michaela Frisch, stellvertretende Vorsitzende der AG Lungensport in Deutschland, hat in der 80 Seiten umfassenden Broschüre „Aktiv im Alltag – weitere Übungen für zuhause oder den Lungensport" eine Reihe von Übungen zusammengestellt, mit denen täglich unkompliziert die körperliche Belastbarkeit, Mobilität und die Lebensqualität durch eigene Aktivität gesteigert werden können. Hier weitere Übungsbeispiele aus der Broschüre.



Übung 1

Atemkoordination, Brustkorb- und Schultermobilisation

Ausgangsstellung:
aufrechter Sitz oder stabiler Stand. Die Arme hängen locker an der Seite, die Handrücken zeigen nach vorne. Mit der Einatmung durch die Nase die Ellbogen beugen und die Ellbogen seitlich nach oben führen.

Mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) die Arme wieder nach unten in die Ausgangsstellung führen.

Variation:
mit der schnüffelnden Einatmung kombinieren



Übung 2

Atemkoordination, Brustkorb- und Schultermobilisation

Ausgangsstellung:
aufrechter Sitz oder stabiler Stand. Die Arme hängen locker an der Seite.

Mit der Einatmung durch die Nase die Arme über die Seite nach oben über den Kopf Richtung Decke führen. Mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) die Arme wieder nach unten in die Ausgangsstellung zurückführen.

Übung 3

Atemkoordination, Schultermobilisation

Ausgangsstellung:
aufrechter Sitz oder stabiler Stand. Die Unterarme in Schulterhöhe aufeinanderlegen.

Mit der Einatmung durch die Nase die Unterarme aufstellen und nach hinten-außen führen- dabei zeigen die Handinnenflächen dann nach vorne.

Mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) wieder in die Ausgangsstellung zurückkehren.

Variation:
die Stellung der Arme hinten über mehrere Atemzüge halten, dabei ganz bewusst die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) einsetzen- zusätzlich ganz bewusst die Schultern nach hinten-unten zusammenziehen.



Übung 4

Atemkoordination, Training der Flankenatmung, Wirbelsäulen-Mobilisation

Ausgangsstellung:
aufrechter Sitz oder stabiler Stand. Die Arme hängen locker an der Seite, die Handinnenflächen zeigen nach vorne.

Mit der Einatmung durch die Nase den Oberkörper langsam zu einer Seite neigen.

Mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) wieder in die Ausgangsstellung zurückkehren.
Seitenwechsel.

Variation:
Die Stellung auf einer Seite über mehrere Atemzüge halten, dabei ganz bewusst die Atmung mit der Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) einsetzen. Zusätzlich bei der aufgedehnten Seite die Hand auf den unteren Rippenbereich legen.



Übung 5

Atemkoordination, Training der Flankenatmung, Schultergürtel- und Wirbelsäulenmobilisation

Ausgangsstellung:
stabile Schrittstellung, das linke Bein ist vorne, beide Hände auf das gebeugte vordere Bein legen.

Mit der Einatmung durch die Nase den rechten Arm nach hinten führen und dabei den Oberkörper nach hinten aufdrehen.

Mit der Ausatmung über die Lippenbremse (langsames Ausströmen der Luft über die leicht geöffneten Lippen) wieder in die Ausgangsstellung zurückkehren.

Nach mehreren Wiederholungen: Seitenwechsel.











JETZT: Online-Lungensportstunde der AG Lungensport

Jeweils einmal in der Woche abends eine Stunde: Fit bleiben auch in der Coronazeit! Wenn Sie an der Online-Lungensportstunde teilnehmen möchten, senden Sie bitte eine E-Mail mit dem Betreff **„Lungensport"** an **sportstunde@atemwegsliga.de**.

WICHTIG! Die Teilnahme an dieser Online-Lungensportstunde erfolgt auf eigene Gefahr und in Eigenverantwortung. Wir schließen jegliche Haftung aus. Mit Ihrer Teilnahme erklären Sie sich hiermit einverstanden. Bei Auftreten eines medizinischen Notfalls wählen Sie bitte unverzüglich die Notrufnummer 112 via Telefon/ Handy.

Sie erhalten nach Anmeldung einen persönlichen Einwahllink. Bitte geben Sie diesen nicht weiter, da es sonst zu Überbuchungen kommen kann!

Auszug aus der hochaktuellen Broschüre „Aktiv im Alltag" von Michaela Frisch und der AG Lungensport in Deutschland e.V. Die Broschüre kann hier gegen einen geringen Unkostenbeitrag angefordert werden:



AG Lungensport in Deutschland e.V.

Geschäftsstelle
Raiffeisenstraße 38
33175 Bad Lippspringe
Telefon 05252 / 9 37 06 03
lungensport@atemwegsliga.de

Klinik für Pneumologie, Schlafmedizin und Beatmungsmedizin Zentralklinik Bad Berka

Verpflichtung aus Tradition und für die Zukunft als eines der größten und ältesten Lungenzentren Deutschlands



Foto: Klinik Bad Berka

Die Zentralklinik Bad Berka in Thüringen (11 km von Weimar entfernt) gehört zu den modernsten Krankenhäusern Deutschlands und baut dabei zugleich auf eine lange Tradition. Die Historie der Zentralklinik ist eng verbunden mit der Geschichte des Kampfes gegen die Schwindsucht, wie die Tuberkulose früher genannt wurde. Schon bei den alten Ägyptern als Erkrankung nachgewiesen, breitete sich die Erkrankung auf Grund der schlechten Lebens- und Ernährungsbedingungen im Rahmen der Industrialisierung seit dem frühen 19. Jahrhundert epidemisch aus.

Bereits 1887/88 wurde in Bad Berka auf die „lindernde und heilende" Wirkung der Berkaer Waldluft gesetzt und eine Freiluftstation für lungenkranke Patienten errichtet. Aus den 1898 für die Behandlung von Tuberkulose-Patienten gegründeten Sophienheilstätten ist bis heute eines der größten und bedeutendsten pneumologischen Zentren Deutschlands in einem Krankenhaus der Maximalversorgung geworden. Das medizinische Leistungsangebot wurde über die Lungenheilkunde hinaus im Laufe der Jahrzehnte stetig erweitert. Die Klinik für Pneumologie ist jetzt eine von 21 Fachkliniken der Zentralklinik Bad Berka und behandelt Patienten auf universitärem Niveau. In der Pneumologie werden ca. 4000 Patienten pro Jahr stationär bzw. teilstationär betreut, und ca. 1000 Patienten ambulant. Hierfür stehen im ärztlichen und nichtärztlichen Bereich rund 90 Mitarbeiter bereit.

Zur stationären Behandlung verfügt die Klinik über 52 Betten zur Betreuung von Patienten mit Atemwegserkrankungen jeglicher Art sowie 12 Betten zur Behandlung von ansteckenden und nicht ansteckenden Tuberkulosen. Hinzu kommen 11 Betten im Schlaflabor sowie 20 Betten zur Behandlung von schwerstkranken Patienten auf einer pneumologischen Intensivstation.

