Sommer 2021 · 29. Jahrgang
Deutschland 4,50 Euro

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent – verständlich – patientengerecht

- Aerosole: 6 goldene Regeln
- Arzneimittel zur Tabakentwöhnung?
- Long-COVID-Syndrom
- Aktuell: Gruppentreffen

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

Mit wegweisenden Therapien
komplexen Erkrankungen begegnen.

SANOFI GENZYME

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

nun haben wir endlich Sommer. Auch wenn es heute vielleicht schon zu heiß ist – was halten Sie von einem kalten Knie-Guss, oder einem Voll-Guss, oder gar einer kalten Dusche am Morgen? Ich sehe schon Ihre Gänsehaut. Was aber, wenn Sie ein kaltes Vollbad in der eiskalten Donau und nicht im Sommer nehmen sollten? Solche Selbstbehandlung, ja man kann sogar sagen Selbsthilfe, hat Sebastian Kneipp, als schwer Lungenkranker (vermutlich TBC) sich im Alter von 26 Jahren selbst verordnet. Zwei- bis dreimal in der Woche übergoss er sich auch noch mit kaltem Wasser und wurde von der damals unheilbaren – und der Name sagt es schon – Schwindsucht, wieder geheilt. Diese aktive Selbsthilfe befähigte ihn, den aus bitterarmen Verhältnissen stammenden Buben, der zuerst nur die Sonn- und Feiertagsschule nach der Dorfschule besuchen konnte, schließlich zu einem Studium der Theologie und zum Begründer der Kuranwendungen in Bad Wörishofen.

Selbsthilfe für sich wurde bei ihm aber auch ergänzt, durch die kostenlose Behandlung von kranken Patienten. Oft missgünstig betrachtet, sogar angezeigt, wegen des „Vergehens gegen das Kurierverbot", d.h. Ausübung der Heilkunde als Laie, wurde er sogar zum Bestseller-Autor mit seinem Buch „Meine Wasser-Kur". Schließlich wurden nicht nur mittellose Patienten, sondern auch der hohe Adel, ja selbst der Papst von ihm persönlich behandelt. Grund genug Sebastian Kneipp, dessen 200. Geburtstag sich im Mai jährte im Gedenken an die von ihm initiierte Selbsthilfe auf unserem Titelbild zu ehren. Ein aktuelles Beispiel, das Maßstäbe sogar weltweit gesetzt hat, finden Sie auch im Artikel von Herrn Matzat in Ihrer „Luftpost": „Selbsthilfe in Deutschland - eine Erfolgsgeschichte".

Ein Beispiel heutiger Selbsthilfe ist die Einhaltung der AHA-Regeln, in der immer noch grassierenden COVID-19-Pandemie. Auch wenn derzeit mehr als 2,2 Milliarden Menschen bereits geimpft wurden, haben wir dennoch fast 4 Millionen Tote und 180 Millionen Infizierte weltweit zu beklagen. Verursacht durch ein Virus, dessen gesamte weltweite Biomasse so winzig ist, dass sie in einer Cola-Dose Platz finden würde. Neue Impfstoffe und jetzt sogar der erste, rein pflanzliche, sind in Erprobung oder stehen kurz vor ihrer Zulassung.

Vor einem Jahr nicht für real gehalten, haben wir Schübe in der Digitalisierung bis zum digitalen Impfausweis, wenn auch mit vielem „ruckeln" in unser tägliches Leben einführen können. Dennoch möchten wir keine Online-Mitgliederversammlung durchführen, sondern haben uns entschlossen, am 13. September, wieder in Mainz, unsere diesjährige Mitgliederversammlung (s. Einladung im Heft auf Seite 43) unter Einhaltung aller coronabedingten Hygienemaßnahmen, durchzuführen. Hier stehen Veränderungen im Vorstand an. Überlegen Sie doch, ob eine Funktion für Sie in Ihrer Freizeit, aber nicht nur mit Arbeit sondern auch mit Freude, nicht eine sinnvolle ehrenamtliche Aufgabe sein könnte. Gleiches gilt für Funktionen in unseren Ortsverbänden. Viele bestehen schon sehr lange und natürlich werden auch die jeweiligen Vorsitzenden älter. Hinzu kommt, viele von uns sind nicht nur lungenkrank, sondern haben auch weitere Erkrankungen. Wer aber anderen hilft, hilft sehr oft auch sich selbst. Wir freuen uns, wenn Sie uns hierzu ansprechen und danken Ihnen schon jetzt für Ihre Bereitschaft selbst tätig zu werden.

Bis heute auch ein Bestseller sind die Selbstbetrachtungen Marc Aurel´s, des Philosophen auf dem römischen Kaiserthron (121 – 180 n. Chr.) Bei ihm heißt es: „Ist nicht die Zerstörung der menschlichen Vernunft eine viel schlimmere Seuche, als die Übertragung der Pest durch die Atemluft?". Wie modern ist diese Erkenntnis, wenn wir hier COVID-19 einsetzen?

Bleiben Sie Alle wohl behütet, frei von Corona und bis zum Wiedersehen in Mainz!

Mit luftigen Grüßen

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

COPD & Asthma

5 Online Umfrage: „COPD-Exazerbation": Ein Fachbegriff auf dem Prüfstand
6 Asthma – Behandlung mit Kortison-Spray
7 Schonendere Beatmung durch digitales Modell der Lunge

Klinikvorstellung

28 Strandklinik St. Peter-Ording
32 Assistenzhundeausbildung für Menschen mit körperlicher Behinderung

Über den Tellerrand hinaus

52 Sklerodermie – die Krankheit hat auch Dank der Selbsthilfe ihren Schrecken verloren

Zu Ihrer Information

8 Keine Angst vor der Strahlentherapie
10 Aerosole in Innenräumen: 6 goldene Regeln
12 „Bürstenzellen" bekämpfen gefährliche Keime in den Atemwegen
13 Ansteckungsgefahr durch Ausatemluft beatmeter Patienten untersucht
26 Neue Erkenntnisse zu Vorstufen der Zuckerkrankheit

Aktuelles

14 Kein Platz für Masern
16 20 Jahre Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) Ein Meilenstein auf dem Weg zur Inklusion
17 Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung
18 Corona ist eine Plage, das Corona Management noch mehr!
20 Was ist Long COVID?
22 Was wissen wir heute über Riech- und Schmeckstörungen als Symptom von Corona-Infektionen?

Selbsthilfe

36 Mein „neues" Leben nach der rettenden Lungentransplantation und „meine Begegnungen" mit dem Corona-Virus
38 Selbsthilfe in Deutschland – eine Erfolgsgeschichte
42 Die aktuellen Vorgaben der Corona-Schutzverordnung für Gruppentreffen in Präsenz
43 Tagesordnung der Mitgliederversammlung
44 LungenClinic Grosshansdorf erstes Lungenzentrum in Deutschland
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

34 Kurz & Knapp
50 Impressum
50 Abonnement der Luftpost

© Isabella Nadobny

Anzeige

Deutsche Rentenversicherung Bund
Die Reha-Zentren

Reha nach einer Covid-Erkrankung

Wer an Covid-19 erkrankt war, kann in der Folge noch lange unter gesundheitlichen Beschwerden leiden. Hier können Ihnen unsere Reha-Zentren helfen. Unsere 27 Kliniken an 22 Standorten haben vielfältige Behandlungsmöglichkeiten und bieten neue Chancen nach einer Post-Covid-Erkrankung. Wir unterstützen Sie bei einem Post- oder Long-Covid-Syndrom. Dabei werden Ihre Beschwerdebilder individuell betrachtet.

Machen Sie von ihrem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch und vertrauen Sie auf die Kompetenz unserer Reha-Kliniken. Bei uns sind Sie in besten Händen.

Informieren Sie sich noch heute unter: www.drv-bund.de/reha-zentren
und fordern Sie unser Klinikgruppenprospekt an:
kommunikation-reha@drv-bund.de

Online Umfrage:

„COPD-Exazerbation“: Ein Fachbegriff auf dem Prüfstand

Foto: AdobeStock / geschmacksRaum®

Die europäische Lungenstiftung, European Lung Foundation (ELF) möchte mit einer Umfrage herausfinden, wie Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) über die Art und Weise denken, wie Ärzte und Pflegefachkräfte über ihre Krankheit sprechen. Im Fokus steht ganz besonders das Wort „Exazerbation“.

„Exazerbation“ beschreibt eine massive Verschlechterung einer Krankheit, beziehungsweise eine Krankheitsphase mit schweren Symptomen, in der eine Behandlung dringend notwendig ist.

Bei chronischen Krankheiten wie der COPD kann diese schwere Krankheitsverschlechterung schubweise auftreten. Ziel dieser Umfrage der Europäischen Lungenstiftung ist es herauszufinden, ob der Fachbegriff „Exazerbation“ allgemein verstanden wird, oder ob es eine verständlichere Bezeichnung gibt, die Patienten mit COPD besser finden. Die Initiatoren der Umfrage erhoffen sich langfristig, dass sich medizinisches Fachpersonal nicht nur in Fachbegriffen ausdrückt, sondern patientenverständlich. Gleichzeitig soll das Verständnis der Allgemeinheit verbessert werden. Durchgeführt wird die Umfrage von Patientenvertretern, medizinischen Fachkräften der Lancet-Kommission für COPD, der Europäischen Lungenstiftung European Lung Foundation und der globalen COPD-Organisation.

An der anonymen Umfrage können betroffene Patienten, ihre Angehörigen aber auch Pflegekräfte teilnehmen. Die Beantwortung der Fragen dauert etwa fünf Minuten.

Die Umfrage finden Sie unter: Der Begriff „COPD-Exazerbationen“ auf dem Prüfstand – Patientenbefragung https://www.surveymonkey.co.uk/r/Lancet_COPD?lang=de.

Quelle:
European Lung Foundation (ELF): Rethinking COPD Exacerbations - Share Your Experiences In A New Survey. Meldung vom 15.10.2020

Asthma

– Langzeitbehandlung mit Kortison-Spray

Bei Asthma sind die Atemwege ständig entzündet. Sie schwellen an und werden eng. Dadurch bekommt man schlecht Luft. Das kann bedrohlich sein. Viele Menschen brauchen dann dauerhaft Medikamente. Das wichtigste Medikament ist Kortison, das inhaliert wird. Warum Sie oder Ihr Kind ein Kortison-Spray keinesfalls einfach weglassen sollten, lesen Sie in dieser Information.

Was ist Kortison?

Kortison ist ein Stoff, den der Körper selbst bildet. Es beeinflusst zum Beispiel das körpereigene Abwehrsystem und kann Entzündungen hemmen. Kortison als Arzneimittel wird künstlich hergestellt. Die korrekte Bezeichnung lautet „Glukokortikoid". Fachleute benutzen häufig auch das Wort „Kortikosteroid". Einfachheitshalber finden Sie hier immer den Begriff „Kortison".

Warum ist Kortison-Spray wichtig?

Bei Asthma sind die Atemwege entzündet. Wenn die Beschwerden länger anhalten, empfehlen Fachleute als erstes Dauermedikament ein Kortison-Spray. Es wirkt gegen die Entzündung und damit gegen die Ursache der Beschwerden. Es kann verhindern, dass ein gefährlicher Asthma-Anfall auftritt. Wer Kortison-Spray nimmt, hat seltener einen solchen Anfall und kommt seltener deswegen ins Krankenhaus. Kortison-Spray kann auch Todesfälle durch Asthma verhindern.

Gibt es andere Asthma-Medikamente?

Bei manchen Menschen sind die Beschwerden so stark, dass Kortison als alleiniges Dauermedikament nicht ausreicht. Dann kommen andere Wirkstoffe dazu. Sie sorgen dafür, dass sich die Atemwege weiten. Die Atembeschwerden lassen schnell nach.

Manche Menschen denken dann, sie brauchen das Kortison-Spray nicht mehr und lassen es weg.

Aber das ist gefährlich: Die Entzündung besteht weiter. Denn dagegen wirken diese Medikamente nicht stark genug, sondern nur das Kortison-Spray.

Warum darf ich das Kortison-Spray nicht weglassen?

Gute Studien zeigen: Wer bei Asthma das Kortison-Spray weglässt und nur ein Medikament nimmt, das die Atemwege erweitert, erleidet häufiger einen schweren Asthma-Anfall. Das kann lebensbedrohlich sein.

Foto: AdobeStock / bymandesigns

Deshalb sollten Sie oder Ihr Kind atemwegserweiternde Medikamente auf keinen Fall dauerhaft ohne Kortison-Spray einnehmen. Es gibt Geräte, die bereits beide Medikamente enthalten. Dann besteht keine Gefahr, das Kortison zu vergessen.

Welche Nebenwirkungen hat inhaliertes Kortison?

Kortison-Spray hat viel weniger Nebenwirkungen als in Tablettenform. Denn so wirkt es nicht im ganzen Körper, sondern vor allem in der Lunge. Wichtig sind die Dosis und die richtige Inhalations-Technik. Sonst kann es zum Beispiel zu Heiserkeit kommen. Seltener kann sich ein Pilz im Mund bilden. Das können Sie verhindern, indem Sie nach dem Inhalieren den Mund ausspülen, Zähne putzen oder etwas trinken.

Quelle:
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
www.patienten-information.de

Schonendere Beatmung durch digitales Modell der Lunge

Digitales Lungenmodell

Künstliche Beatmung kann Leben retten. Gleichzeitig ist die Beatmung aber auch eine starke Belastung für das Gewebe der Lunge. Gerade wenn dieses bereits vorgeschädigt ist, kann es zu schwerwiegenden Folgen kommen. Forscher der Technischen Universität München (TUM) haben jetzt ein Computermodell der Lunge entwickelt, das eine schonendere Beatmung ermöglichen, und so die Überlebenschancen deutlich erhöhen könnte.

Beim *akuten Lungenversagen (Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS)* ist eine künstliche Beatmung oft die Rettung. Dabei wird die Lunge mit Überdruckbeatmung offen gehalten, um den Austausch von Sauerstoff (O_2) und Kohlendioxid (CO_2) in den 200 Millionen Lungenbläschen weiter zu ermöglichen. Ist der eingesetzte Druck z.B. zu hoch, kann dies in manchen Teilen der Lunge zu Überdehnungen führen und sie so letztendlich schädigen.

Bisher stehen medizinischem Fachpersonal nur wenige Parameter zur Verfügung, um eine optimale Beatmung des komplexen Organs Lunge zu ermöglichen. Bisher gibt es keine Möglichkeit eine Überdehnung zu erkennen. Klinischer Standard ist es derzeit, die Druckeinstellungen der Beatmung anhand einer vom Körpergewicht ausgehenden Faustformel zu berechnen.

Künstliche Intelligenz erstellt digitalen Zwilling der Lunge

Nach mehrjähriger Entwicklung haben Münchner Forschende jetzt ein digitales Lungenmodell erstellt. Ausgehend von den Daten einer Computertomographie-Untersuchung (CT) des Brustkorbs und insbesonders der Lunge und der Analyse der Atemzüge wird dies errechnet. In einem Modell werden dann mit künstlicher Intelligenz (KI) das tatsächliche Lungenvolumen und die mechanischen Eigenschaften der individuellen Lunge des Patienten bestimmt. Es wird sozusagen ein digitaler Zwilling der jeweiligen Patientenlunge erzeugt, der dann Druck-Einstellungen, die zu Schäden bei der Beatmung führen würden, zu erkennen hilft. Die Einstellung des bestmöglichen Beatmungsdruckes könnte so individuell angepasst werden. Diese dann möglichst schonende Beatmung könnte helfen, die Überlebenschancen dieser schwerst kranken Patienten zu erhöhen.