Die Routinediagnostik besteht, wie in anderen Zentren auch, aus Lungenfunktionsbestimmungen mittels Bodyplethysmographie, Diffusionsmessung, Blutgasanalyse, 6-Minuten Gehstrecke oder Spiroergometrie. In Kooperation mit der Radiologie kommt vor allem die Computertomographie zum Einsatz, hier spielt bei Lungengerüsterkrankungen, wie Fibrosen, vor allem die hochauflösende Computer-Tomographie (HR-CT) eine große Rolle.

Die Bronchoskopie ist dabei eine wichtige Säule in der Diagnosestellung und bei therapeutischen Eingriffen die endobronchiale Exploration. Wahlweise kommen hierbei Techniken wie flexible oder starre Bronchoskopie, endobronchialer Ultraschall (sowohl der endobronchiale Ultraschall EBUS als auch die Minisondentechnik) mit Gewebegewinnung und diagnostischer Lungenspülung in Frage. Therapeutisch liegen große Erfahrungen mit Verfahren wie Tumorabtragungen, Stentsetzungen, Ventilimplantationen aber auch bei der Stillung von Tumor- oder anderen Lungenblutungen vor.

Eine Besonderheit ist das seit Jahren etablierte Positronen-Emissions-Tomografie-(PET) Zentrum in der Klinik für Nuklearmedizin mit hochspezialisierten Mitarbeitern, so dass mit dieser Technik in der Zentralklinik der weltweit höchste Standard beim Tumorstaging angeboten wird.

Besondere Schwerpunkte unserer Klinik sind:

Lungengerüsterkrankungen

Lungengerüsterkrankungen sind Erkrankungen, die zu einer „Vernarbung" (Fibrose – wie z.B. bei der Vogelhalterlunge oder der idiopathischen Lungenfibrose) und damit einer Schrumpfung des Lungengewebes führen. Es entsteht eine zunehmende Atemnot (Dyspnoe), die häufig schleichend beginnt und von den Betroffenen anfangs oft auf mangelnde Fitness oder das zunehmende Alter geschoben wird. Wir sind überregionales Zentrum und bieten langjährige Erfahrungen in der Behandlung dieser teils sehr seltenen Erkrankungen. Maßgeblich in der Diagnostik sind hier das hochauflösende CT, die serologische Diagnostik sowie die endobronchiale Probengewinnung mittels Kryobiopsie. Gelegentlich ist auch eine thoraxchirurgische Biopsieentnahme (VATS) notwendig, die in der Klinik für Thoraxchirurgie durchgeführt wird. Die Befunde werden standardmäßig im interdisziplinären Fibrose-Board bewertet. Zur Behandlung bei fortgeschrittenen Fibroseerkrankungen gibt es seit 2015 bereits hilfreiche Medikamente. Die Therapieeinleitung sowie regelmäßige Verlaufskontrollen erfolgen hierzu in unserer spezialisierten Fibroseambulanz.

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Die COPD, eine Krankheit die hauptsächlich als Folge des Zigarettenrauchens auftritt und sich anfangs als chronische Bronchitis mit Atemwegsobstruktion bemerkbar macht, führt nicht konsequent behandelt oft zur stationären Krankenhausaufnahme wegen einer bedrohlichen Verschlechterung, der „Exazerbation". Diese ist charakterisiert durch eine stark anhaltende Atemnot mit Husten und Auswurf. Sie wird häufig durch virale Infekte ausgelöst. Neben einer gestuften Exazerbationstherapie erfolgt eine angepasste Physiotherapie.

Zusätzlich werden in unserer Klinik hilfreiche Patientenschulungen sowie das richtige Sekretmanagement durch unsere Atemungstherapeuten eingeübt. Hinzu kommt die Vermittlung spezieller Inhalations-Techniken, aber auch die Einübung der Anwendung von Flutter, Cornet u.a..

Nach Ausschöpfung aller medikamentösen Therapien, der Physiotherapie, inklusive der Schulungen, erfolgt bei sehr schwer kranken Patienten die Überprüfung der Notwendigkeit einer zusätzlichen Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT), einer eventuellen häuslichen Beatmung oder gegebenenfalls auch einer Lungentransplantation. Bei Patienten mit einem lokalisierten Emphysem (überblähten Lungenanteilen) wird zudem die Möglichkeit der endoskopischen Lungenvolumenreduktion erwogen. Bei diesem Verfahren werden mittels Bronchoskopie mehrere Ventile in die Bronchien eingesetzt, um überblähte Lungenanteile zu „entlüften" und so die Funktion der intakten Lungenareale zu verbessern. Bei erfolgreichen Implantationen ergibt sich oft eine deutlich verbesserte Leistungsfähigkeit bei gleichzeitig mehr Lebensqualität für den Patienten.

Asthma bronchiale

Nicht selten findet sich auch bei Patienten im Erwachsenenalter eine reversible Atemwegsobstruktion im Sinne eines „late-onset" Asthma bronchiale. Auch wenn die Erkrankung eine Domäne der niedergelassenen Pneumologen ist, sehen wir regelmäßig Patienten mit schwerem unkontrolliertem Asthma bronchiale, wobei hier zwischen schwerem Asthma oder schwer behandelbarem Asthma unterschieden