Die Münchner Forscher wollen ihre Ergebnisse nun schnellstmöglich in die klinische Praxis einbringen. Ziel ist es, dass in Zukunft an jedem Beatmungsplatz ein derartiges digitales Lungenmodell hilft die optimale Einstellung der Beatmung zu finden.

Quelle:
Technische Universität München: Computermodell ermöglicht schonendere Beatmung. Pressemeldung vom 23.4.2020

Keine Angst vor der Strahlentherapie

Der Krebsinformationsdienst (KID) beantwortet typische Fragen

Foto: AdobeStock / Valerii

Die Strahlentherapie ist eine häufig eingesetzte Methode, um Krebs erfolgreich zu behandeln. Jeder zweite Krebspatient wird im Laufe seiner Erkrankung bestrahlt – zur Heilung oder – bei fortgeschrittenem Krebs – zur Schmerzlinderung und zur Verbesserung der Lebensqualität. Dennoch haben manche Patienten Angst vor der Strahlentherapie. Ursachen hierfür können falsche Vorstellungen und fehlende Informationen sein. Der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums (KID) beantwortet typische Fragen.

Bei der Strahlentherapie wird der Tumor zielgenau in der Regel in mehreren Sitzungen mit energiereicher Strahlung behandelt, so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig. Ziel ist es, möglichst alle Krebszellen zu töten. Für eine präzise Bestrahlung wird für jeden Patienten ein *individueller Bestrahlungsplan* erstellt:

- Art des Tumors,
- seine Ausdehnung im Körper,
- das Stadium der Erkrankung sowie
- der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten und
- unter Berücksichtigung eventuell bereits erfolgter Bestrahlungen,

sind Grundlage der Bestrahlungsplanung. Neue Techniken bei den Bestrahlungsgeräten und immer präzisere computerbasierte Steuerung sorgen dafür, dass gesundes Gewebe immer besser geschont wird. Trotzdem sollten Betroffene wissen: Nebenwirkungen und Spätfolgen lassen sich nie ganz ausschließen. Auch kommt eine Bestrahlung nicht bei jeder Krebsart infrage.

Wissen kann Ängste nehmen

Trotz der Erfolge der Strahlentherapie im Kampf gegen Krebs machen sich Krebspatienten vor einer Behandlung häufig Sorgen. „Strahlen entziehen sich unserer Wahrnehmung, sie sind nicht greifbar, wir können sie weder sehen noch hören oder riechen. Das empfinden manche als bedrohlich“, so Dr. Susanne Weg-Remers, Leiterin des Krebsinformationsdienstes des Deutschen Krebsforschungszentrums. Bei der Strahlentherapie kommen jedoch

streng geprüfte Geräte zum Einsatz, bei denen die Strahlenabgabe exakt gesteuert wird und mehrere Kontrollmechanismen eine Fehldosierung verhindern. Frau Dr. Weg-Remers: „Wir empfehlen Krebspatienten, die sich Sorgen wegen der Strahlentherapie machen, dies mit Ihrem behandelnden Arzt zu besprechen. Oft können Befürchtungen so aus der Welt geschafft werden." Auch der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums beantwortet täglich kostenlos unter 0800-4203040 oder unter der E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de individuelle Fragen zur Bestrahlung, wissenschaftlich fundiert, neutral und unabhängig.

Wo ist die Strahlung nach der Bestrahlung?

Nicht allen Krebspatienten ist bewusst, dass nach einer Bestrahlung und dem Abschalten des Gerätes keine Bestrahlung mehr erfolgt – weder vom Raum noch vom bestrahlten Patienten selbst geht eine Strahlung aus. Die Strahlung, die vom Bestrahlungsgerät abgegeben wurde, entfaltet ihre Wirkung nur lokal am Zielort, der vorab im individuellen Bestrahlungsplan festgelegt wurde.

Wichtig zu wissen: Dies ist anders als bei der sogenannten *Radionuklidtherapie*. Hier werden Tumore mit radioaktiven Substanzen behandelt, die z.B. in die Blutbahn gespritzt werden und für einige Zeit im Körper verbleiben. Diese Substanzen gelangen über das Blut direkt zu den Tumorzellen und werden von diesen entweder aufgenommen oder lagern sich an diesen an. Ähnlich verhält es sich mit radioaktiven Implantaten, sogenannten Seeds, die direkt in das zu bestrahlende Gewebe eingelegt werden und dauerhaft dort verbleiben. Da bei dem Zerfall der radioaktiven Substanzen Strahlung frei wird, kann eine geringe Strahlenbelastung außerhalb des Körpers nicht vollständig ausgeschlossen werden. Daher bleiben diese Patienten einige Zeit im Krankenhaus, bis die verabreichte Dosis ausgeschieden ist oder die Strahlung abgeklungen ist.

Wie ist das mit Nebenwirkungen?

Gänzlich frei von Nebenwirkungen ist die Strahlentherapie nicht. Die verwendeten Bestrahlungsgeräte und auch der Bestrahlungsplan sorgen dafür, dass die Nebenwirkungen möglichst gering sind. Häufiger treten als unmittelbare Folge der Bestrahlung leichte Hautrötungen, sonnenbrandähnliche Beschwerden und gereizte Schleimhäute auf. Diese sind jedoch zeitlich begrenzt und meist gut behandelbar.

Kann Strahlentherapie Krebs verursachen?

Das Risiko eines Zweittumors 10 bis 30 Jahre nach der Bestrahlung ist gering. Trotzdem ist es wichtig, dass der Arzt gemeinsam mit dem so behandeltem Patienten Nutzen und ein mögliches Risiko sorgfältig abwägt. Der Nutzen der Strahlentherapie übersteigt jedoch in aller Regel die möglichen Risiken um ein Vielfaches.

Warum sind es so viele kurze Sitzungen und nicht eine lange?

Die Strahlentherapie erfolgt bei vielen Tumorerkrankungen in mehreren Sitzungen. Damit sich das gesunde Gewebe von der Bestrahlung erholen kann, sind Bestrahlungspausen wichtig. Der genaue Behandlungsablauf einschließlich Pausen wird im Bestrahlungsplan festgelegt. Es gibt verschiedene Schemata, in denen sowohl die Strahlendosis, als auch der zeitliche Abstand ihrer Verabreichung genau festgelegt sind. Welches zum Einsatz kommt, hängt vom Tumor ab.

Bin ich allein im Behandlungsraum?

Um die Belastung der Klinik-Mitarbeiter durch Streustrahlung zu vermeiden, verlassen sie während der Bestrahlung den Behandlungsraum. Über eine Gegensprechanlage und Kameras stehen sie aber jederzeit mit den Patienten in Kontakt. Außerdem dauert die Bestrahlung nur wenige Minuten. Auch wenn eine Strahlentherapie derzeit nicht bei allen Krebsarten geeignet ist, ist sie bei der Behandlung vieler Krebserkrankungen eine wichtige Möglichkeit, die häufig maßgeblich zur Heilung oder Besserung beitragen kann.

Fragen zu Krebs? Wir sind für Sie da.
Täglich von 8:00 bis 20:00
unter Telefon 0800-420 30 40
oder via E-Mail krebsinformationsdienst@dkfz.de

Quelle:
nach Erstveröffentlichung im „Sprachrohr Nr. 179", Februar 2021

Aerosole in Innenräumen:

6 goldene Regeln

Foto: AdobeStock / Mizkit

Deutschen Aerosolforschern reicht es. Statt Corona-Maßnahmen für den Aufenthalt in Parks und Biergärten zu treffen, solle man sich endlich um Büros oder Klassenzimmer kümmern. In einem offenen Brief formulierten sie daher 6 goldene Regeln.

In einem offenen Brief an Bundeskanzlerin, Ministerpräsidenten, Bundesgesundheitsminister und Gesundheitsminister vom 11. April äußern deutsche Aerosolforscher Kritik an der aktuellen Maßnahmen-Strategie im Kampf gegen Corona.

„Wenn wir die Pandemie in den Griff bekommen wollen, müssen wir die Menschen sensibilisieren, dass DRINNEN die Gefahr lauert. In den Wohnungen, in den Büros, in den Klassenräumen, in Wohnanlagen und in Betreuungseinrichtungen müssen Maßnahmen ergriffen werden. Die andauernden Debatten über das Flanieren auf Flusspromenaden, den Aufenthalt in Biergärten, das Joggen oder das Radfahren haben sich längst als kontraproduktiv erwiesen."

Stattdessen fordern sie einen neuen Fokus: „Wir müssen uns deshalb um die Orte kümmern, wo die mit Abstand allermeisten Infektionen passieren – und nicht unsere begrenzten Ressourcen auf die wenigen Promille der Ansteckungen im Freien verschwenden."

Um Übertragungen effektiv zu reduzieren, schlagen sie folgende 6 goldene Regeln vor:

1.) Infektionen finden in Innenräumen statt, deshalb sollten sich möglichst wenige Menschen außerhalb ihres Haushaltes dort treffen. Zusätzlich muss man beachten, dass in Innenräumen auch dann eine Ansteckung stattfindet, wenn man sich nicht direkt mit jemandem trifft, sich aber ein Infektiöser vorher in einem schlecht belüfteten Raum aufgehalten hat!
2.) Man sollte die Zeiten der Treffen und die Aufenthaltszeiten in Innenräumen so kurz wie möglich gestalten.
3.) Man sollte durch häufiges Stoß- oder Querlüften Bedingungen wie im Freien schaffen.
4.) Das Tragen von effektiven Masken ist in Innenräumen nötig. In der Fußgängerzone eine Maske zu tragen, um anschließend im eigenen Wohnzimmer eine Kaffeetafel ohne Maske zu veranstalten, ist nicht das, was wir als Experten unter

Infektionsvermeidung verstehen. Dabei ist zu beachten, dass der dichte Sitz der Maske für ihre Effektivität mindestens genauso wichtig ist, wie die Abscheideeffizienz des Materials.

5.) Raumluftreiniger und Filter sind überall dort zu installieren, wo Menschen sich länger in geschlossenen Räumen aufhalten müssen (Wohnheime, Schulen, Alten- und Pflegeheime, Betreuungseinrichtungen, Büros und andere Arbeitsplätze).

6.) In großen Hallen und Räumen ist die Ansteckungsgefahr viel geringer als in kleinen Versammlungsräumen. Wenn man also wieder Theater, Konzerte, und Gottesdienste stattfinden lassen will, sollte das in großen gut gelüfteten Hallen stattfinden oder wenn möglich ins Freie ausgewichen werden.

Die Kombination dieser Maßnahmen führt zum Erfolg. Wird das entsprechend kommuniziert, gewinnen damit die Menschen in dieser schweren Zeit zugleich ein Stück ihrer Bewegungsfreiheit zurück. Wer sich zum Kaffee in der Fußgängerzone trifft, muss niemanden in sein Wohnzimmer einladen. Dort ist die Einhaltung der bekannten Hygieneregeln zu erwarten, zu Hause dagegen nicht.

Quelle:
Dr. Christof Asbach et al.:
Offener Brief vom 11.4.2021

Ergänzung:

Plexiglaswände könnten mehr schaden als schützen
Problematisch sind in dieser Hinsicht auch die nun vielerorts errichteten Spuckschutzwände aus Plexiglas. „Die Aerosolwolke trifft dadurch das Gegenüber zwar nicht direkt, erreicht ihn letztlich aber doch, indem sie sich im Raum verteilt", erklärte Martin Kriegel von der Gesundheitstechnischen Gesellschaft. Raumhindernisse wie Plastikschutzwände würden zudem dazu führen, dass im Raum schlecht belüftete Bereiche mit Aerosolansammlungen entstünden.

Ein wichtiger Risikofaktor für Ansteckungen in Innenräumen ist die Aufenthaltsdauer, der Kriegel zufolge „nicht genug Beachtung geschenkt wird". „Ein Beispiel sind Büros, in denen die Maske abgenommen wird, sobald man wieder an seinem Platz sitzt. Doch auch bei kleiner Teilchenzahl in der Luft kann bei langer Aufenthaltsdauer die für eine Infektion notwendige Dosis an Viruspartikeln erreicht werden."

Anzeige

„Bürstenzellen" bekämpfen gefährliche Keime in den Atemwegen

Schlagende Flimmerhärchen sorgen für den Abtransport von Erregern und anderen Fremdkörpern aus den Atemwegen zum Mund.

Forschende der Universität Gießen und des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL) zeigen in einer Studie, dass sogenannte „Bürstenzellen" – seltene Zellen in der Schleimhaut von Atemwegen – eine wichtige Aufgabe bei der Vermeidung bakterieller Lungenentzündungen übernehmen.

„Bürstenzellen" sind seltene Zellen in der Atemwegsschleimhaut, die über eine Art „Erkennungssinn" verfügen. Noch vor zehn Jahren war ihre Funktion weitgehend unbekannt. Forscher am Institut für Anatomie der Justus-Liebig-Universität Gießen (JLU) bringen jetzt mit ihrer Veröffentlichung in der Fachzeitschrift „Immunity" etwas mehr Licht ins Dunkel.

In Untersuchungen am Tiermodell konnten sie zeigen, dass Bürstenzellen darauf spezialisiert sind, potenziell gefährliche „Eindringlinge" wahrzunehmen. So sind sie in der Lage kleine Bruchstücke von bakteriellen Eiweißen, in der Atemluft zu erkennen. Das können zum Beispiel Teile von Pneumokokken sein, den häufigen Erregern einer Lungenentzündung. Beim Erkennen dieser setzen die Bürstenzellen den Botenstoff Azetylcholin frei. Dieser ist ein Botenstoff (Neurotransmitter), der z.B. aus dem Nervensystem bekannt ist und für die Signal- beziehungsweise Erregungsübertragung verantwortlich ist.

Botenstoff aktiviert „Rolltreppe" in den Atemwegen

Wie die Forschungsergebnisse zeigen, bewirkt das aus den Bürstenzellen freigesetzte Azetylcholin auf benachbarten Zellen der Atemwege und den auf ihnen befindlichen Flimmerhärchen ein vermehrtes gleichgerichtetes Schlagen in Richtung Mund (oralwärts). So werden z.B. in die Atemwege gelangte Bakterien zusammen mit dem Bronchialschleim wie auf einer Rolltreppe mundwärts abtransportiert und schließlich abgehustet.

Diesen Vorgang nennt man auch „mukoziliäre Clearance". Er ist einer der wichtigsten angeborenen Abwehrmechanismen der Atemwege z.B. gegen eindringende Krankheitserreger. Bisher ist nur wenig darüber bekannt, wie in die Atemwege gelangte Keime erkannt werden, und welche weiteren Signalmechanismen dann für ihren Abtransport wieder aus dem Körper sorgen.

In weiteren Untersuchungen konnte das Forscherteam auch zeigen, dass Mäuse, bei denen die Bürstenzellen durch eine genetische Veränderung inaktiviert wurden, eine erhöhte Anfälligkeit für Infektionen der unteren Atemwege aufwiesen. Dies weist auf die wichtige Rolle der Bürstenzellen bei der schnellen Erregerausscheidung hin.