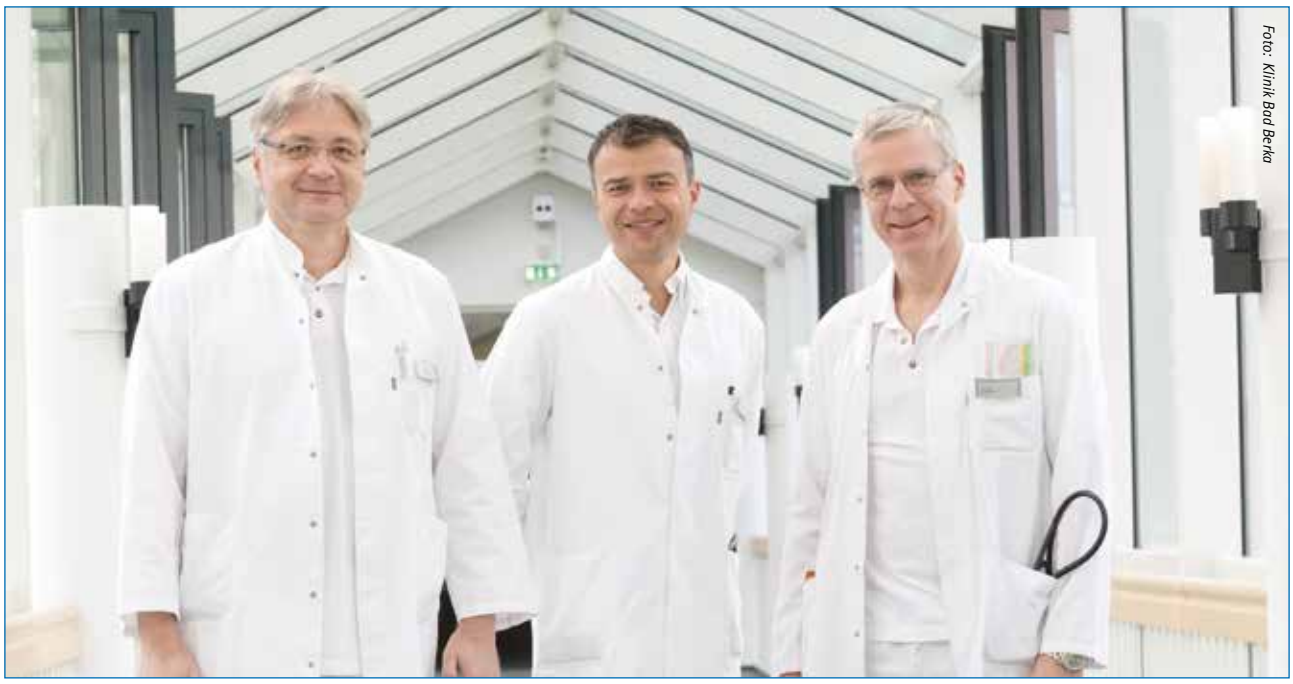


Foto: Klinik Bad Berka

v.l.n.r.: Chefarzt Dr. med. Thomas Kohl, Klinik für Thorax- und Gefäßchirurgie; Chefarzt Dr. med. Ekkehard Eigendorff, Klinik für internistische Onkologie und Hämatologie; Chefarzt Dr. med. Michael Weber, Klinik für Pneumologie

werden muss. Zur Diagnose kommen hier zusätzlich die FeNO Messung (Stickoxid-Konzentration in der Ausatemluft), die Bestimmung der Eosinophilen im Blut, der Bronchospasmolysetest bzw. ein Bronchoprovokationstest sowie eine allergologische Diagnostik (Prick Test bzw. spezifische IgE-Bestimmung im Blut) zum Einsatz. Zur Sicherung und Überprüfung des Therapieerfolges bzw. Einleitung einer in Einzelfällen erforderlichen „Biologika"-Therapie haben wir eine Spezialambulanz für schweres Asthma bronchiale.

Tumoren von Lunge und Rippenfell

Das überregional anerkannte Lungenkrebszentrum (LuKreZIA) des Hauses wurde durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) im Jahr 2014 erstmals offiziell zertifiziert. Unseren Patienten bieten wir damit den Vorteil von Diagnostik und Therapie nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen mit allen erforderlichen Untersuchungen und Behandlungsschritten unter einem Dach. Die Diagnosestellung (CT-Thorax, Bronchoskopie zur Histologiegewinnung, Staging) erfolgt durch unsere pneumologischen Spezialisten. Im anschließendem interdisziplinären Tumorboard mit den fachärztlichen Kollegen der Radiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Strahlentherapie, Onkologie sowie Thoraxchirurgie wird auch unter Hinzunahme moderner molekulargenetischer Untersuchungen zur Tumorbestimmung eine leitliniengerechte und individuell auf jeden Patienten zugeschnittene Behandlungsstrategie entwickelt und auf Wunsch im Hause durchgeführt. Wir stehen dabei stets in engem Kontakt mit unseren Patienten. Speziell für Palliativpatienten steht eine Palliativstation mit umfassender Komplexbehandlung bereit. Die Verzahnung mit der ambulanten Betreuung zur Einleitung einer Versorgung für die Häuslichkeit (SAPV) ist dabei eine wichtige Ergänzung ebenso wie die psychoonkologische Mitbetreuung.

Weaning Zentrum

„Weaning" meint die „Entwöhnung" von einer zeitlich befristeten invasiven Langzeit-Beatmung. Viele Jahre war das Weaning-Zentrum der Zentralklinik Bad Berka das einzige zertifizierte Zentrum in Thüringen. Hier findet mit einer über zwanzigjährigen Erfahrung die medizinische Versorgung von Patienten mit akuter und chronischer Atemschwäche bzw. -erschöpfung als Folge pneumologischer oder neuromuskulärer Erkrankungen einschließlich hoher Querschnittslähmungen auf dem aktuell höchsten Niveau statt. Es werden neben Patienten aus unseren intensivmedizinischen Abteilungen auch Patienten aus anderen Krankenhäusern überregional aufgenommen.

Unsere Weaning-Einheit ermöglicht vielen Patienten den Übergang von einer Intensivstation zu einer Perspektive eines Lebens zu Hause.

Zur Erreichung dieses Zieles steht ein interprofessionell arbeitendes Team aus Fachärzten, Atmungstherapeuten, qualifizierten Schwestern und Pfle-

gern, Physiotherapeuten, Logopäden und Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes bereit.

Schlafmedizin und Heimbeatmung

Mit zunehmendem Alter sowie steigendem Anteil von Übergewichtigen in der Bevölkerung sind schlafbezogene Atmungsstörungen immer häufiger zu sehen. Neben einer ausgeprägten Tagesmüdigkeit mit z.B. erhöhten Unfallrisiken und einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit und Lebensqualität gehört zu den Auswirkungen vor allem ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Nach Hinweisen im ambulanten Screening durch eine Polygraphie erfolgt im Rahmen einer Polysomnographie (PSG) im Schlaflabor die Entscheidung der Therapieeinleitung. Mit angelegten Sensoren werden im Schlaf viele verschiedene Parameter aufgezeichnet und nachfolgend analysiert. Die PSG bietet auch die Möglichkeit einer eigehenden Differentialdiagnostik. Therapeutisch wäre bei relevanten obstruktiven Atemaussetzern in der Nacht eine Positivdrucktherapie (CPAP) Mittel der Wahl. Die entsprechenden Ansprechpartner stehen z.B. zur Geräteversorgung vor Ort zur Verfügung.

Zusätzlich besteht im Schlaflabor während des teilstationären Aufenthaltes in unserer Klinik die Möglichkeit verschiedene Formen der Tagesschläfrigkeit z. B. durch eine Pupillographie, Vigilanztestung oder einem Schlaflatenztests zu differenzieren. Dies ist vor allem für Berufsgruppen mit erforderlicher Verkehrstüchtigkeit entscheidend.

Für Heimbeatmungspatienten mit erschöpfter Atempumpe existiert ein separater Funktionsbereich. Hier kommt zur Beatmungseinstellung zusätzlich die nächtliche CO_2-Messung (Kapnographie) zum Einsatz.

Lungenhochdruck (pulmonale Hypertonie)

Der Bluthochdruck im kleinen Blutkreislauf führt zu einer zunehmenden Belastungsluftnot mit immer mehr eingeschränkter Belastbarkeit. Die Erkrankung tritt sehr selten als eigenständiges Krankheitsbild auf. Auch hier ist Bad Berka als überregionales Behandlungszentrum mit spezialisierter Ambulanz seit Jahren ein kompetenter Ansprechpartner. Wichtigste Untersuchung zur Sicherung der Diagnose ist die Rechtsherzkatheteruntersuchung, die wir pro Jahr über 150 Mal durchführen.