Quellen:
Pressemitteilung Perniss A et al.
Justus-Liebig-Universität Gießen: „Bürstenzellen" in den Atemwegen bekämpfen gefährliche Keime.
Pressemeldung vom 15.4.2020

COVID-19-Prävention:

Ansteckungsgefahr durch Ausatemluft beatmeter Patienten untersucht

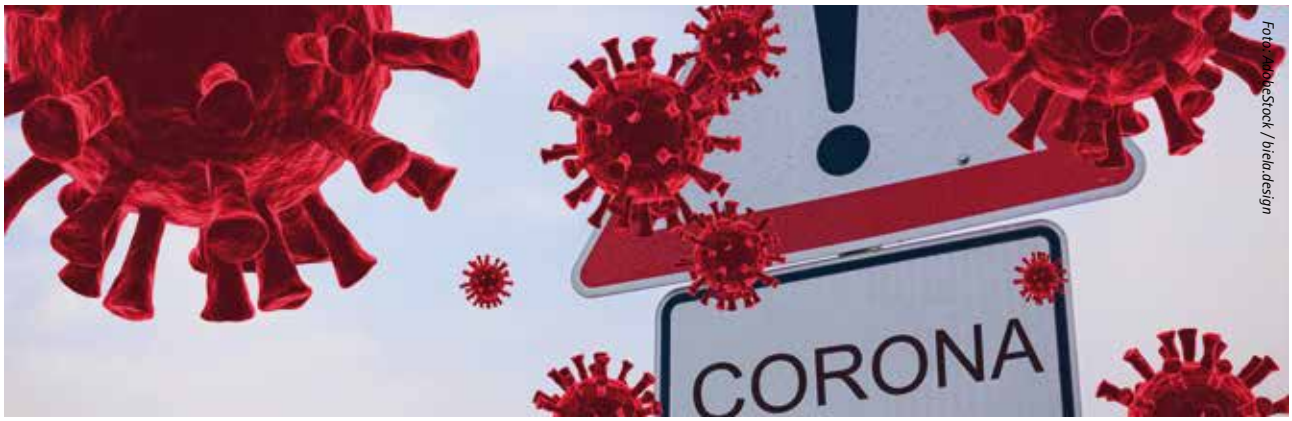


Foto: AdobeStock / biela.design

Ausatemluft verbreitet sich bis zu vier Meter im Raum.

Fragen:

- Was passiert, wenn die eigene Atmung der Patienten nicht mehr ausreicht und maschinell (unterstützt) beatmet werden muss?
- Wie weit strömt die Ausatemluft mit den Viren in den Raum?
- Welche Sicherheitsvorkehrungen müssen getroffen werden?

Nasale High-Flow-Therapie (NHF)

Ergänzend neben der Sauerstofftherapie über Mund-Nasen-Masken hat sich in den letzten Jahren die nasale High-Flow-Therapie (NHF) in allen Altersstufen etabliert, da sie die invasive Beatmung, die bei einer Coronavirus-Erkrankung oft mit einer hohen Sterblichkeit verbunden ist, reduzieren kann. Über eine Nasenbrille erhält der Patient erwärmte, befeuchtete und sauerstoffangereicherte Luft. Dabei kommt es zu großen Luftverwirbelungen unmittelbar vor dem Gesicht.

„Unklar war bislang, wie weit sich die mit Krankheitserregern angereicherte Ausatemluft bei unterschiedlichen (Sauerstoff-)Flussraten im Patientenzimmer ausbreitet und somit eine Gefahr darstellt«, erläuterte PD Dr. Dominic Dellweg, Chefarzt der Pneumologie I des Fachkrankenhauses Kloster Grafschaft in Schmallenberg (s.a. Luftpost-Ausgabe Frühjahr 2016). Mit dem sogenannten Schlierenspiegel können aber jetzt im Labor der Bauhaus-Universität Weimar kleinste Luftströme im Raum sichtbar gemacht werden.

Fazit:

Es zeigte sich, dass die Reichweite der ausgeatmeten Luft mit ansteigendem Beatmungsdruck zunimmt und sogar bis zu vier Meter weit in den Raum gelangt. Dies könnte dann wiederum zu einem erhöhten Infektionsrisiko für durch Tröpfchen (Aerosole) übertragene Krankheiten – wie z.B. COVID-19 - führen.

Untersucht wurde dabei die Ausbreitung der Ausatemluft bei drei unterschiedlichen Sauerstoffraten und nasaler High-Flow-(Be-)Atmung (NHF) im Vergleich zur normalen Spontanatmung.

Ergebnisse:

Die ermittelte größte Aerosolausbreitung betrug danach:

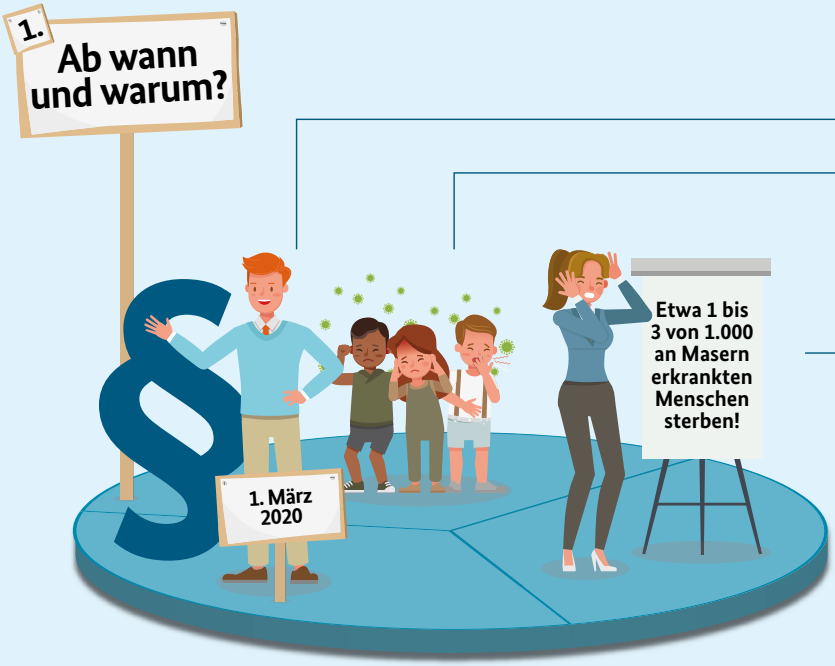
- Bei normaler Spontanatmung 99 cm,
- 218 cm (NHF 20 l/min),
- 292 cm (NHF 40 l/min) und
- 410 cm (NHF 60 l/min).

Zu beachten ist jedoch, dass die gewählte Schlierenbildtechnik ausschließlich die Dichte der Ausatemwolke visualisiert. Das heißt, es können noch keine Aussagen über die Größe und Verteilung der Viren innerhalb dieser Ausatemwolke getroffen werden. Es bedarf hierzu weiterer Untersuchungen.

Quelle:
Exhalation Spreading During Nasal High-Flow Therapy at Different Flow Rates; Dellweg, Dominic, et al., https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/9000/Exhalation_Spreading_During_Na...

Kein Platz für Masern

Seit dem 1. März 2020 ist das Masernschutzgesetz in Kraft. Damit sollen vor allem Schul- und Kindergartenkinder wirksam vor Masern geschützt werden. Denn Masern sind hochansteckend und können zu schwerwiegenden Folgeerkrankungen führen. Einige Fragen und Antworten liefert die Infografik. Wichtige Informationen bietet zudem die Website *www.masernschutz.de*



Am 1. März 2020 trat das Masernschutzgesetz in Kraft.

Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Gerade bei Kindern unter fünf Jahren und Erwachsenen können Masern zu schweren Komplikationen führen. Dazu gehören Mittelohrentzündungen, Lungenentzündungen und Durchfälle, seltener auch eine Gehirnentzündung, und es kann zu Spätfolgen kommen.

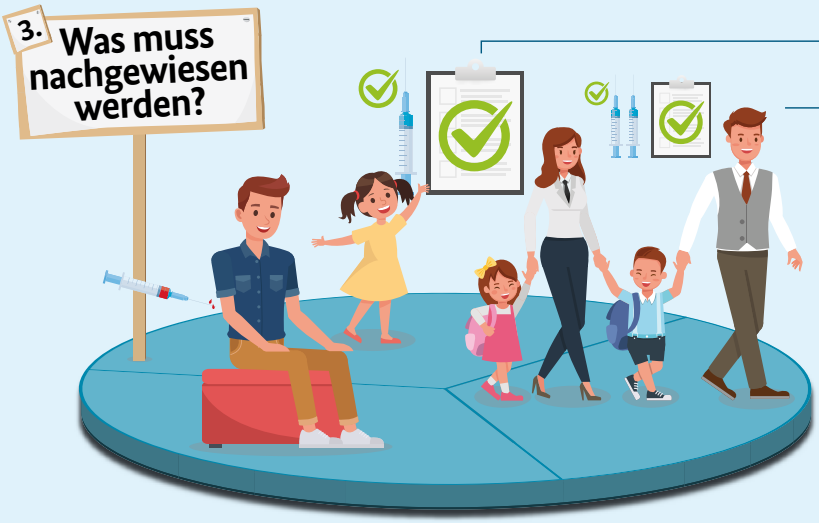
Insgesamt sterben in Industrieländern etwa ein bis drei von 1.000 erkrankten Menschen an den Masern. Auch in Deutschland gab es in den vergangenen Jahren durch Masern bedingte Todesfälle.

Alle Kinder, die mindestens ein Jahr alt sind und in Kindertageseinrichtungen und Horten sowie in bestimmten Formen der Kindertagespflege, in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen mit überwiegend minderjährigen Personen betreut werden.

Alle Kinder, die mindestens zwei Jahre alt sind.

Alle nach 1970 geborenen Menschen, die in einer Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerberinnen und -bewerber, Flüchtlinge oder Spätaussiedlerinnen und -siedler untergebracht sind.

Nach 1970 geborene Personen, die in den genannten Einrichtungen und in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern und Arztpraxen tätig sind, also Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer, Tagespflegepersonen und medizinisches Personal.



Kinder ab einem Jahr müssen eine Masernschutzimpfung oder eine Masern-Immunität nachweisen.

Kinder ab zwei Jahren und Erwachsene, die nach 1970 geboren sind (siehe Punkt 2), müssen mindestens zwei Masernschutzimpfungen oder ein ärztliches Zeugnis über eine ausreichende Immunität gegen Masern nachweisen.

Denn: An Masern kann man nur einmal erkranken. Wer sie bereits hatte, ist dagegen geschützt und benötigt keine Impfung mehr. Ob Masern durchgemacht wurden, lässt sich mit einer Blutuntersuchung nachweisen. Ein ärztliches Zeugnis bestätigt dann nach der Untersuchung, dass eine Immunität bereits vorliegt oder – sollte etwa der Impfausweis verloren gegangen sein – die Schutzimpfungen stattgefunden haben.

Wer keinen ausreichenden Nachweis erbringt, darf weder in den betroffenen Einrichtungen betreut noch in diesen tätig werden. Das gilt nicht für Übergangsfälle nach § 20 Abs. 10 Infektionsschutzgesetz (IFSG). Ausnahme: Personen, die einer gesetzlichen Schulpflicht unterliegen, kann nicht untersagt werden, Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen zu betreten.

Die betroffenen Personen müssen der Leitung der jeweiligen Einrichtung vor dem tatsächlichen Beginn ihrer Betreuung oder ihrer Tätigkeit einen entsprechenden Nachweis vorlegen.

Personen, die bei Inkrafttreten des Gesetzes bereits in den betroffenen Einrichtungen betreut wurden oder dort tätig waren, müssen den Nachweis erst bis zum 31. Juli erbringen.

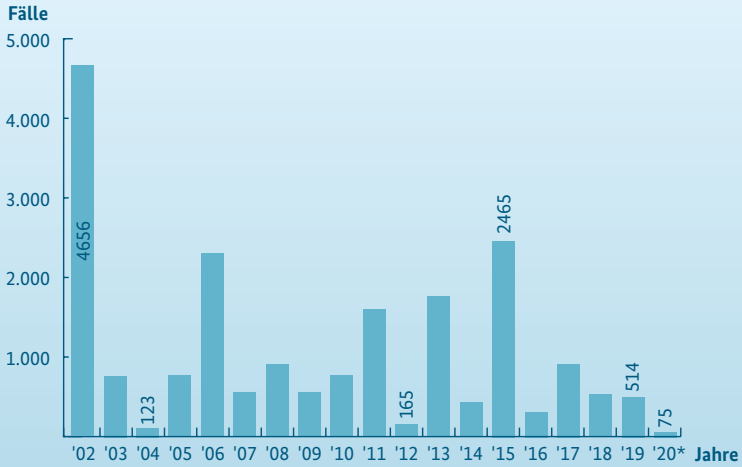
Wenn der Nachweis nicht bis zum 31. Juli 2021 vorgelegt wird oder ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, muss die Leitung der Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt benachrichtigen.

Mehr Infos? www.masernschutz.de!

Wichtige Informationen rund um das Masernschutzgesetz, zur Impfung, zu rechtlichen Aspekten und zur Krankheit selbst hat das Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit dem Paul-Ehrlich-Institut, dem Robert Koch-Institut und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Internet unter www.masernschutz.de zusammengestellt. Dort finden Eltern und Erziehungsberechtigte, Beschäftigte in Gemeinschaftseinrichtungen und medizinischen Einrichtungen, Einrichtungsleiterinnen und -leiter sowie Ärztinnen und Ärzte umfassende Antworten auf ihre Fragen. Zu den einzelnen Aspekten werden dort auch Materialien zum Herunterladen angeboten.

Masernfälle in Deutschland seit 2002

Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat, https://survstat.rki.de/, Datenstand 29.12.2020*



Quelle: Im Dialog, Das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit, April 2021

20 Jahre Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

Ein Meilenstein auf dem Weg zur Inklusion

Foto: AdobeStock / andyller

Das „Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen" (SGB IX) wird am 1. Juli diesen Jahres 20 Jahre alt. Vorangegangen war die Ratifizierung der Konvention der Vereinten Nationen (UN) über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK). Diese ist seit dem 26. März 2009 auch in Deutschland geltendes Recht.

Mit dem SGB IX begann im Jahr 2001 der Prozess der Umsetzung der UN-BRK. Es ging *nicht mehr* um *Fürsorge* und *Versorgung* für und von Menschen mit Beeinträchtigungen, sondern um deren volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und um volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens, wie Artikel 26 der UN-BRK fordert. Das SGB IX setzte sich als Leistungsgesetz in § 1 die *Förderung der Selbstbestimmung* und der vollen, wirksamen und *gleichberechtigten Teilhabe* am Leben in der Gesellschaft ebenso zum Ziel wie die Vermeidung und die Abwendung von Benachteiligungen.

Ein besonders bedeutungsvolles Gesetzbuch

Diesen Bedeutungswechsel der UN-BRK vollzog das SGB IX nach, indem es sich vom rein funktionsbezogenem Begriff der Behinderung des seit 1974 geltenden Gesetzes zur Sicherung der *Eingliederung Schwerbehinderter* in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (SchwbG) abwandte und eine vorhandene körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigung in Bezug brachte zum Maß der Beeinträchtigung mit dem *Ziel einer gleichberechtigten Teilhabe* an der Gesellschaft. Das frühere Gesetz wollte zwar auch schon die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung, das SGB IX aber wollte die Einbeziehung von Menschen in die Gesellschaft (Inklusion).