Im Sonderfall der chronischen thrombembolischen pulmonalen Hypertonie (CTEPH), bei der Lungenembolien für diese Hochdruckform verursachend sind, kooperieren wir bei einer notwendigen operativen Behandlung mit der für diese Eingriffe erfahrenen Spezialchirurgie.



Foto: Klinik Bad Berka

Chefarzt Dr. med. Michael Weber, Klinik für Pneumologie

Tuberkulose

Während in der Nachkriegszeit z.B. 1948, allein in Thüringen ca. 30.000 Tuberkuloseerkrankungen jährlich registriert wurden, ist diese infektiöse Erkrankung mit ca. 5.000 Erkrankungsfällen in ganz Deutschland im Jahr 2019 eine eher selten gewordene Erkrankung. Umso wichtiger ist die Erkennung ihrer möglichen Komplikationen und die Ausschöpfung der modernen Therapiemöglichkeiten. Hier blickt die Zentralklinik auf eine mehr als hundertjährige Erfahrung zurück, die unseren Patienten weiterhin zu Gute kommt.

Zu guter Letzt unterhält die Klinik für Pneumologie im ambulanten Bereich noch jeweils ein pneumologisches medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) in Erfurt und Weimar. Diese enge Verzahnung mit der ambulanten Patientenversorgung ermöglicht auch nach der Entlassung aus unserer Klinik eine Fortsetzung der hochwertigen Behandlung unserer Patienten.

Kontaktdaten:
Zentralklinik Bad Berka
Klinik für Pneumologie,
Zentrum für Schlafmedizin, Beatmungsmedizin
Chefarzt Dr. med. Michael Weber
Tel.: 036458-5-1501
E-Mail: pne@zentralklinik.de

Deutsche Tinnitus-Liga e. V.

Hilfe zur Selbsthilfe – von Betroffenen für Betroffene



Tinnitus – abgeleitet vom lateinischen Wort „tinnire", klingeln – ist der medizinische Fachausdruck für die alltagssprachlichen Begriffe „Ohrensausen" und „Ohrgeräusche". Jeder Vierte in Deutschland hat irgendwann einmal Erfahrungen mit Tinnitus gemacht, darunter auch viele Jugendliche. Es gibt keine äußere Schallquelle und nur der Betroffene kann diese Geräusche in einem oder beiden Ohren oder im Kopf hören. Sie treten in unterschiedlicher Form auf: als Pfeifen, Rauschen, Summen, Zischen, Hämmern, Knarren, Klopfen, Klingeln oder Melodien. Tinnitus wird vor allem in der oft angstbesetzten Anfangsphase als störend und quälend empfunden. Meist wird er irgendwann zur erträglichen Begleiterscheinung des Alltags.

Dennoch: Von den rund drei Millionen chronisch von Tinnitus betroffenen Menschen in Deutschland leiden mindestens 1,5 Millionen sehr darunter, zumal oft beispielsweise

- Schlafstörungen
- Konzentrationsschwierigkeiten und
- Ängste den Tinnitus begleiten und schließlich …
- Arbeits- und Berufsunfähigkeit führen.

Viele Betroffene verstehen den Tinnitus aber auch als eine Botschaft von Körper und Seele und beginnen, ihr Leben beziehungsweise ihren Lebensstil zu hinterfragen und zu ändern.

Ursachen

Tinnitus ist keine Krankheit, sondern vor allem ein Symptom, das sich aber verselbstständigen kann. Für Ohrgeräusche kann es viele Ursachen geben, allerdings kann es auch sein, dass keine konkrete Ursache gefunden wird. Unbewältigter Stress, einschneidende Lebenssituationen oder psychische Probleme gehören zu den häufigen Auslösern. Ein großer Teil der Menschen mit Tinnitus ist auch von Schwerhörigkeit betroffen. Einer der Hauptauslöser kann beispielsweise eine starke Lärmbelastung sein, vor allem am Arbeitsplatz sowie auch zu laute Musik oder andere Lärmquellen. In der aktuellen Forschung geht man davon aus, dass Ohrgeräusche erst durch eine „mangelhafte Filterwirkung" des Gehirns wahrgenommen werden.

Akuter Tinnitus

Ein erstmalig auftretender akuter Tinnitus gehört ebenso wie ein *Hörsturz* möglichst bald in HNO-ärztliche Behandlung. Neben einer gründlichen medizinischen Abklärung sind die richtige Behandlung und Beratung durch den Arzt entscheidend für den Therapieverlauf. Dazu gehört die Information, dass Ohrgeräusche keine Krankheit und meist harmlos sind. Die Patienten sollten die Geräusche möglichst wenig beachten und völlige Stille vermeiden.

In der Regel kommen – je nach Diagnose – folgende Maßnahmen infrage: Nach der Leitlinie „Hörsturz" **https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/017-010.html** der Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie sollte die *Akutbehandlung* in einer systemischen hochdosierten Kortisontherapie erfolgen, entweder als Kurzinfusion, in Tablettenform oder als intratympanale (direkt durch das Trommelfell ins Mittelohr gespritzte) Steroidgabe, meist ambulant. Es kann auch eine Krankschreibung erfolgen. Die Spontanheilungsrate liegt bei ca. 70 Prozent, dennoch sollte bei erstmals auftretendem Tinnitus baldmöglichst ein HNO-Arzt aufgesucht werden. Bis zu einer Dauer der Ohrgeräusche von ca. drei Monaten spricht man von einem *akuten Tinnitus*.

Chronischer Tinnitus

Selbst wenn die Ohrgeräusche nach der Akutphase bleiben (chronischer Tinnitus), können die Betroffenen sehr gut lernen, diese „zu überhören". Es gibt viele Möglichkeiten, auch einen stark belastenden Tinnitus durch „Gewöhnung" in einen noch erträglichen Tinnitus umzuwandeln. Hierzu stehen folgende Therapiebausteine zur Verfügung:

- spezifische HNO-ärztliche Behandlung,
- eine gut verständliche Aufklärung und Beratung,
- die kognitive Verhaltenstherapie,
- eine Hörtherapie, gegebenenfalls eine Hörgeräteversorgung,
- sowie progressive Muskelentspannung und Stressbewältigungsstrategien.

Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen ist durch den wichtigen Erfahrungsaustausch und das gegenseitige Fördern von Verständnis unter den Betroffenen ebenfalls sehr wirksam bei der Bewältigung von Ohrgeräuschen, wie auch die aktuelle medizinische Leitlinie Chronischer Tinnitus https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/017-064.html betont.