Damit hat das SGB IX vor 20 Jahren einen Meilenstein gesetzt. Leistungen zur Teilhabe haben der Integration von Menschen mit Behinderungen zu dienen.

Dabei ist Teilhabe ein fortlaufender Prozess auf verschiedenen Ebenen und nichts Abgeschlossenes. Teilhabe ist ein dynamischer Prozess. Zur Inklusion von Menschen mit Behinderungen im Sinne der UN-BRK gehört bis heute die Forderung nach einem barrierefreien Zugang z.B. zu Behörden und Arztpraxen. Hier ist noch immer viel zu tun.

Dr. med. Michael Köhler
Quelle: Reha-Info der BAR 2-2021

Einmalige Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung soll Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung werden

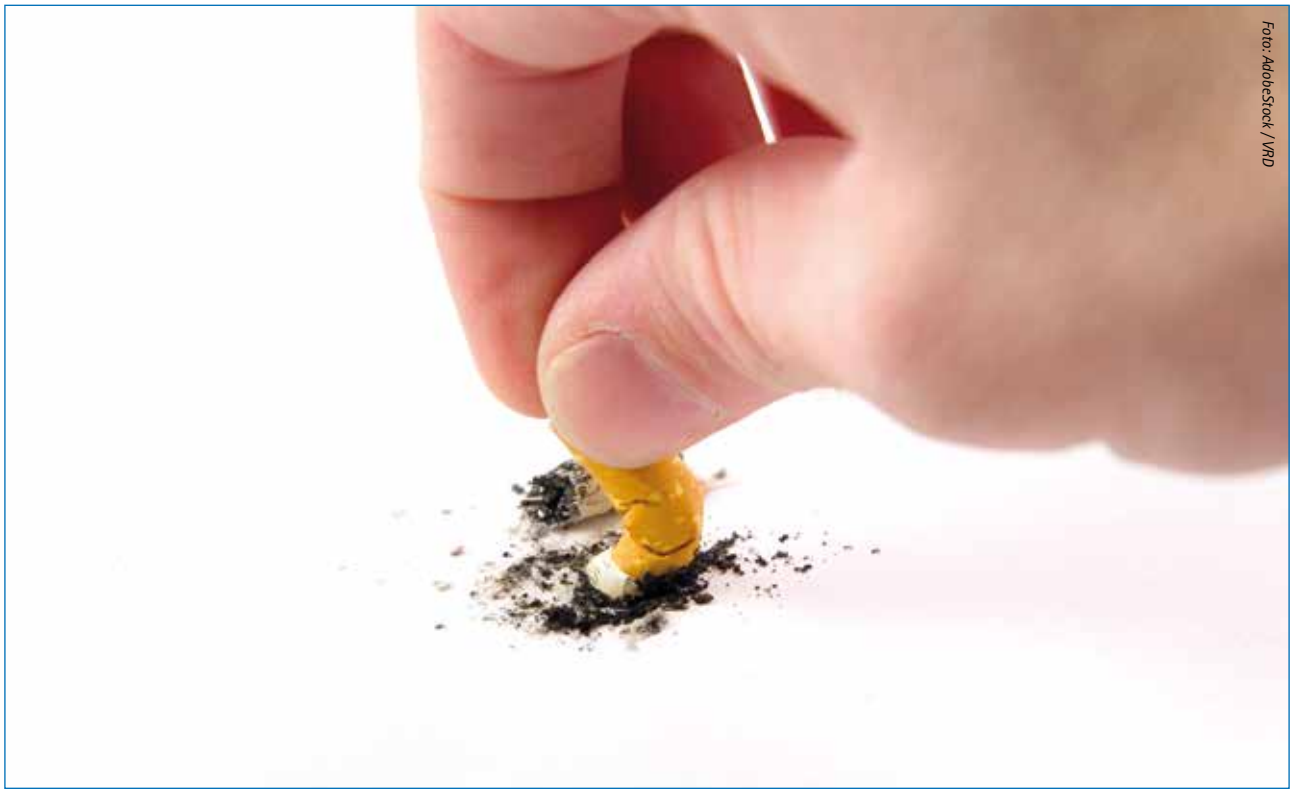


Foto: AdobeStock / VRD

Die gesetzliche **K**ranken**v**ersicherung (**GKV**) soll künftig Leistungen zur Tabakentwöhnung übernehmen. Das sieht ein Änderungsantrag der CDU/CSU und SPD zum sogenannten **G**esundheits**v**ersorgungs**w**eiterentwicklungs**g**esetz (**GVWG**) vor, der dem *Deutschen Ärzteblatt* vorliegt.

Danach sollen „**Versicherte mit schweren tabakassoziierten Erkrankungen, deren Verlauf und Prognose durch das Rauchen negativ beeinflusst werden" auf GKV-Kosten** eine **einmalige Versorgung** mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen in Anspruch nehmen können.

Der **G**emeinsame **B**undes**a**usschuss (**G-BA**) soll laut dem Änderungsantrag der Regierungsfraktionen festlegen, welche Arzneimittel unter welchen Voraussetzungen dazu infrage kommen. Der G-BA kann dazu eine Nutzenbewertungen beim **I**nstitut für **Q**ualität und **W**irtschaftlichkeit **i**m **G**esundheitswesen (**IQWiG**) beauftragen.

„Festzulegen sind die anspruchsberechtigten Versicherten mit schweren tabakassoziierten Erkrankungen. Dies sind insbesondere Versicherte mit **interstitieller Lungenerkrankung, COPD, Mukoviszidose oder einer anderen, ähnlich schweren chronischen Lungenerkrankung**", heißt es in der Begründung des Antrages. Außerdem soll der G-BA die Voraussetzungen für die evidenzbasierten Programme zur Tabakentwöhnung festlegen.

Die **D**eutsche **H**auptstelle für **S**uchtfragen (**DHS**) hatte Anfang Mai allen Rauchenden geraten, sich Unterstützung zu suchen, wenn sie den Ausstieg aus der Tabakabhängigkeit nicht aus eigener Kraft schaffen.

Auch die **D**eutsche **G**esellschaft für **P**neumologie und Beatmungsmedizin (**DGP**) fordert stärkere Anstrengungen zur Prävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit.

Quelle:
Pressemeldung vom 10. Mai 2021,
Deutsches Ärzteblatt

Corona ist eine Plage, das Corona Management noch mehr!

von Professor I. Heberlein

Foto: AdobeStock / bluedesign

1. Die „Plage" begann mit Unterlassungen ab 2013

Im Deutschen Bundestag gab es *2013 einen Bericht zu Risiken beim Bevölkerungsschutz.*[1] Damals wurde eine Pandemie mit einer hohen Zahl von Erkrankungen und Todesfällen durch ein SARS ähnliches Virus modelliert. Die als Anlage 4 der Bundestagsdrucksache aufgeführten dramatischen Ereignisse mit angenommen bis zu 7,5 Millionen Toten in Deutschland führten nicht zur Auflistung von Notmaßnahmen wie der Anordnung flächendeckender Schließung von Einkaufsstätten, Restaurants etc. Allerdings wurde die Bevorratung von Schutzkleidung, Mundschutz etc. für das Personal in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen benannt. [2] Den damaligen Empfehlungen folgte jedoch *keine Bevorratung von Masken und Schutzkleidung*. Das hat sich schon in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020 gerächt. Schutzkleidung, Mundschutz uvm. für das Personal im Gesundheitswesen fehlten auf einmal bis noch weit ins Jahr 2020 hinein, vor allem in den Alten- und Pflegeheimen[3]. Daraus resultierten hohe Sterberaten besonders in diesen Einrichtungen.

2. Die Folgen der früheren Unterlassungen

Da *im Frühjahr 2020 kein ausreichendes Schutzmaterial vorhanden* war, gab es große Hektik beim Einkauf von Masken und Schutzkleidung – fast um jeden Preis. So konnten sich „schwarze Schafe" oder „Wölfe" goldene Nasen verdienen und einige Politiker zwar nicht zu verdienten, aber zu Verdienenden wandeln.

3. Verzicht auf grundlegendes Handwerkszeug

Die Versäumnisse setzten sich im Management des Geschehens fort. Es gab wenig sofort anwendbare Erkenntnisse zum Handeln gegen die rasante Verbreitung des Virus in der Bevölkerung und eine mangelhafte länderübergreifende Politik. Ein durchaus folgenschwerer Anfang war der *Einsatz eines nicht validierten Testverfahrens* was bis dahin als unverzichtbar galt, um falsch positive oder falsch negative Quoten einschätzen zu können.[4] Im Übrigen wissen wir bis heute nicht viel über die tatsächliche Verbreitung, weil die Dunkelziffern sehr hoch sind. Stattdessen wurde auf den „Charme" von Computern und Modellierungsprogrammen gesetzt. Das Vertrauen auf diese Weise Politik zu begründen, scheint ungebrochen: „Modellierungen sind in der Pandemiebewältigung nicht mehr wegzudenken. Was bewirkt das Tragen von Masken, wie wirkt sich die Öffnung von Schulen und Kitas aus, welche Auswirkungen haben die Lockerungen, die vorgenommen werden?"[5]

Es wird eine Forschungsrichtung „geadelt", die sich durch ihre teils grotesken Fehlprognosen auszeichnete[6] und die Erwartungen aus naheliegenden Gründen nicht erfüllen kann. Trotzdem fehlt es nicht an Geld. Das ist auch besonders nötig. Allein der zum Epidemiologen gewendete Verkehrswissenschaftler Kai Nagel erhielt 3,2 Millionen Euro.[7] Dabei lag er besonders „eindrucksvoll" mit seinen Voraussagen daneben. Er, bzw. sein Computerprogramm, hatte für Mai 2021 eine 7-Tage-Inzidenz von 2000 berechnet![8]

Wie sehr das in die Irre führt, zeigen bereits zitierte Sätze in der Pressemitteilung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) vom 28.05.2021: „Modellierungen sind in der Pandemiebewältigung nicht mehr wegzudenken. Was bewirkt das Tragen von Masken, wie wirkt sich die Öffnung von Schulen und Kitas aus, welche Auswirkungen haben die Lockerungen, die vorgenommen werden?“[9]

Genau das ist nicht zu ermitteln, wenn es an den dafür erforderlichen grundlegenden Daten fehlt und die müssen real und zeitnah erhoben werden. Ohne diese beruhen die Aussagen der Modellierer auf subjektiven Annahmen. Sie haben spekulativen Charakter, weil die Auswirkungen einzeln herausgegriffener Maßnahmen aus einem Paket nicht einschätzbar sind. Es finden Modellierungen ohne ausreichende Basis an Daten statt.

4. Mobilität als Schlüssel für Alles

Ein Beispiel für diesen Irrweg ist die Behauptung eines Zusammenhanges von „Mobilität“ und Infektionshäufigkeit und ihrer Ausbreitung. Mobilität an sich ist infektionsneutral. Es wird vorausgesetzt, Mobilität bedeutet auch viele Kontakte, die wiederum viele Infektionen begünstigen. Keine dieser Annahmen ist allein tragfähig:

- Die Mobilität der Bevölkerung wird danach in Telekommunikationsdaten abgebildet,
- zwischen Mobilität und Kontakten bestünde ein Zusammenhang und
- die vermutete Kontakthäufigkeit hätte eine Relevanz für die Infektionsausbreitung.

Genutzt werden für derartige Modellierungen *Telekommunikationsdaten*.[10] Sie bilden technisch gesehen Mobilität ab[11], sofern eine Bewegung auch einen Wechsel in andere Funkzellen auslöst. Das ist nicht gleichbedeutend mit dem epidemiologisch interessierenden Geschehen: Kontakte sind nicht gleichbedeutend mit einer Weiterverbreitung, d.h. Ansteckung mit dem Virus und damit der tatsächlichen Gefahr[12] von Infektionen. Für Kontakte unter kontrollierten Bedingungen (AHA- + L-Regeln) trifft das jedoch nicht zu.[13]

Die Gleichsetzung von Mobilität mit Kontakt ist auch rein technisch falsch. Die einzelnen Mobilfunkzellen sind je nach Funkstandard und Anbieter unterschiedlich groß. Bei Verwendung von UMTS als Funkstandard „atmen“ sie. Sie verändern sich je nach der Aufenthaltszahl von aktiven Mobilfunkgeräten in ihrer Zelle auch in ihrer Größe.[14]

Man könnte in diese gewählten Modelle Korrekturgrößen einbauen, wenn die Gegebenheiten der Anbieter und die verwendeten Standards und Größen der Funkzellen bekannt wären und entsprechend einbezogen werden könnten. Aber auch dann sagen diese Daten nur etwas über die Bewegungen der Smartphone-Nutzer in der jeweiligen Funkzelle und nichts über die Zahl der konkreten Kontakte und erfolgten Infektionen dort aus. Es wird als gegeben unterstellt, dass Bewegung in Funkzellen mit tatsächlicher Infektionsausbreitung verknüpft ist. Dabei ist die Zahl der Kontakte unbekannt.[15] Auch die unterschiedlichen Fortbewegungsmittel müssten in den Bewegungsprofilen noch berücksichtigt werden.[16] Eine minimale Veränderung auch nur einer Annahme in den Simulationen kann zu sehr deutlichen Ergebnisveränderungen führen. Aber auch aus anderen Gründen sind sie für die Bekämpfung einer Epidemie kein „Goldstandard“.
Man denke an ein Hochhaus in Köln-Chorweiler, einem Brennpunkt mit Inzidenzen[17] von zeitweilig mehr als 500[18] pro Woche. Wenn sich dort, im selben Haus mit 200 – 300 Wohnungen Gruppen von Menschen ohne Einhaltung der Hygieneregeln treffen, spiegelt sich das in den Mobilitätsdaten überhaupt nicht wider, obwohl die Infektionsgefahr sehr groß ist. Gleiches gilt für Gemeinden z.B. im Erzgebirge, wenn dort die gesamte besuchte Nachbarschaft in einer „Funkzelle“ liegt.

Alle gewählten Modelle kommen ohne eine Basis mit gesicherten Daten nicht über die Vermutung von Korrelationen hinaus[19] und können so die Wirksamkeit von Maßnahmen nicht belegen.[20] Die aus scheinbaren Übereinstimmungen entstehenden Schlussfolgerungen kann man glauben oder auch nicht. Es können aber auch zahlreiche andere Faktoren z.B. informeller Art eingeflossen sein. Die Erkenntnisse aus derartigen Betrachtungen können nicht erklären, warum etwas geschehen ist, sondern nur, dass etwas geschehen ist.

Diese unzureichende Kenntnis spiegelt auch die Aufzählung der eingebundenen Disziplinen in der Pressemitteilung des Forschungsministeriums wider. Es fehlt die Epidemiologie wenn es heißt: „Modellierungen müssen auf robusten und zuverlässigen Daten aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen beruhen – der Mathematik, der Physik und der

Informatik, aber auch der Mobilitätsforschung und den Sozialwissenschaften."[21] Warum die Mathematik, die Physik und die Informatik helfen sollen? Diese Wissenschaften liefern von sich aus keine epidemiologischen Daten. Ihnen wird etwas zugetraut, was sie gar nicht leisten können.