Die Deutsche Tinnitus-Liga e. V. im Kurzprofil

Die Deutsche Tinnitus-Liga e. V. (DTL) vertritt als gemeinnützige Selbsthilfeorganisation die Interessen der Patienten mit Tinnitus, Hörsturz, Hyperakusis (Geräuschüberempfindlichkeit) und Morbus Menière (Drehschwindelerkrankung) sowie ihrer Angehörigen. Rund 11.000 Mitglieder machen die DTL zum größten Zusammenschluss von Betroffenen mit Tinnitus in Europa und zum anerkannten Partner des Gesundheitswesens in Deutschland. Ca. 500 Fachleute gehören der DTL als Partner und fördernde Mitglieder an, darunter renommierte Wissenschaftler, HNO-Ärzte, Ärzte weiterer Fachbereiche, Hörakustiker, Psychologen und Therapeuten. Außerdem werden rund 75 Selbsthilfegruppen in Deutschland durch die DTL betreut. Gegründet wurde die Deutsche Tinnitus-Liga e. V. 1986 in Wuppertal.

Leistungen der DTL

- Kompetente, unabhängige Unterstützung und Beratung, unter anderem in Form von Arzt-, Anwalts- und psychotherapeutischen Sprechstunden
- Informationen zu allen wichtigen Fragen und neuen Therapien durch die vierteljährlich erscheinende Zeitschrift „Tinnitus-Forum", Mitgliederinfos und Broschüren
- Seminare für DTL-Mitglieder sowie deren Angehörige zur besseren Tinnitus-Bewältigung im Alltag und jährliche Schulungen ehrenamtlich aktiver Mitglieder
- Bundesweite Tinnitus-Seminare für Betroffene und Vortragsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit Kliniken, Ärzten, Hörakustikern und Krankenkassen
- Organisation von Klinikvertretertreffen und Treffen von Vertretern der TBT-Teams (Tinnitus-Bewältigungs-Therapie-Teams) einmal jährlich, um den Erfahrungsaustausch zwischen den Experten zu fördern und Qualitätsstandards festzulegen
- Ausbildung von DTL-Beratern: In vier Wochenendseminaren durch Fachleute geleitet, um die Qualitätsstandards in der Beratungstätigkeit zu sichern, die Sachkompetenz zu erweitern und die Kommunikationsfähigkeit sowie auch psychologische Grundkenntnisse zu vermitteln
- Durchführung von Basis- und Aufbauseminaren zur „Qualifizierung der Selbsthilfegruppenarbeit in der DTL" für ehrenamtliche Selbsthilfegruppen-Mitarbeiter
- Fachlicher Beirat der DTL: renommierte Fachleute informieren die DTL-Mitglieder über wissenschaftliche Studien und bewerten diese. Sie fungieren als Ratgeber bei allen Aktivitäten der DTL und warnen die Mitglieder vor unseriösen Angeboten.
- Junge DTL: Plattform zum gemeinsamen Austausch für jüngere Tinnitus-Betroffene im Alter zwischen 17 und 35 Jahren; monatliche Online-Treffen. Interessierte können sich bei Alina Pouryamout per Mail an a.pouryamout@tinnitus-liga.de melden und werden dann in den Verteiler für den digitalen Austausch aufgenommen.

Gemeinnützige Selbsthilfeorganisation gegen Tinnitus, Hörsturz und Morbus Menière

Deutsche Tinnitus-Liga e.V. (DTL)

Kontakt:
Deutsche Tinnitus-Liga e. V. (DTL)
Am Lohsiepen 18
42369 Wuppertal
Telefon: 0202 24652-0
E-Mail: dtl@tinnitus-liga.de
www.tinnitus-liga.de

Folgen Sie uns bei Facebook unter
Deutsche Tinnitus-Liga e.V. und
bei Instagram unter
deutsche_tinnitus_liga

Dank an Krankenkassen und Unterstützer im Jahr 2021

Im Jahr 2021 hat die „*GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene*" im Rahmen der pauschalen Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V die **D**eutsche **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA** dankenswerterweise pauschal für ihre Selbsthilfearbeit mit 10.000,- Euro unterstützt.

Darüber hinaus hat insbesondere die *AOK*, die lokale Arbeit einzelner Ortsverbände, sowohl pauschal als auch projektbezogen mit Förderbeiträgen unterstützt. Wir danken ausdrücklich für diese finanzielle Unterstützung.

Ohne die finanzielle Unterstützung der Krankenkassen wären uns viele Aktivitäten zugunsten von Patienten mit Atemwegserkrankungen wie COPD und Asthma bronchiale nicht möglich gewesen.

Fördernde Mitglieder der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. in diesem Jahr waren:

- Kliniken Benner GmbH & Co. KG, Bad Dürrheim (Espan Klinik)
- MEDA Pharma GmbH & Co. KG, Bad Homburg
- MSD SHARP & DOHME GmbH, Haar

Ganz besonders herzlich danken wir Herrn *Ferdinand Tölke*, Lüdenscheid, der uns im Gedenken an seine liebe verstorbene Frau, unser langjähriges Mitglied, statt persönlicher Geschenke zur Feier seines 80. Geburtstages, die Spenden seiner Gäste in Höhe von insgesamt 2.670,- Euro zukommen ließ.

Wir sind allen Sponsoren, persönlichen Spendern, ihren Angehörigen und Freunden sehr dankbar und werden alle Mittel ausschließlich satzungsgemäß verwenden.

ANZEIGE



Jetzt über 50 Infoflyer der Deutschen Atemwegsliga e.V. und der AG Lungensport in Deutschland e.V. bei der DPLA abrufbar

Nach wie vor – egal wie sich unsere gegenwärtige Situation und die Einschränkungen durch die COVID-19-Pandemie verändern – „Lungensport" ist für jeden Betroffenen, besonders im fortgeschrittenen Alter, wenn schon nicht gemeinsam, so doch auch alleine und zu Hause immer gut möglich! Viele praktische Beispiele zeigt der hier abgebildete Flyer der AG Lungensport: „Ambulanter Lungensport und körperliches Training bei Patienten mit Atemwegs- und Lungenkrankheiten": Alltagsaktivitäten trainieren. Selber bitte nachmachen!



Auch im zweiten Jahr eingeschränkter Alltagsaktivitäten durch COVID-19 sind „Ambulanter Lungensport und körperliches Training bei Patienten mit Atemwegs- und Lungenkrankheiten" anhand des abgebildeten aktuellen Flyers jederzeit und zu Hause gut und für jeden mit einer Atemwegserkrankung einfach und leicht durchzuführen. Es macht sogar Freude und hilft!

Insgesamt stehen damit aktuell über **50 Flyer**, von „Allergie" über „Asthma", „COPD", „Lungenfibrose", „Lungenfunktion", „Peak-Flow-Messung", „Reisen" bis zu „Richtig inhalieren", im Programm. Dieser Flyer kann bei der AG Lungensport in Deutschland e.V. unter www.lungensport.org oder bei der Deutschen Atemwegsliga e.V., http://www.atemwegsliga.de/bestellung.html, oder bei der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA, info@pat-liga.de, Tel. 06133 / 35 43, für einen kleinen Unkostenbeitrag angefordert werden. Diese Reihe wird von ausgewiesenen Experten erstellt, immer wieder aktualisiert und fortlaufend erweitert. ■

Wenn Ihnen noch Themen fehlen, schlagen Sie diese doch bitte vor.

Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA
Frau Kunze, Carl-Wernher-Str. 2, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 – 92 41 08, info@pat-liga.de, www.pat-liga.de

Bundesland, Ort	Ansprechpartner	Telefonnummer
Baden-Württemberg		
Fellbach, Waiblingen, Backnang	Dieter Kruse	0711 / 510 92 94
Bayern		
Weiden, Neustadt, Vohenstrauß	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Brandenburg		
Potsdam	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Hessen		
Frankfurt am Main	Ulrich Schulte	069 / 2002 13 04
	Dieter Kraus	06007 / 939 77 30
	Ursula Schösser	06102 / 53 416
Marburg	Friedhelm Stadtmüller	06422 / 44 51
	Margit Nahrgang	06424 / 45 73
Schwalmstadt	Wolfgang Tenter	06691 / 21 775
Wiesbaden	Lothar Wern	06122 / 15 254
Niedersachsen		
Region Hannover	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43

Bundesland, Ort	Ansprechpartner	Telefonnummer
Nordrhein-Westfalen		
Dortmund	Cornelia Schulz	0231 / 126 376
Duisburg	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Essen	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Gelsenkirchen	Werner Broska	0177 / 767 69 85
	Selbsthilfe-Kontaktstelle	0209 / 913 28-10
Hagen	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Lüdenscheid	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Moers-Niederrhein	Petra Arndt	02841 / 41 484
Rheda-Wiedenbrück	Heinz-Jürgen Belger	05242 / 56 786
Wuppertal	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Rheinland-Pfalz		
Alzey	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Bernkastel-Wittlich	Inge Follmann	06573 / 574
Bitburg	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Daun (Vulkaneifel)	Inge Follmann	06573 / 574
	Renate Maisch	06572 / 23 99
Birkenfeld/ Idar-Oberstein	Winfried Walg	06785 / 77 70
Linz am Rhein	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Mainz	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Trier	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Worms	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Saarland		
Homburg / Saar	Uwe Sersch	06873 / 669 284

Anzeige



SP Medienservice Verlag, Druck & Werbung

Wir sind seit über 25 Jahren als Verlag, Werbeagentur und Druckerei tätig und haben uns auf die Produktion von Mitglieder- und Verbandszeitschriften aus dem Gesundheits- und Selbsthilfebereich spezialisiert.

Wir übernehmen - nach Ihren Wünschen und Vorstellungen – Layout, Druckproduktion, Direkt-Versand und die Refinanzierung Ihrer Mitgliederzeitschrift über Anzeigen bis zur Rechnungsstellung und Mahnwesen.

Je nach Projekt übernehmen wir auch das wirtschaftliche Risiko für die komplette Refinanzierung. Bitte sprechen Sie uns an, damit wir Sie individuell beraten können, wie wir Ihr spezielles Projekt gemeinsam realisieren können.

Ansprechpartner: Sascha Piprek

Reinhold-Sonnek-Str. 12 · 51147 Köln · Tel.: 02203 / 980 40 31
Email: sp@sp-medien.de · Internet: www.sp-medien.de
ausgezeichnet mit dem LVR-Prädikat behindertenfreundlich

Befreundete Selbsthilfegruppen



Baden-Württemberg

Selbsthilfegruppe Asthma, Rielasingen und Konstanz
Kontakt: Marlene Isele
Tel.: 07731 / 24253
E-Mail: marlene.isele@web.de
http://www.shg-asthma.de/



Bayern

SHG Asthma- und COPD-Kranke Würzburg
Kontakt: Brigitte Ritz-Darkow
Tel.: 0931 /4 6772927
E-Mail: brdger@web.de
http://www.asthma-copd-wuerzburg.selbsthilfe-wue.de

SHG Atemwege Allgäu
Kontakt: Luitgard Happ
Tel.: 08323 / 9980157
0151 / 68418794
E-Mail: shg.atemwege-allgaeu@e-mail.de

SHG COPD&Lunge Region Bayern - Hof
Kontakt: Herr Gerhard Frank
Tel.: 09281 / 86653

SHG COPD&Lunge Region Bayern - Selb
Kontakt: Christa Jäkel
Tel.: 09287 / 67800
Mobil: 0152 / 217 86 886

SHG COPD&Lunge Region Bayern - München-Oberbayern
Kontakt: Mary-Lou Schönwälder
Tel.: 089 / 6095153

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Regen
Kontakt: Maria Tschöpp
Tel.: 09921 / 2774



Hessen

Selbsthilfegruppe Asthma & Allergie Kronberg im Taunus e.V.
Tel.: 06173 / 63865
E-Mail: info@asthma-und-allergie.de
http://www.asthma-und-allergie.de

COPD Gruppe Rüsselsheim
Kontakt: Sabine Frick
E-Mail: orga@copd-ruesselsheim.de
www. copd-ruesselsheim.de



Nordrhein-Westfalen

Selbsthilfegruppe COPD-Atemwegserkrankungen Plettenberg
Kontakt: Heidemarie Brieger
Tel.: 02391 / 53734
E-Mail: h.brieger.copd.plettenberg@aol.com
http://www.copd-plettenberg.info/

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-City
Kontakt: Doris Krecké
Tel.: 0241 / 572438

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen - Lungenkrebs
Kontakt: Anja Schüller
Tel.: 0241 / 4748810

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Simmerath
Kontakt: Maria-Luise Zorn
Tel.: 02408 / 1460099

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Würselen
Kontakt: Heidi Witt
Tel.: 02405 / 475255

SHG COPD&Lunge Städte Angehörigengruppe Region Aachen-Würselen
Kontakt: Heidi Witt
Tel.: 02405 / 475255

COPD-Selbsthilfegruppe-Hagen für Nicht Sauerstoffpatienten
Kontakt: Rolf Neuschulz
Tel. 02331 / 4731038
E-Mail: rolf.neuschulz@t-online.de
http://www.copd-selbsthilfegruppe-hagen.de

ATEMLOS-Selbsthilfe für das Leben mit COPD
Kontakt: Thomas Bitter
E-Mail: selbsthilfe-atemlos@outlook.de
www.selbsthilfe-atemlos.de



Sachsen

Dresdner COPD SHG Atemwegserkrankungen
Kontakt: Eckhard Scheiding
Tel. 0170 / 6479148
E-Mail: eckhard.scheiding@t-online.de

Warum auch Sie Mitglied in der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – der DPLA – werden sollten

Die Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA – ist ein 1985 von Patienten gegründeter Verein zur organisierten gemeinsamen Selbsthilfe bei allen Erkrankungen der Lunge, insbesondere aber der Atemwege, wie Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Bronchitis (COPD) und Lungenemphysem. Wir sind seit 1986 als gemeinnützig anerkannt.

Wir sind bundesweit tätig und haben in Deutschland fast 30 Ortsverbände. In diesen finden regelmäßig Veranstaltungen wie Vorträge, Schulungen, Diskussionen und ein Erfahrungsaustausch zur organisierten gemeinsamen Selbsthilfe statt. Medizinisch verständliche Vorträge von kompetenten Fachleuten werden von uns organisiert. Wir fördern die gezielte, regelmäßige Physiotherapie und den in fast jedem Krankheitsstadium möglichen Lungensport – aber auch spezielle Atemtechniken.

Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen und die einbezogenen Angehörigen werden durch das Kennenlernen und Verstehen ihrer Krankheit zu besser informierten Betroffenen und verständnisvolleren Angehörigen. Ziel unserer Aktivitäten ist die Motivation zur gemeinsamen Selbsthilfe.

Eine wichtige Funktion kommt dabei auch der Wissensvermittlung durch unsere Patientenzeitschrift „Luftpost" zu. Sie erscheint inzwischen im 27. Jahrgang und seit 2015 erstmals mit vier Heften jährlich. Allgemeinverständlich geschriebene Artikel von kompetenten Ärzten und Professoren, Physiotherapeuten und Fachleuten aus dem gesamten Gesundheitswesen widmen sich nicht nur dem medizinischen, sondern auch dem persönlichen Umfeld von Patienten und ihrer Angehörigen. Zur Darstellung einer fundierten Diagnostik und Therapie auf der Basis gesicherter Tatsachen, wichtiger Selbsthilfetechniken und Erfahrungen kommen aktuelle Berichte zu bemerkenswerten medizinischen Neuerungen und Diskussionen. Als unser Mitglied erhalten Sie die **„Luftpost"** immer aktuell per Post und für Sie kostenlos zugeschickt.

Ebenso **kostenlos** können Sie mehr als 50 schriftliche **Ratgeber** als Hilfen zu speziellen Fragestellungen erhalten, wie z.B.:

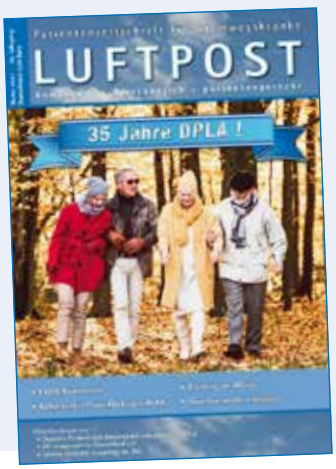
- Reisen ... mit Asthma und COPD
- Husten ... was muss ich tun?
- Häusliches Training bei schwerer COPD
- Lungenkrebs ... rechtzeitig erkennen und gezielt behandeln
- Plötzliche Verschlechterung (Exazerbation) bei COPD

Selbstverständlich können Sie auch weitere Informationen oder eine Beratung in unserer **Geschäftsstelle** erhalten:
Deutsche **P**atientenLiga **A**temwegserkrankungen e.V. - DPLA
Carl-Wernher-Str. 2, 55276 Oppenheim
Tel.: 06133 / 35 43 - Fax: 06133 / 92 41 08
persönlich Mo. bis Do. von 8.30 bis 13.30 Uhr

Im Internet finden Sie uns unter: **www.pat-liga.de**
Unser jährlicher **Mitgliedsbeitrag** beträgt für Einzelpersonen 25,- Euro und für Familien 40,- Euro und ist steuerlich absetzbar.

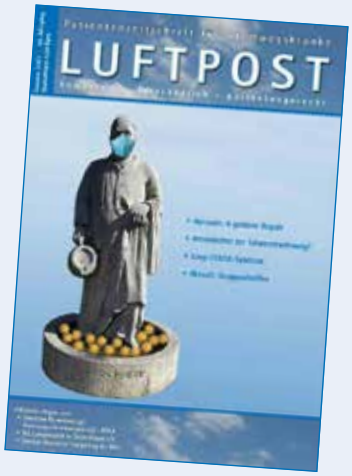
FÜR MITGLIEDER

Diese und viele weitere Informationen sind für Sie als Mitglied erhältlich.









Per Fax 06133 / 92 41 08 oder per Post

MITGLIEDSANTRAG

Deutsche **P**atienten**L**iga
Atemwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
Carl-Wernher-Str. 2
55276 Oppenheim

Telefon: 06133 / 35 43
Fax: 06133 / 92 41 08

E-Mail: info@pat-liga.de
www.pat-liga.de

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die:

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

Name:	Vorname:
Straße, Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Telefax:
E-Mail:	Mobil-Nr. (freiwillige Angabe):
Geburtstag:	Eintrittsdatum:

eigene Erkrankung: Asthma ☐ COPD ☐ Emphysem ☐ andere (Lungen-)Erkrankung:

_____

Gewünschter Ortsverband: _____

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für ☐ **Einzelpersonen € 25,00** und für ☐ **Familien € 40,00.**
Bei Familienmitgliedschaft: Name des Familienangehörigen: _____

Gewünschte Zahlungsweise:

☐ Rechnung (Bitte überweisen Sie den Betrag erst nach Erhalt der Rechnung.)

☐ Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag in Höhe von € _____ wird hiermit erteilt. Ein Rückruf kann jederzeit erfolgen.

Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

_____
Datum, Unterschrift (für Einzugsermächtigung):

Datenschutzhinweis

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung die abgefragten Daten der Mitglieder in automatisierten vereinsinternen Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und vereinsinternen Nutzung der personenbezogenen Daten durch die DPLA zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass eine Aufnahme in die DPLA ohne dieses Einverständnis nicht erfolgen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA
als gemeinnützig seit 1986 anerkannt
gültiger Freistellungsbescheid Finanzamt Worms-Kirchheimbolanden: StNr. 44/673/75317 vom 17.07.2020
Mainzer Volksbank eG - IBAN: DE37 5519 0000 0001 0320 10 BIC: MVBMDE55

Die "Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke" im 29. Jahrgang

unterstützt durch
· **D**eutsche **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
· AG Lungensport in Deutschland e.V.
· Deutsche Atemwegsliga e.V. (DAL)
· Sektion Deutscher Lungentag - in der DAL

Herausgeber und Copyright:
SP Medienservice - Verlag, Druck und Werbung
Reinhold-Sonnek-Str. 12, 51147 Köln
www.sp-medien.de, E-Mail: info@sp-medien.de

„Luftpost"-Redaktion
Carl-Wernher-Str. 2, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 – 924108
Abonnenten-Service: Telefon 06133 – 3543

Das Team:
Dr. med. Michael Köhler, Redaktionsleitung und Druckfreigabe, V.i.S.d.P.,
Katrin Fell

Copyright:
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind – soweit nicht anders vermerkt – für die Dauer des Urheberrechts geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Bildnachweise:
Titelbild: AdobeStock/Aleksandra Suzi
Alle Bilder von den Autoren, wenn nicht anders angegeben

Anzeigenvertrieb, Layout und Druck:
SP Medienservice,
Reinhold-Sonnek-Str. 12, 51147 Köln
www.sp-medien.de, eMail: info@sp-medien.de

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors wieder. Die Redaktion behält sich vor, eingereichte Artikel zu redigieren. Anzeigen und Advertorials stehen inhaltlich in der Verantwortung des Inserenten. Sie geben daher nicht generell die Meinung des Herausgebers wieder. Die Beiträge der „Luftpost" können das Gespräch mit dem Arzt sowie entsprechende Untersuchungen nicht ersetzen. Die „Luftpost" dient der ergänzenden Information. Literaturnachweise können über Redaktion oder Autoren angefordert werden. Die „Luftpost" erscheint viermal jährlich.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in den Artikeln die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

Einzelpreis pro Heft:
Deutschland 4,50 Euro, Ausland 8,00 Euro
Jahresabonnement 10,00 Euro (Deutschland)
Auflage 30.000

kompetent · verständlich · patientengerecht

Abonnement der „Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke"

Hiermit abonniere ich die
„Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke".