Zugespitzt gesagt: Die Weiterverbreitung des Virus ereignet(e) sich im Nebel der Ahnungslosigkeit. Das Robert Koch-Institut (RKI) schreibt in einem aktuellen Lagebericht über Infektionsausbrüche: *„Beim Großteil der Fälle ist der Infektionsort nicht bekannt."* Betroffen seien insbesondere private Haushalte, aber auch Kitas, Schulen und das berufliche Umfeld, wird vermutend mitgeteilt.[22]

Nach weit über einem Jahr einer Jahrhundert-Pandemie gibt es nur andeutungsweise Kenntnisse zu den Verbreitungsmustern. Man kann nicht einfach Gleichartigkeit (Homogenität) unterstellen, damit es sich einfacher rechnen lässt. Die Politik agierte im selbst verschuldeten Nichtwissen, in „vorsätzlicher Ahnungslosigkeit".[23] Es gab und gibt kein nachhaltiges Interesse an repräsentativen Daten über die Infektionsausbreitung. Beobachter sprechen von einer „Datenerhebungskatastrophe".[24] „Da herrscht eine Mischung aus Inkompetenz, Arroganz und Interessenkonflikten" wird Prof. Gerd Antes, ehemals Leiter des deutschen Cochrane Zentrums und Mitbegründer des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin im Wissenschaftsblog des Berliner Fachjournalisten Jan-Martin Wiarda zitiert. Ohne nachhaltige Wirkung auf die Politik trägt er seine scharfe Kritik zur besten Sendezeit im ZDF vor. [25]

Es gibt keine fundierte Kenntnis über die Art und Weise der Verbreitung von COVID-19 in der Bevölkerung. 14 von 16 Bundesländern haben nach Recherchen des Netzwerks von NDR, WDR und Süddeutscher Zeitung (SZ) *keine Erkenntnisse darüber, welche Menschen sich besonders häufig mit Corona infizieren* - und können daher nicht gezielt reagieren. Dabei ist dies höchst unterschiedlich,[26] wie das konkrete Beispiel von Köln-Chorweiler als eines von vielen zeigt. Das ist beim Robert-Koch-Institut bekannt [27], hat aber keine Konsequenzen in der Politik.

Immer wieder gab es Meldungen über die höchst unterschiedlichen Auswirkungen der Pandemie:

- Todesfälle geballt in Pflegeheimen[28]
- Hohe Inzidenzunterschiede zwischen Hamburg Blankenese und Hamburg Veddel[29]
- Hinweise auf weit überproportional hohe Belegungsraten von Intensivstationen durch bestimmte Bevölkerungsgruppen und ihren Bezug zum jeweiligen sozioökonomischen Status[30].

Lockdown Maßnahmen nach dem Muster des Rasenmähers sind deshalb ein blindes Stochern im Nebel. Sie sind als solche in ihrer Wirkung nicht einschätzbar und keine sinnvolle Reaktion auf spezifische Risiken. Ganze Bevölkerungsgruppen wie Migranten oder sozial Benachteiligte fallen mit ihrer besonderen Belastungssituation aus dem Blick. Andere Gruppen wie Schüler und Studierende werden mit ihrem Infektionspotenzial wahrscheinlich falsch eingeschätzt. Das Ergebnis sind „Notbremsen", die unabsehbare Kollateralschäden nach sich ziehen.

5. Wissen ist Macht, nichts wissen macht nichts?

In *Deutschland gibt es kein „Corona-Panel"*, das die Verbreitung des Virus zeitnah und repräsentativ misst. „50.000 bis 100.000 Stichprobentests alle ein bis zwei Wochen könnten genügen".

Stattdessen haben wir die absurde Situation, dass, wegen Dauernebel hierzulande, aus dem „COVID-19 Infection Survey" aus England zitiert wird, in der vagen Hoffnung, dass dortige Einsichten vielleicht übertragbar sind.

2020 gab es einen Anlauf des Kieler Instituts für Weltwirtschaft (IfW) zusammen mit dem Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) in Bremen. Die Idee war, das Corona-Panel an das wissenschaftliche Datengroßprojekt „NAKO – Nationale Gesundheitskohorte" anzudocken, bei dem 200.000 Einwohner in Deutschland zwischen 20 und 69 Jahren kontinuierlich Auskunft über ihre Lebensumstände und die eigenen Krankheitsverläufe geben. Das RKI hat zugestimmt. Aber das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat die Bedeutung des Vorhabens nicht erkannt und so eine Finanzierung verweigert. Auch die NAKO-Leitung hat sich wenig kooperativ gezeigt und das in Anbetracht der von der Bundeskanzlerin festgestellten „Jahrhundertkatastrophe".[31] Kaum vorstellbar, dass ein energisches Nachfassen nicht zu einem Einlenken geführt hätte.

Der Verzicht auf konkrete Basisdaten zum aktuellen Pandemiegeschehen hat zu vielen Entscheidungen mit großer Unsicherheit geführt. Wenn Bundes- und

Landesregierungen nicht alle Anstrengungen unternehmen und konkrete Kenntnisse zu gewinnen, ist das Staatsversagen. Selbst verschuldete Unwissenheit schützt aber nicht.

6. Bevölkerungsbezogene Medizin als Stiefkind

Pleiten, Pech und Pannen der deutschen Coronapolitik haben eine gemeinsame Ursache: *Public Health, die Bevölkerungsmedizin ist in Deutschland keine Leitdisziplin* Die gesellschaftlich orientierte Gesundheitsversorgung ist ein „Schmuddelkind" und wird von einem patientenzentrierten Medizinsystems auf Abstand gehalten. Für die Suche nach Behandlungsmöglichkeiten bereits an Covid 19-Erkrankter steht Geld reichlich zur Verfügung.[32] Man muss aber früher und davor ansetzten. Und dazu ist sozialmedizinisches Grundlagenwissen unverzichtbar: Jede Epidemie ist auch ein soziales Phänomen. *Weder vor dem Tuberkelbazillus noch vor dem Coronavirus sind alle Menschen gleich* (s.a. Luftpost-Ausgabe 1/2021 und der Artikel „125 Jahre Kampf gegen die Tuberkulose (TB) in Deutschland").

7. Fazit

Es gibt erkannte massive Mängel bei der Schaffung einer Informationsgrundlage zu gezielter und risikoorientierter Bekämpfungspolitik. Das zeigt eine Verschiebung an. Es scheint im Gesundheitswesen nicht mehr in erster Linie um die Schaffung von Evidenz für die Beurteilung von Wirksamkeit und Nutzen von Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung[33] zu gehen. Das aber entzieht in rechtlicher Hinsicht dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz als wichtigem Prüfungsmaßstab die Ansatzmöglichkeiten zur positiven Veränderung. [34]

Die aufgeführten Quellen der Zitate 1-34 können auf Anfrage von der Redaktion zur Verfügung gestellt werden.

Der Autor:
Prof. Dr. rer.publ. Ingo Heberlein

Mitglied im zentralen Koordinierungsausschuss der Patientenvertretung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Mit-herausgeber von GuP Rechtszeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen,Kreisvorsitzender des Sozialverbandes Deutschland in Eutin

Anzeige

KOMPETENZ IN SACHEN SAUERSTOFF

Auch in Ihrer Nähe immer gut O_2 versorgt.

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

www.gti-medicare.de

Was ist Long COVID?

Foto: AdobeStock / Bihlmayer Fotografie

Als "Long COVID" bezeichnet man anhaltende gesundheitliche Probleme, die manche Menschen nach einer Infektion mit dem COVID-19-Virus weiter belasten und einschränken. Nun werden in einer Studie charakteristische Symptome und die Zeitdauer bei diesen Patienten untersucht, Besonders interessierten die Symptome und ihre Auswirkungen auf das tägliche Leben, die Arbeit und die Zeit bis zur Genesung. Die Studie wurde erst als PrePrint veröffentlicht, ist also vor ihrer Veröffentlichung noch nicht aufwendig wissenschaftlich überprüft.

Eine international durchgeführte Web-basierte Umfrage bei an COVID-19 erkrankten Patienten (klinischer Verdacht oder durch Test bestätigt) befragte diese, wie ihre Erkrankung mindestens 28 Tage andauerte und vor dem Juni 2020 begann. Die Umfrage wurde online in COVID-19-Selbsthilfegruppen und über Social Media-Kanäle durchgeführt.

Insgesamt 3.762 Patienten aus 56 Ländern nahmen an der Befragung teil. 1.166 (33,7 %) von ihnen waren zwischen 40 und 49 Jahre alt, 937 (27,1 %) von ihnen zwischen 50 – 59 Jahre und 905 (26,1 %) waren 30 – 39 Jahre alt. 2 961 der Patienten (78,9 %) waren Frauen, 718 (19,1 %) Männer, 63 (1,7 %) divers. Insgesamt 8,4 % aller Patienten mussten wegen ihrer COVID-19-Infektion im Krankenhaus behandelt werden. 27 % aller Patienten hatten dabei eine Labor-bestätigte COVID-19-Diagnose. Insgesamt 96 % aller Patienten berichteten über andauernde Krankheitssymptome über 90 Tage.

Insgesamt 205 Symptome in 10 Organsysteme wurde in dieser Erhebung erfasst. Insgesamt 66 häufige Symptome wurden sogar mehr als 7 Monate nachverfolgt. Die Teilnehmer berichteten im Durchschnitt von Symptomen in 9 Organsystemen. Die nach sechs Monate der COVID-19-Infektion am häufigsten berichteten Symptome waren:

- Fatigue zu 78 %
- Chronisches Erschöpfungssyndrom (Post-exertional Malaise) zu 72 %
- Leistungseinschränkung (Kognitive Dysfunktion) zu 55 %

Diese drei Symptome waren auch die im Gesamtbeobachtungszeitraum am häufigsten genannten. Die den Patienten, die sich in weniger als 90 Tagen vollständig erholten, traten die meisten Symptome in der 2.ten Woche auf. Im Durchschnitt waren dies 11,4 Symptome. Bei Patienten, die nach 90 Tagen noch nicht beschwerdefrei waren, wurde die meiste Zahl an Symptomen im 2.ten Monat berichtet, im Durchschnitt unter 17,2 Symptomen. Betroffene, die Sym-

ptome länger als 6 Monate aufwiesen, litten noch im 7.ten Monat im Durchschnitt unter fast 14 Symptomen. 86 % von ihnen erlitten Rückfälle, die durch Sport, körperliche oder geistige Anstrengung oder Stress getriggert wurden. Rund 87 % aller Patienten, die nicht symptomfrei waren, litten im Zeitraum der Befragung unter Fatigue. Diejenigen,, die sich als wieder erholt bezeichneten, berichteten dagegen nur zu 45 % von Fatigue-Symptomen. 45 % der Betroffenen berichteten jedoch reduzierten Arbeitszeiten im Vergleich zur Zeit vor ihrer Erkrankung. Gut 22 % aller Befragten gaben jedoch an, aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation zum Zeitpunkt der Befragung überhaupt nicht arbeiten zu können.

Fazit: Patienten mit Long COVID berichten demnach häufig über länger anhaltende Symptome wie chronische oder anhaltende Erschöpfung und Beeinträchtigung des Denkens.

Vergleicht man langanhaltende Auswirkungen viraler Infekte wie z.B. Fatigue und kognitive Probleme mit früheren echten Grippe-Epidemie, so sind diese Befunde nicht grundsätzlich neu. (Stefano, 2021). Wodurch die häufig festgestellten stark einschränkenden Symptome jedoch konkret ausgelöst werden, ist noch ungeklärt. Diskutiert werden ein postvirales Fatiguesyndrom (das noch nicht verstanden wird), Autoimmuneffekte oder eine länger anhaltende Virusinfektion (Jacobs 2021). Weitere Untersuchungen sind daher erforderlich.

Quelle:
Davis, Hannah E., et al. "Characterizing Long COVID in an International Cohort: 7 Months of Symptoms and Their Impact." MedRxiv, 2020. https://doi.org/10.1101/2020.12.24.20248802.

Anzeige

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

Alle Therapiegeräte dieser Anzeige sind verordnungsfähig. Schicken Sie uns Ihr Rezept, wir erledigen alles Weitere - deutschlandweit !

Beatmung mit COPD-Modi

- **prisma VENT 30/40/50/50-C von Löwenstein Medical** — prisma VENT 50-C mit High-Flow-Modus 5-60 l/min
- **Trilogy EVO mit Modus AVAPS-AE und Zero-Flow von Philips Respironics** — NEU

Interessante Informationen über NIV Beatmung bei COPD auf unserer Website www.oxycare-gmbh.de: Therapien/Beatmung+COPD Modi

Sauerstoffversorgung

Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

- **Sauerstoffkonzentratoren** 0,1-10 l/min Dauerflow
- **SimplyGo** bis 2 l/min Dauerflow — Aktion: SimplyGo 2.945,00 € *
- **SimplyGo Mini** ab 2,3 kg
- **Inogen One G4, 4 Cell** nur 1,27 kg
- **Inogen One G5*** ab 2,2 kg NEU
- **iGO2 Drive Medical** 2,2 kg
- **Platinum Mobile POCI** ab 2,2 kg — Inogen One G5 ab 2.195,00 € *

Inhalation + Atemtherapie

- **Pureneb AEROSONIC+,** Inhalation mit 100 Hz Schall-Vibration z.B. bei Nasennebenhöhlenentzündung — Ideal für die Sinusitis-Therapie 374,50 €
  - Kombigerät, Inhalation auch für die unteren Atemwege.
- **OxyHaler Membranvernebler** — Mit Akku perfekt für unterwegs Shop-Preis 174,50 € *
  - Klein - leicht (88 g) - geräuschlos -
  - Verneblung von NaCl bis Antibiotika möglich
  - Mit Li-Ionen-Akku
- **Allegro / AirForce One / InnoSpire Elegance** — ab 53,30 €
  - Die Standardgeräte für die ganze Familie
- **AKITA Jet**
  - Medikamenteneinsparung bis zu 50% möglich, dadurch weniger Nebenwirkungen
  - Bis zu 98% höhere Aerosol-Deposition, z.B. bei Inhalativen Corticosteroiden oder Antibiotika

GeloMuc/Quake/RespiPro/ PowerBreathe Medic/ RC-CornetPlus/PersonalBest Peak Flow Meter — Shop-Preis Gelomuc 61,40 € *

**Aktionspreis solange der Vorrat reicht*

Finger-Pulsoxymeter, z.B. OXY 310 29,95 € *

OXYCARE GmbH Medical Group
Fon 0421-48 996-6 · Fax 0421-48 996-99
E-Mail ocinf@oxycare.eu · www.oxycare.eu

Abbildungen können abweichen, Preisänderungen/Druckfehler vorbehalten. Foto: Flugzeug Fotolia

Was wissen wir heute über Riech- und Schmeckstörungen als Symptom von Corona-Infektionen?

Foto: AdobeStock / Have a nice day

In den ersten Beschreibungen von Covid-19 fehlten sie noch ganz – heute gelten bei freier Nase plötzlich auftretende Riech- und Schmeckstörungen als eines der frühesten und spezifischsten Symptome einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus.

Wenn die Geruchswahrnehmung plötzlich nachlässt oder ganz ausfällt, sollte das daher als Warnsignal ernst genommen werden, betonte die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (DGHNO) auf ihrer Kongress-Pressekonferenz am 11. Mai 2021.

Vom gewöhnlichen Schnupfen kennt es nahezu jeder: Die Nase ist verstopft, man riecht nichts mehr, und auch das Essen schmeckt irgendwie fade. Während der Riechverlust hier jedoch typischerweise mit starker Schleimbildung und einer Schwellung der Riechschleimhäute einhergeht, ist die Nase bei Patienten mit einer SARS-CoV-2-Infektion meist frei. „Während der Pandemie sollte eine plötzliche und nicht von Schnupfensymptomen begleitete Einschränkung des Riechvermögens daher immer als Hinweis auf eine mögliche SARS-CoV-2-Infektion gewertet werden", sagte Professor Dr. med. Thomas Hummel, Leiter des Interdisziplinären Zentrums für Riechen und Schmecken am Universitätsklinikum Dresden. In mehreren Studien seien bis zu 80 Prozent der Covid-19-Kranken von Riech- und Schmeckstörungen betroffen gewesen. Diese chemosensorischen Symptome hätten sich häufig bereits am dritten Tag nach der Infektion gezeigt und seien somit oft das erste, in manchen Fällen sogar das einzige Covid-19-Symptom. „Dieses Frühwarnsystem sollte man sich zunutze machen", so Hummel. Betroffene sollten sich umgehend in Quarantäne begeben und einen SARS-CoV-2-Test vornehmen lassen. Weil Patientinnen und Patienten oft erst auf Nachfrage über Riech- und Schmeckstörungen berichten, sollten auch Ärzte diese Symptome während der Pandemie besonders im Blick haben und gezielt erfragen – möglichst bereits bei der Terminvergabe am Telefon. Gegebenenfalls kann dann ein SARS-CoV-2-Test veranlasst, zumindest aber bei der Untersuchung auf geeignete Schutzmaßnahmen geachtet werden.

Generell kann eine Riechstörung auch durch andere Viren – etwa Grippeviren – oder durch Schädel-Hirn-Verletzungen ausgelöst werden. Auch als frühes Symptom einer neuro-degenerativen Erkrankung wie der Parkinson- oder der Alzheimer-Erkrankung tritt ein Riechverlust auf. Während virale Infekte oft die Nervenzellen in der Riechschleimhaut oder im Riechnerv schädigen, sind bei neurodegenerativen Erkrankungen vor allem die Riechzentren im Gehirn betroffen, und der Riechverlust setzt nur schleichend ein. Wie die olfaktorischen, also die den Geruchssinn betreffenden Störungen bei einer SARS-CoV-2-Infektion entstehen, ist noch nicht genau geklärt. „Bei den meisten Betroffenen erholt sich die Riechfunktion innerhalb weniger Wochen wieder", erläuterte

Hummel. „Das spricht gegen eine echte Nervenschädigung." Ob der Geruchssinn letztlich in allen Fällen uneingeschränkt zurückkehrt, ist jedoch noch ebenso unklar wie die Frage, ob die beobachteten Veränderungen des Geschmackssinns auf eine tatsächliche Schmeckstörung zurückgehen. „Die meisten Menschen können die durch eine Riechstörung verursachte Veränderung des Feingeschmacks nicht gut von einer Störung des Schmecksinns unterscheiden", sagte Hummel. Hierfür seien etwas aufwändigere Untersuchungen notwendig.

Wer sich nicht sicher ist, ob der eigene Geruchssinn noch richtig funktioniert, kann zu Hause zumindest einen groben Geruchstest selbst durchführen: In vier identischen Döschen werden gut unterscheidbare Geruchsträger wie

- Minze,
- Gewürznelken,
- Zitrone oder
- duftende Kosmetikprodukte platziert.

Diese werden von Menschen ohne Geruchseinschränkung in der Regel wahrgenommen. „Ähnlich kann man auch vorgehen, wenn der Geruchssinn nach einer Covid-19-Erkrankung nicht rasch wiederkehrt", sagt Hummel. Die Döschen dienten dann zum Riechtraining, welches nach und nach um schwierigere, dezentere Düfte erweitert werden könne. „Bei Riechstörungen anderer Ursache hat sich gezeigt, dass ein solches Training der Nase wieder auf die Sprünge helfen kann – und zugleich dem Nachlassen des Geruchssinns im Alter entgegenwirkt." Wer nach einer COVID-19-Infektion unter länger anhaltenden Geruchs- und Geschmacksstörungen leide, kann sich für ein Riechtraining an Riechsprechstunden von HNO-Kliniken wenden.

Quelle:
Hummel, T., et al., S., Störungen der Chemosensorik: Anosmie, Ageusie, in: Berlit P. et al., Neurologische Manifestationen bei COVID-19, S1-Leitlinie, Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 25.04.2021)

Anzeige

Neue Erkenntnisse zu Vorstufen der Zuckerkrankheit

Foto: AdobeStock/ Kurhan

Der „Altersdiabetes" (Typ-2-Diabetes) ist keine Erkrankung, die plötzlich entsteht. Meist entwickelt er sich über Jahre hinweg aus einer Vorstufe heraus, dem sogenannten Prädiabetes. Auch wenn der Betroffene selbst nichts merkt und die Blutzuckerwerte noch unter dem kritischen Diagnosewert liegen, ist die Regulation des Blutzuckerspiegels schon in dieser Phase leicht beeinträchtigt. Trotzdem bilden Menschen mit Prädiabetes keine einheitliche Gruppe, wie Forscher unter Leitung von Medizinern der Universitätsklinik Tübingen, in der Fachzeitschrift Nature Medicine schreiben. Im Rahmen einer Verlaufsuntersuchung über 25 Jahre konnten sie sechs Untertypen identifizieren, die sich bezogen auf Risikofaktoren, Krankheitsentstehung und Prognose deutlich unterscheiden. Daraus könnten sich wichtige Ansätze für individuell angepasste vorbeugende und therapeutische Maßnahmen ergeben.

Ein *Lebensstil* mit

- wenig Bewegung,
- viel sitzender Tätigkeit,
- unausgewogener Ernährung und
- Übergewicht

gilt als eine Ursache für den späten Typ-2-Diabetes. Seit Jahrzehnten steigt weltweit die Zahl der Betroffenen; allein in Deutschland sind mittlerweile mehr als acht Millionen Menschen von dieser einschneidenden Stoffwechselstörung betroffen. „Wie rasch sich aus einer Vorstufe ein bleibender Diabetes entwickelt und welches Risiko für Folgeerkrankungen besteht, ist jedoch von Patient zu Patient sehr unterschiedlich", so Professor Wagner vom Universitätsklinikum Tübingen. Die Studienteilnehmer mit hohem Diabetesrisiko konnten durch regelmäßige klinische, laborchemische sowie durch Kernspintomografie-Untersuchungen in Gruppen eingeteilt werden. „Neben bestimmten Werten des Zuckerstoffwechsels wurden auch die Insulinproduktion und -empfindlichkeit gemessen, sowie die Verteilung des Körperfetts, die Blutfettwerte und genetische Faktoren analysiert", erklärt Wagner die Kriterien der Langzeituntersuchung.

Nach den Daten der rund 900 Probanden konnten diese in sechs Untertypen, die sich durch ihre individuellen Risikofaktoren, den weiteren Krankheitsverlauf – also der Entwicklung einer Zuckerkrankheit (Diabetes) und dem Risiko für Folgeerkrankungen – deutlich unterschieden worden", so der Studienleiter, Professor Fritsche. Beispielsweise laufe nicht jeder Mensch mit Übergewicht automatisch auch Gefahr, einen bleibenden Diabetes zu entwickeln. „Erst die Kombination z.B. der Körperfettverteilung und der Insulinempfindlichkeit macht eine Voraussage möglich. Allein die Blutzuckerwerte, auf der die Diagnose der Erkrankung bzw. ihrer Vorstufen meist fußen, genügt nicht um einen späteren Diabetes bei den einzelnen Probanden sicher vorauszusagen." Die Studie zeigt damit deutlich, wie wichtig es ist, auch andere Kriterien neben den Blutzuckerspiegeln für eine sichere Voraussage zu nutzen. „Aufbauend auf diesen bahnbrechenden Ergebnissen können wir zukünftig Mechanismen und maßgeschneiderte therapeutische Strategien für die Erkennung von Hochrisikogruppen zu entwickeln", so Professor Birkenfeld.

Quelle:
Wagner, R., et al. Pathophysiology-based subphenotyping of individuals at elevated risk for type 2 diabetes. Nat Med 27, 49–57 (2021).

Eine Familie, ein Schicksal: Asthma als Teil des Alltags

„Manchmal hilft nur die Flucht ins Haus"

Das Gefühl, nicht genügend Luft zu bekommen, kennt Yvonne. nur zu gut. Sie lebt seit ihrer Kindheit mit Asthma, einer häufig unterschätzten Atemwegserkrankung, die in Notsituationen sogar Erstickungsanfälle auslösen kann. Inzwischen weiß die zweifache Mutter, wie sie solche Situationen vermeidet. Sie kennt das auch von ihren Eltern, die beide Asthmatiker sind und lebt es ebenso ihren beiden Kindern vor, ebenfalls Asthmatiker. Inhalative Medikamente helfen Yvonne dabei, gut durch den Tag zu kommen und mit ihrer Erkrankung umzugehen. Außerdem nutzt sie das Atemmessgerät Vivatmo me, um ihre Entzündungswerte der Lunge und die ihrer Kinder im Blick zu haben und um die Behandlung ihres Asthmas kontrollieren zu können.

Besonders in der Pollensaison können die Atemprobleme, die ihr Asthma dann verursacht, äußerst belastend für Yvonne sein. Häufig hat sie ein Gefühl der Beklemmung, dass im schlimmsten Fall zu Atemnot führen kann. Angefangen hat alles, als Yvonne ein Schulkind war. „Mit etwa sechs Jahren ging es bei mir mit Heuschnupfen los", erzählt Yvonne. „Ich erinnere mich besonders an ein Erlebnis. Als Kind wollte ich dem Mähdrescher bei der Getreideernte zuschauen. Der aufgewirbelte Staub verursachte bei mir urplötzlich schlimme Luftnot und Beklemmung. Das war keine schöne Erfahrung. Das will ich freiwillig nicht noch einmal erleben." So konnte Yvonne sich nie in oder direkt neben blühenden Wiesen oder Birken aufhalten.

Yvonne wurde auch häufig vom Schulsport befreit, da die Pollenbelastung auf dem Sportplatz für sie einfach zu belastend war. Auch heute geht es Yvonne bei Pollenflug oft schlecht: Das Atmen fällt ihr schwer, sie verspürt einen Druck auf der Brust und bekommt dann nur schlecht Luft.

„Wenn es mir zu viel wird und ich kaum atmen kann, muss ich einfach rein gehen, mein Notfallmedikament inhalieren und beruhige mich selbst mit Atemübungen oder lenke mich z.B. mit Nähen ab. So bekomme ich langsam mehr Luft und werde wieder ruhiger."

„An Tagen mit starkem Pollenflug inhaliere ich vorsichtshalber oft eine höhere Dosis meiner Medikamente – das ist nun nicht mehr nötig"

Wenn das Atmen ihr doch schwerfällt, nutzt Yvonne das Atemmessgerät *Vivatmo me* jetzt zuhause. Damit kann sie den Entzündungsmarker FeNO (Fraktioniertes exhaliertes d.h. ausgeatmetes Stickstoffmonoxid) in ihrer Ausatemluft bestimmen und kann so den „Entzündungszustand" ihrer Atemwege einschätzen.

Bisher hat Yvonne ihre Asthmamedikamente wie verordnet und angepasst nach ihrem persönlichen Empfinden inhaliert. Mit dem *Vivatmo me* hat sie seitdem die Häufigkeit der Inhalation ihrer Asthma-Medikamente anhand des selbstgemessenen FeNO-Wertes und in Absprache mit ihrem Arzt anzupasst, entsprechend den Messwerten. So kann sie auch mit gutem Gefühl ihre Medikamente wieder reduzieren, ohne dass es ihr dabei schlechter geht. „Die Messwerte geben mir jetzt mehr Sicherheit im Umgang mit meinem Asthma", meint Yvonne.

Asthma gehört weltweit zu den häufigsten chronischen Krankheiten und die Anlage wird oft vererbt. Hierbei unterscheidet man zwischen allergischem und nichtallergischem Asthma. Auch Yvonnes Kinder sind Asthmatiker und entwickeln gerade bei Infekten schwere Hustenanfälle und leiden dann auch unter Atemnot.

Um dann sicher zu gehen, ließ Yvonne ihre Kinder im Winter lieber häufiger vom Arzt abhorchen. Mit dem Atemmessgerät kann sie jetzt aber feststellen, ob eine Fahrt zum Kinderarzt unbedingt notwendig ist. „Als Mutter ist man ja doch recht hilflos, wenn die Kinder trotz Medikamenten pausenlos husten und dabei brodelnde Atemgeräusche haben", meint Yvonne. „Einen Arztbesuch ersetzt das Gerät zwar nicht, aber durch den Messwert kann ich die Situation besser einschätzen."

Strandklinik St. Peter-Ording

– Langjährige Erfahrung in der Rehabilitation von Erkrankungen der Lunge und der Atemwege

Foto: Strandklinik St. Peter-Ording

Die Strandklinik St. Peter-Ording liegt am Rande der Halbinsel Eiderstedt, direkt am Nationalpark Schleswig-Holsteinisches Wattenmeer, ca. 45 Kilometer von Husum entfernt. Sie profitiert in dieser Lage von den positiven gesundheitsfördernden Effekten der natürlichen Umgebung, insbesondere des Klimas an der Nordsee. Die Strandklinik kann auf eine mehr als 30-jährige Erfahrung in der Rehabilitation von Patienten mit Erkrankungen der Lunge und Atemwege zurückblicken. Sie hat es sich zur Aufgabe gemacht, krankheitsbedingte Einschränkungen der Funktion der Atmungsorgane, der körperlichen Belastbarkeit und der gesellschaftlichen Teilhabe zu verbessern zu behandeln. Unsere Therapiekonzepte verfolgen dabei eine ganzheitlichen Ansatz, bei dem neben individuellen Bedingungen auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen umfassend berücksichtigt werden.

Bei der Verwirklichung der krankheitsspezifischen und individuellen Rehabilitationsziele werden die Patienten von unterschiedlichen Berufsgruppen unterstützt: Neben dem Ärzteteam, bei dem es sich überwiegend um Fachärzte für Innere Medizin, Pneumologie und/oder Allgemeinmedizin handelt, sind dies in der Therapie pneumologischer Krankheitsbilder geschulte Pflegekräfte, Atemwegstherapeuten, Sport- und Physiotherapeuten sowie Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und weitere fachspezifische Berufsgruppen.