Die „Luftpost" erscheint viermal jährlich – einmal im Quartal. Der Bezugspreis pro Jahr beträgt 10,00 Euro, statt 18,00 Euro bei Einzelbezug, inklusive Porto und Versand innerhalb Deutschlands. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, falls es nicht schriftlich sechs Wochen vor Jahresende gekündigt wird.

Abonnement ab Ausgabe:
❑ Frühjahr ❑ Sommer ❑ Herbst ❑ Winter

Vorname, Name Telefon

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Abonnementbetreuung:
Domenica Kunze
Carl-Wernher-Str. 2, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 - 924108, kunze@team-luftpost.de

Gewünschte Zahlungsweise:

❑ bargeldlos durch Bankeinzug

IBAN BIC

Geldinstitut

❑ gegen Rechnung (keine Vorauszahlung, bitte Rechnung abwarten)

Datum Unterschrift

Rücktrittsrecht:
Diese Bestellung kann innerhalb von 14 Tagen (Datum des Poststempels) schriftlich widerrufen werden



Per Wangenabstrich zur schnellen Diagnose des Alpha-1-Antitrypsin-Mangels.

Lass dich testen!

COPD oder Alpha-1? Der AlphaID von Grifols gibt Gewissheit.

Atemnot, chronischer Husten, Auswurf – viele Ärzte denken bei solchen Symptomen zunächst an eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung, kurz COPD. Was vielen jedoch nicht bewusst ist: Die Beschwerden können auch das Zeichen eines Alpha-1-Antitrypsin-Mangels (AATM) sein.[1] Diese Erbkrankheit tritt seltener auf, ähnelt hinsichtlich der Symptome aber stark einer COPD, was eine Diagnose erschweren kann. Im Schnitt vergehen sechs Jahre bis zur korrekten Diagnose. Aber das muss nicht sein, denn mit dem neuen **AlphaID-Testkit** – der ganz einfach von Ihrem Arzt durchgeführt werden kann – lässt sich die Erkrankung schnell ausschließen. Die Früherkennung des AATM liegt uns von Grifols besonders am Herzen. Aus diesem Grund stellen wir seit Jahren kostenlose Testmöglichkeiten zur Verfügung.

Jeder COPD-Patient sollte getestet werden

Schätzungen gehen von etwa 20.000 Betroffenen in Deutschland aus – viele von ihnen wissen jedoch noch gar nicht, was die Ursache für ihre Beschwerden ist.[2] Dabei ist eine frühe Diagnose von großer Bedeutung, denn sie ermöglicht eine spezifische Therapie. Daher raten Experten dazu, dass alle Menschen mit COPD einmal im Leben auf Alpha-1 getestet werden.

Einfach testen mit dem Alpha-ID von Grifols

Ob ein AATM oder doch eine „gewöhnliche" COPD vorliegt, lässt sich mit unserem neuen Testkit einfach feststellen. Der kostenlose **AlphaID** von Grifols hilft hierbei per Wangenabstrich einen AATM zu diagnostizieren und ist vom Arzt einfach und schnell anzuwenden. Bei einem begründeten Verdacht auf AATM empfiehlt es sich über einen erfahrenen Lungenfacharzt weitere Behandlungsschritte einzuleiten.

Aufklären und unterstützen: Die Initiative PROAlpha

Damit Menschen früher getestet werden und um die Versorgung von Betroffenen zu verbessern, haben wir von Grifols die Initiative PROAlpha ins Leben gerufen. Wir unterstützen die Aufklärung der Allgemeinheit sowie von Ärzten rund um das Thema Alpha-1. So bieten wir unter anderem verschiedene Informationsmaterialien sowie die Möglichkeit eines schnellen Online-Selbsttest an. Denn ein relativ niedriger Bekanntheitsgrad der Erkrankung ist eine Mitursache dafür, dass zahlreiche Betroffene bislang nicht richtig diagnostiziert wurden: Weitere Informationen finden sie unter **www.pro-alpha.de**

Was ist der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel?

Beim Alpha-1-Antitrypsinmangel handelt es sich um eine Erbkrankheit.[3] Der Körper produziert aufgrund eines Gendefekts zu wenig oder gar kein Alpha-1-Antitrypsin. Dieses Eiweiß ist jedoch wichtig für den Schutz des Lungengewebes. Durch den Mangel bekommen die Betroffenen unbehandelt zunehmend schlechter Luft.[4]

Initiative PROAlpha

GRIFOLS

1 Biedermann A. und Köhnlein T. Alpha-1-Antitrypsin-Mangel – eine versteckte Ursache der COPD. Dtsch Arztebl 2006; 103(26): A1828–32.
2 Blanco I et al. Alpha-1 antitrypsin Pi*Z gene frequency and Pi*ZZ genotype numbers worldwide: an update. Int J COPD 2017; 12: 561–9.
3 Schroth S et al. Alpha-1-Antitrypsin-Mangel: Diagnose und Therapie der pulmonalen Erkrankung. Pneumologie 2009; 63: 335–45.
4 Bals R, Köhnlein T (Hrsg.). Alpha-1-Antitrypsin-Mangel: Pathophysiologie, Diagnose und Therapie 2010. Thieme; 1. Aufl.

Grifols Deutschland GmbH
Colmarer Str. 22 · 60528 Frankfurt/Main
Tel.: (+49) 69 660 593 100
Mail: info.germany@grifols.com

DE-UBD-2100003

Chiesi



Das Leben festhalten – frei durchatmen

Als familiengeführter Arzneimittelhersteller wissen wir, wie kostbar schöne Momente sind.

Dafür arbeiten wir intensiv an Medikamenten, die Menschen mit Atemwegserkrankungen wie Asthma und COPD helfen. Jeden Tag.

Wir forschen weltweit, um unsere Arzneimittel und Inhalationssysteme weiter zu entwickeln. Hilfreiche Informationen rund um eine moderne, nachhaltige Therapie finden Sie unter: www.chiesi.de/atemwege

Certified B Corporation

Mehr Chiesi-Momente
unter www.chiesi.de