Die pneumologische Abteilung der Strandklinik St. Peter-Ording verfügt über rund 100 Einzelzimmer. Es stehen behindertengerechte Zimmer zur Verfügung, die auch die Aufnahme einer Begleitperson ermöglichen. Die Gestaltung der Zimmer berücksichtigt dabei auch die besonderen hygienischen Anforderungen in der Pneumologie. Die Klinik verfügt über umfangreiche diagnostische Möglichkeiten, u.a. eigenes Labor und eine Röntgenabteilung, eine umfassende Lungenfunktionsdiagnostik inkl. Ergospirometrie sowie Sonographie und Echokardiographie. Es besteht eine intensive Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen der Klinik, so dass auch die häufigen Begleiterkrankungen aus den Fachgebieten der Dermatologie, Orthopädie und Psychosomatik in unserer Klinik mitbehandelt werden können.

Von großer Bedeutung bei der pflegerischen und ärztlichen Betreuung unserer Patienten ist die gemeinsame Erarbeitung von individuellen Therapiezielen der

Rehabilitation. Eine langfristig erfolgreiche Rehabilitation bedeutet, das in der stationären Behandlung Erreichte im Alltag fortzusetzen und weiter zu festigen. Daher ist ein zentraler Bestandteil unseres Rehabilitationskonzeptes die aktive Teilnahme am individuellen Gesundheitstraining und an krankheitsspezifischen Patientenschulungen. Es werden strukturierte Schulungsprogramme für die Atemwegserkrankungen Asthma bronchiale und COPD sowie für Mukoviszidose-Patienten im Erwachsenenalter angeboten. Die Therapie der Mukoviszidose ist dabei ein weiterer medizinischer Schwerpunkt unserer Klinik. Darüber hinaus gibt es intensive Raucherentwöhnungskurse, Vorträge zu einer sinnvollen Ernährungsumstellung und Gruppenveranstaltungen zu vielfältigen gesundheitsfördernden Themen. In Folge der aktuellen Corona-Pandemie wird für genesene Covid-19-Patienten, die weiter an relevanten gesundheitlichen Einschränkungen (Long-Covid-Syndrom) leiden, ein spezielles strukturiertes Behandlungsprogramm durchgeführt.

Neben einer krankheitsspezifischen Patientenschulung sind die krankengymnastische Atemtherapie und das Ausdauer- und Krafttraining wesentliche Bausteine in der Rehabilitation von Lungen- und Atemwegserkrankungen. Die krankengymnastische Atemtherapie erfolgt dabei in, je nach Leistungsvermögen, abgestuften Gruppen. Weiterhin besteht die Möglichkeit der Einzeltherapie bei Patienten, die schwergradig eingeschränkt sind oder spezielle Anforderungen an die Behandlung aufweisen.

Patienten mit einer Sauerstofflangzeittherapie erhalten in der Strandklinik ihren Flüssigsauerstoff weiter und werden bei der Optimierung ihrer Sauerstofflangzeittherapie unterstützt. Geräte und Zubehör der nicht-invasiven Heimbeatmung müssen zur Rehabilitationsbehandlung mitgebracht werden. Der Therapieeffekt einer nichtinvasiven Beatmung (NIV) kann im Rahmen des Rehabilitationsaufenthaltes überprüft und ggf. die Beatmungstherapie optimiert werden.

Im Folgenden werden noch einmal die Hauptdiagnosen der pneumologischen Rehabilitation mit ihren Therapiezielen und wesentlichen Therapieelementen dargestellt. Die obstruktiven Atemwegserkrankungen Asthma und COPD stellen dabei den überwiegenden Anteil unserer Patienten in der Strandklinik. Eine weitere Hauptgruppe sind die erwachsenen Mukoviszidose-Patienten, bei deren Rehabilitation besonders hohe hygienische Anforderungen berücksichtigt werden müssen. Weitere Schwerpunkte sind die Gruppe der fibrosierenden Lungenerkrankungen, die Rehabilitation von Patienten mit behandeltem Bronchialkarzinom, nach thoraxchirurgischen Eingriffen oder nach schweren Lungenentzündungen. Aktuell betrifft dies insbesondere Patienten nach Covid 19.

Für Patienten mit Asthma bronchiale ist es besonders wichtig, durch die richtige medikamentöse Einstellung und ihre Akzeptanz eine stabile und dauerhafte Asthmakontrolle zu erreichen. Wesentliche Behandlungselemente sind daher das Erlernen der Selbstkontrolle der Erkrankung, das Verständnis für vorbeugende Maßnahmen und für die medikamentöse Therapie sowie ihre Anpassung an akute Krankheitsverläufe. Besonderes Augenmerk wird darauf gelegt, einen drohenden Asthmaanfall (Exazerbation) rechtzeitig zu erkennen, ihn möglichst zu vermeiden und die erforderliche medikamentöse Therapie ggf. selbständig anzupassen.

Bei Patienten mit COPD zielt die Rehabilitation darauf, die vorhandenen Lungenveränderungen ((Emphysem und Verengung und Instabilität der Bronchien) zu begrenzen und die aus den Lungenfunktionseinschränkungen resultierenden Einbußen an Lebensqualität und körperlicher Belastbarkeit bestmöglich zu kompensieren. Wenn COPD-Patienten noch rauchen sollten, werden sie bei der Nikotinentwöhnung aktiv unterstützt und in intensive Raucherentwöhnungskurse einbezogen. Eine Erkrankung an COPD hat nicht selten psychische Beeinträchtigungen wie Angst und Depression zur Folge. Daher legen wir besonderes Augenmerk auf die Krankheitsbewältigung mit Hilfe einer stützenden Psychotherapie. Da die COPD oft zu deutlichen Leistungseinschränkungen führt, kommt der medizinischen Trainingstherapie große Bedeutung zu. Das Training erfolgt überwiegend in supervidierten Gruppen. Der Klinik stehen seit dem vergangenen Jahr hierfür zwei Trainingsräume zur Verfügung, in denen sowohl die freie Trainingstherapie als auch ein angeleitetes Training durchgeführt werden.

Bei der Mukoviszidose handelt es sich um eine erblich bedingte Stoffwechselerkrankung, von der etwa 8000 Menschen in Deutschland betroffen sind. Aufgrund eines Gendefektes wird von schleimproduzierenden Zellen in den Atemwegen und den Verdauungsorganen ein krankhaft zähes Sekret (Schleim) produziert. Dieses verursacht bereits bei Säuglingen und Kleinkindern andauernde und schwerwiegende bakteriellen Infektionen der Lunge sowie auch Störungen in der Verdauung. Weitere Organe wie die Leber, können

betroffen sein. Durch deutliche Fortschritte in der medikamentösen Behandlung und durch rehabilitative Maßnahme ist es in den letzten Jahrzehnten gelungen, die Lebenserwartung dieser Patienten so stark zu verbessern, dass die meisten Betroffenen heutzutage das Erwachsenenalter erreichen und eine deutlich bessere Lebensqualität gewinnen als noch vor wenigen Jahrzehnten. Die Strandklinik hat es sich zur Aufgabe gemacht, den erwachsenen Mukoviszidose-Patienten ein auf die besonderen Anforderungen spezialisiertes Therapieangebot zu machen.

Für Patienten, die an Lungenkrebs erkrankt sind, gibt es gezielte Gesprächsangebote in einer Kleingruppe. Die weiteren Therapieelemente richten sich danach, welche Krankheitsfolgen der Krebs und die jeweilige Therapie für die Betroffenen haben.

Unter den fibrosierenden Lungenerkrankungen fasst man unterschiedliche Krankheitsbilder zusammen, die dazu führen, dass sich durch Entzündungsprozesse Bindegewebsfasern in der Lunge vermehren und so das Lungengewebe zunehmend versteift wird mit der Folge einer erschwerten Atemarbeit und einer zunehmend reduzierten Sauerstoffaufnahme aus den Lungenbläschen in die Blutbahn. Da die Ursachen und auch die Auswirkungen einer Lungenfibrose sehr unterschiedlich sein können, erfolgt das Behandlungskonzept individuell ausgerichtet an den Besonderheiten der jeweiligen Krankheit und den hierdurch bedingten Einschränkungen der Betroffenen.

Die Strandklinik hat bereits frühzeitig auf die neuen Anforderungen durch die Corona-Pandemie reagiert. Im ersten Lockdown im Frühjahr 2020 hat die Klinik Betten für die akute Weiterversorgung von Patienten zu Verfügung gestellt, die zuvor intensivmedizinisch behandelt wurden. Seit dem letzten Jahreswechsel bietet die Strandklinik ein Therapiekonzept für Patienten mit einer überstandenen COVID-19-Infektion an, die noch unter ihren Folgeerscheinungen leiden. Die Betroffenen haben oft noch Belastungsluftnot, eine eingeschränkte Lungenfunktion, verspüren lähmende Müdigkeit und und haben Störungen der Konzentrations- und Merkfähigkeit. Bei der Betreuung dieser Patientengruppen arbeitet die pneumologische Abteilung eng mit der Abteilung Psychosomatik unserer Klinik zusammen.

Für die wichtigen Anforderungen der pneumologischen Rehabilitation gibt es eine enge Kooperation der Strandklinik mit Selbsthilfeverbänden und eine Vernetzung innerhalb der pneumologischen Fachgesellschaft sowie mit anderen pneumologischen Rehabilitationskliniken, um so erforderliche Behandlungskonzepte weiterzuentwickeln und die Rehabilitation auf dringende Anforderungen, wie sie aktuell die Corona-Pandemie stellt, anzupassen.

Eine gelungene Rehabilitationsnachsorge bedeutet, die Betroffenen gut auf die Zeit nach der Rehabilitation vorzubereiten, sie über Unterstützungsangebote sowohl durch die Rentenversicherung als auch die gesetzliche Krankenversicherung zu informieren und diese auch beantragen zu können und die vielfältigen Selbsthilfeangebote zu nutzen. Neben den Ärzten und dem Pflegedienst, die den Patienten abschließend über die weitere notwendige Medikation inkl. dem Gebrauch der Notfallmedikamente sowie eine sinnvolle und erforderliche Hilfsmittelversorgung und weitere medizinische Behandlungsmöglichkeiten informieren, geben Trainingstherapeuten und Physiotherapeuten wichtige Tipps und Hilfestellungen für die erfolgreiche Fortsetzung der Behandlung daheim. Der Sozialdienst kümmert sich um die Vermittlung von Nachsorgeprogrammen oder um Aspekte der beruflichen Rehabilitation. Ziel all dieser Bemühungen muss dabei immer die Stärkung der individuellen Krankheitskompetenz und der aktiven Selbsthilfe mit der Vernetzung der Betroffenen sein. Nur so können letztendlich lang anhaltende Therapieeffekte der Rehabilitation gesichert werden.

STRANDKLINIK
ST. PETER-ORDING
Wissen, was dem Menschen dient.

Autor:

Dr. Stefan Dewey
Arzt für Innere Medizin,
Pneumologie. Allergologie
Strandklinik St. Peter Ording
Fachklinik für Pneumologie,
Dermatologie,
Psychosomatik und Orthopädie
Fritz-Wischer-Straße 3
25826 St. Peter Ording

Asthma-Aktivisten:
Zeit für Veränderung

Nur Asthma-Betroffene wissen, wie sich das Asthma auf den Alltag, den Beruf oder Freizeitaktivitäten auswirken kann. Die Erkrankung kann viele Bereiche des Lebens beeinflussen. Da ist es verständlich, dass sich Menschen mit Asthma oft weniger zutrauen und sich sogar aus dem sozialen Leben zurückziehen. Grund genug für Sanofi Genzyme am Welt-Asthma-Tag die Initiative Asthma-Aktivisten ins Leben zu rufen. Die Asthma-Aktivisten wollen Menschen mit Asthma in ihrem Selbstbewusstsein stärken und Mut machen, das Leben in die Hand zu nehmen. Gelingen soll das durch einen Filmtrailer, einen @Asthma_Aktivisten Instagram-Kanal und eine neue Website asthma-aktivisten.de.

Asthma ist eine soziale Angelegenheit

Hintergrund ist eine von Sanofi Genzyme beauftragte Umfrage* unter Menschen mit unkontrolliertem Asthma. Die Ergebnisse sprechen für sich:

- 40 % der Befragten sind überzeugt, dass Menschen mit Asthma in Film und Literatur meist als kränklich oder schwach dargestellt werden.*
- Fast die Hälfte versucht ihr Asthma zu verstecken (46 %), um nicht als „anders“ wahrgenommen zu werden.**

Die Asthma-Aktivisten möchten das ändern und Betroffene ermutigen, ihr Leben wieder aktiv und selbstbestimmt zu gestalten.

Eine Plattform, um Menschen mit Asthma stark zu machen

Um Betroffenen zu zeigen, dass ein aktives Leben auch mit (schwerem) Asthma möglich ist und auch Menschen ohne Asthma für die Erkrankung zu sensibilisieren, wurde ein Filmtrailer produziert, der bewegt. Er zeigt das gängige Klischee, in dem Menschen mit Asthma immer nur die Nebenrolle spielen. Aber er zeigt auch, wie das Leben aussehen kann, wenn Selbstzweifel überwunden werden.

Im Zentrum der Initiative steht die Website www.asthma-aktivisten.de, die regelmäßig neue Themen aufgreifen wird. Dort gibt es unter anderem nützliche Informationen eines Privatdozenten zum Thema Rechte am Arbeitsplatz, hilfreiche Tricks für mehr Eigenmotivation und praktische Tipps einer Lungenfachärztin für das Gespräch mit dem Arzt wie beispielsweise:

- Notiere alle Fragen, die Du zu Deinem Asthma hast.
- Beschreibe den Verlauf Deines Asthmas und mache regelmäßig einen Asthma-Selbsttest (z. B. auf www.asthma-aktivisten.de).
- Erstelle eine Liste mit allen Medikamenten, die Du regelmäßig anwendest.

Bei den ersten aktiven Schritten unterstützen die Asthma-Aktivisten mit interaktiven Elementen wie beispielsweise einem Motivationsrad. Die Beiträge entstehen größtenteils in Zusammenarbeit mit Ärzten, Experten und/oder Betroffenen mit Asthma. Dabei schreiben sich alle Asthma-Aktivisten auf die Fahne: Habe den Mut, Asthma besser kennenzulernen. Asthma-Aktivisten sind aber nicht nur Menschen mit Asthma. Es sind auch Menschen, die sich über die Erkrankung informieren und andere Betroffene ermutigen, ihr Leben aktiv selbst in die Hand zu nehmen.

Jetzt QR-Code scannen und mehr erfahren.

* *Umfrage unter 306 Patienten (51 % Männer, 49 % Frauen) mit unkontrolliertem Asthma, wie schwerwiegend der Einfluss der Erkrankung auf ihren Alltag ist. 67 % der Teilnehmer waren über 40 Jahre alt. Die Mehrzahl der Befragten erhielt inhalative Kortikosteroide und mindestens eine weitere Erhaltungstherapie zur Behandlung des Asthmas; rund ein Drittel wurde mit einem Biologikum behandelt.*

** *Die Frage wurde von 144 Teilnehmern beantwortet.*

Sanofi Genzyme und Regeneron haben sich verpflichtet, die Erforschung neuer Medikamente für Patienten mit Erkrankungen mit Typ-2-Inflammation voranzutreiben.

MAT-DE-2102447-1.0-05/2021

Assistenzhundeausbildung für Menschen mit körperlicher Behinderung

Mehr Selbstständigkeit im Alltag

Foto: F. Koark

Es gibt nicht viele Dinge, die wichtiger sind als Selbstständigkeit im Alltag. Diese ist für viele Menschen mit Behinderung jedoch eingeschränkt. Hunde für Handicaps e.V. bildet seit 30 Jahren Assistenzhunde, für genau jene Menschen aus. Diese „Helfer auf 4 Pfoten" sind speziell auf ihre Bedürfnisse indviduell ausgebildete Assistenzhunde. Dadurch sind mehr Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag möglich.

Mit ihrem Assistenzhund „Snickers" wird Jasmin Stoiber, die am seltenen Ehlers-Danlos Syndrom erkrankt ist, die Chance geboten, mit weniger menschlicher Hilfe im Alltag zurechtzukommen.

Assistenzhunde wie Snickers erlernen z.B. das Öffnen und Schließen von Türen, das Betätigen von Lichtschaltern, das Ein- und Ausräumen der Waschmaschine und das Ausziehen von Schuhen und Kleidung. Aber auch Botengänge, das Tragen von Packtaschen und „Hilfe holen im Notfall" sind Hilfeleistungen, die Betroffenen mehr Selbstständigkeit und Sicherheit im Alltag ermöglichen. Eine ganz wichtige, oft unterschätzte Aufgabe ist zudem, das Aufheben von Gegenständen von der Büroklammer bis hin zur Unterarmgehstütze. Denn wie oft fällt einem im Alltag etwas herunter und wenn dieser Gegenstand dann noch in eine Ecke oder unter den Tisch rollt merkt man erst, dass man diesen selbst nicht mehr aufheben kann.

Hunde für Handicaps ist Wegbereiter für die Ausbildung von Assistenzhunden

Gegründet wurde „Hunde für Handicaps e.V." vor genau 30 Jahren im Mai 1991 in Berlin, ihre heutige 1. Vorsitzende, Sabine Häcker stieß kurze Zeit später zum Verein. Bereits zu Schulzeiten hatte die gebürtige Baden-Württembergerin die Idee, Hunde als Assistenten für Menschen mit Handicap auszubilden. Den Anstoß gab eine querschnittsgelähmte Freundin. „Wenn ich im Rollstuhl säße, dann hätte ich einen Hund, der mich unterstützt. Das war so meine fixe Idee", erinnert sie sich. Üblich war das in den 80er-Jahren noch nicht. „Hunde wurden damals eher im Zwinger als in der Wohnung gehalten. Der klassische Hofhund lag an der Kette und hat gebellt.

Als sie mit unserem Verein Hunde für Handicaps in Kontakt kam, war sie sofort begeistert. Gemeinsam mit anderen Mitgliedern erarbeitete sie im Lauf der Jahre Trainingskonzepte, die exakt auf die Bedürfnisse

der jeweiligen Menschen abgestimmt sind. „Wir sind aus der Selbsthilfe heraus entstanden", sagt Häcker. „Oft gibt es Menschen mit Behinderung, die ihre Geschicke selbst in die Hand nehmen wollen."

So erarbeitete der Verein und seine Trainerinnen in jetzt 30 Jahren Kompetenz für eine Ausbildung von Assistenzhunden und wurde schließlich akkreditiertes Mitglied bei Assistance Dog Europe (ADEu), ein Zeichen europaweiter Anerkennung.

Auf Spenden angewiesen: Einen Hund auszubilden kostet allerdings 23.000 Euro

Etwa 2 bis 3 Jahre dauert es insgesamt, bis ein Hund ausgebildet ist. Unser Verein kauft Welpen nur von ausgewählten Züchtern, die wohlbehütet dann durch erfahrene Trainer, in ihren Patenfamilien für ein Jahr aufwachsen. Im ersten Lebensjahr lernen sie die Welt kennen und meistern und werden individuell gefördert. Im Alter von einem Jahr werden sie auf ihre gesundheitliche Eignung untersucht.

Leider sind nicht alle Hunde als Assistenzhunde geeignet. Gründe sind z.B.:

- Unsicherheit in Stresssituationen,
- Jagdtrieb,
- Geräuschempfindlichkeit,
- Hund-Hund-Probleme oder aber
- ihre gesundheitlichen Probleme wie z.B. eine Hüftdysplasie (HD).

Die Ansprüche an einen Assistenzhund sind deutlich höher als an einen Familienhund. Sind die Hunde aber geeignet, folgt die Spezialausbildung durch einen erfahrenen Trainer. Dabei können sie direkt ihren späteren Teampartner kennenlernen und trainieren gemeinsam mit diesem und ihrem Trainer spätere Assistenzleistungen. Aber auch Menschen mit Behinderung, die bereits einen Hund haben, können sich an den Verein wenden und ihn dann gemeinsam nach ihren individuellen Bedürfnissen ausbilden lassen. Am Ende der Ausbildung steht bei allen Hunden die BHV Assistenzhunde-Teamprüfung bei einem externen IHK-zertifiziertem Prüfer. Die Gesamtkosten für diese zeit- und aufwendige Ausbildung liegen oft bei mehr als 20.000 Euro.

Unser Verein unterstützt die zukünftigen Hundehalter aber bei der Spendenakquise. Die zukünftigen Halter der Assistenzhunde sollen beispielsweise auch in Social-Media-Kampagnen werben. Im Idealfall können sie den Hund im Anschluss selbst unterhalten. Leider sei das nicht immer der Fall, sagt Häcker. „Das ist oft

ein Riesenproblem für Menschen, die von einer kleinen Rente oder von Grundsicherung leben. Das bringt sie in prekäre Situationen. Auch deshalb engagieren wir uns für die rechtliche Anerkennung und für die Übernahme der Kosten." Anspruch auf finanzielle Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen für einen Assistenzhund haben bisher nur blinde oder schwerst sehbehinderte Menschen.

Welcher Hund sich zur Ausbildung zum Assistenzhund eignet entscheidet letztlich der Charakter und nicht die Rasse. „Retriever-Rassen sind seit Generationen zum Apportieren trainiert", sagt Häcker. Grundsätzlich komme es aber auf das Wesen des Hundes an. „Wir suchen Hunde aus, die z.B. mit städtischen Herausforderungen umgehen können, ohne ängstlich zu sein. Sie müssen mit Menschen und anderen Hunden sicher umgehen können und freundlich sein, oder wie wir sagen eine „entspannte Kaltschnäuzigkeit" haben".

Ein persönliches Kennenlernen ist wichtig, um Möglichkeiten auszuloten. „Die Chemie muss stimmen, sonst werden Hund und Mensch nicht glücklich miteinander", so Sabine Häcker.

Anmerkung: Im Jahr 2020 wurde Sabine Häcker, als 1. Vorsitzende, zur GOLDENEN BILD der FRAU nominiert. Diese wird im Oktober in Hamburg verliehen. Die GOLDENE BILD der FRAU unterstützt „Hunde für Handicaps" und jedes weitere ausgezeichnete Projekt einmalig mit 10.000 Euro. Noch bis zum 20. Oktober 2021 können so Leserinnen und Leser unter www.goldenebildderfrau.de/gala-2020/ abstimmen, wer zusätzlich den mit 30.000 Euro dotierten Leserpreis erhält. Wenn Sie uns unterstützen wollen, voten Sie für uns. Danke!

Mehr Informationen unter
info@hundefuerhandicaps.de oder aber
telefonisch bei unserer Trainingskoordinatorin
Frau Gerke unter 030- 42 08 74 00.

Foto: AdobeStock / magele-picture

Die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung (DZG) forschen deutschlandweit gemeinsam

Wesentliches Ziel des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung ist es, die besonders häufigen Krankheiten – die „Volkskrankheiten" – künftig wirksamer zu bekämpfen. Mit dem Aufbau der Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung seit 2011 als langfristig angelegte, gleichberechtigte Partnerschaften von außeruniversitären Forschungseinrichtungen mit Universitäten und Universitätskliniken schafft das **B**undes**m**inisterium für **B**ildung und **F**orschung (**BMBF**) dafür die Voraussetzungen. Die sechs Zentren mit mehr als 80 Standorten der Gesundheitsforschung arbeiten eng zusammen, um Erfahrungen schnell auszutauschen und so Synergien zu nutzen.

Künftiger aussichtsreicher Therapieansatz bei COPD

In einem Mausmodell ist einem internationalen Team die Heilung der Chronisch Obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) gelungen. Die große Herausforderung dabei ist, dass die entstandenen Gewebeschäden, bis hin zum Emphysem, bis heute irreparabel sind. Das Lungengewebe kann sich daher nicht aus eigener Kraft erneuern. Durch die Blockierung der Signalwege des Lymphotoxin-Beta-Rezeptors in der Lunge von „COPD-Mäusen" ist nun dies gelungen. Dieser Ansatz zeigte bereits 2009 Erfolge bei dem Versuch, chronische Entzündungen und die krankhafte Bindegewebsentzündung in der Leber (Fibrose) zu verhindern. Tatsächlich gibt es viele Parallelen zwischen der Entstehung von Krankheiten in der Leber und in der Lunge. Ziel der Forscherinnen und Forscher ist es, diesen neuen Therapieansatz in den kommenden Jahren erstmals in klinischen Studien beim Menschen zu untersuchen.

Quelle: Deutsches Zentrum für Lungenforschung (DZL)

Antikörper gegen das COVID-19-Virus wird klinisch geprüft

Eine wichtige Strategie im Kampf gegen eine Erkrankung an COVID-19 sind neutralisierende Antikörper. Sie können die Viren gezielt ausschalten und haben damit das Potenzial, wirksam vor der Erkrankung und zur Behandlung eingesetzt zu werden. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Deutschen Zentrums für Infektionsforschung (DZIF) ist es nun gemeinsam mit Boehringer Ingelheim gelungen, einen neuen Antikörper aus dem Blut von genesenen COVID-19-Patienten zu isolieren und weiterzuentwickeln. In ersten vorklinischen Tests macht dieser Antikörper das SARS-Coronavirus-2 unschädlich. Klinische Studien haben bereits begonnen.

Quelle: Deutsches Zentrum für Infektionsforschung (DZIF)

COVID-19: Grundstein für passive Impfung

Forschende des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen DZNE und der Charité – Universitätsmedizin Berlin, arbeiten geneinsam mit

der Firma Miltenyi Biotec an einer passiven Impfung gegen das Coronavirus COVID-19. Grundlage dafür sind hochwirksame Antikörper, die aus dem Blut Genesener isoliert wurden. Diese werden dann künstlich hergestellt (sogenannte monoklonale Antikörper) und sollen nach ihrer Verabreichung verhindern, dass das Virus menschliche Körperzellen befällt. Neben der Behandlung von Erkrankten im Frühstadium soll auch der Schutz von Personen, die Kontakt zu Infizierten hatten, untersucht werden. Die klinische Erprobung ist in Vorbereitung.

Quelle: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)

Der lange Weg bis zur Alzheimer-Demenz

Eine Alzheimer-Erkrankung entwickelt sich über Jahrzehnte. Sie beginnt mit einer anfangs unmerklichen fatalen Kettenreaktion, ausgelöst von sogenannten Beta-Amyloid-Proteinen, die das Gehirn schließlich regelrecht überschwemmen. Forschende am DZNE und am Hertie-Institut für klinische Hirnforschung, Tübingen, konnten nachweisen, dass diese Vorgänge – zumindest bei Mäusen – sehr viel früher beginnen als bisher angenommen. Demnach gibt es neben der bekannten Frühphase der Erkrankung mit Eiweiß-(Protein-)Ablagerungen (aber ohne Anzeichen einer Demenz-Erkrankung) eine noch viel frühere Phase, in der winzige Verklumpungen eine Kettenreaktion in Gang setzen. Die Forscher hoffen nun, diese mithilfe eines speziellen Antikörpers einzufangen und untersuchen zu können – um so mehr über den Beginn dieser Erkrankung zu erfahren.

Quelle: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)

Herzschwäche jetzt mit Echtzeit-MRT (Magnetresonanztomographie) erkennbar

Eine bestimmte Form der Herzschwäche (Herzinsuffizienz), die diastolische Herzschwäche, kann bisher nur unter Belastung festgestellt werden. Dies ist nun auch mit dem sogenannten Echtzeit-MRT möglich. Bei dieser Untersuchung kann der Patient im Gerät liegend Fahrrad fahren und muss auch nicht mehr die Luft anhalten. Bislang wird diese Belastungsuntersuchung mit einem minimalinvasiven Herzkatheter durchgeführt. Eine klinische Studie konnte zeigen, das das Echtzeit-MRT eine schonende Alternative dazu darstellt.

Quelle: Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK), Göttingen

Fotos Hintergrund: AdobeStock / Rawpixel.com, kandeliya_rosy, Andreas Prott

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

Mein „neues" Leben nach der rettenden Lungentransplantation und „meine Begegnungen" mit dem Corona-Virus

von J. Frischmann

Ich und meine „Grundnahrungsmittel"

Nachdem mir am 11. Juni 2020 in der Uniklinik Gießen endlich eine neue Lunge transplantiert wurde, musste ich direkt im Anschluss daran eine Lungenembolie überstehen. Diese habe ich glücklicherweise einigermaßen gut hinter mich gebracht und durfte dann am 3. August wieder nach Hause. Dort konnte ich mich erst einmal von allen Strapazen erholen und habe dann bis zum 13. September an einer ambulanten Physiotherapie mit Gerätetraining teilgenommen. Dies war dringend nötig, um meine restliche Muskulatur wieder aufzubauen, die durch das wochenlange Liegen vor und nach der Lungentransplantation fast völlig verschwunden war.

Wie wir Alle, erfuhr auch ich bereits Ende 2019 etwas von einem neuen Virus in Wuhan. Doch das war zu diesem Zeitpunkt noch weit weg von uns in China und somit kein Grund wirklich besorgt zu sein. Zumindest dachten wir das, doch am 27. Januar 2020 war dann der erste Patient mit dem COVID-19-Virus in Deutschland infiziert und dann dauerte es auch nicht lange, bis ich meine persönlichen Erfahrungen mit dem Virus machen konnte. Mein erstes Erlebnis hatte ich bereits im März 2020. Ich trat meine Reha-Behandlung in der „Schön-Klinik Berchtesgadener Land" an. Dort kamen als erstes eine Ärztin und ein Pfleger mit Schutzanzug und Masken verkleidet zu mir ins Zimmer. Sie sagten mir, dass eine der mich behandelnden Therapeutinnen positiv auf das neue Virus getestet war. Daraufhin stand ich sofort sieben Tage lang unter Quarantäne. Als diese endlich vorbei war, musste ich ohne jede weitere Anwendung umgehend wieder nach Hause. Wegen der festgestellten Infektion waren in der Klinik damals absolut keine Rehamaßnahmen mehr möglich.

Einige Monate später kam ich erneut zur Reha in die Schön-Klinik. Zuerst musste ich vorsorglich die ersten zwei Tage in Quarantäne. Mein Corona-Test wurde wegen der überlasteten Labore nicht sofort bearbeitet. Nachdem ich negativ getestet war, nahm ich schließlich zehn Tage lang an den Reha-Behandlungen teil. Dann wurde über mich wieder eine zweitägige Quarantäne verhängt. Grund: Mein letzter routinemäßig durchgeführter Test war nicht mehr auffindbar und ein nächster Test erst am darauffolgenden Montag möglich. Im Verlauf meines Aufenthaltes stellten sich bei mir schwere Probleme mit der Nierenfunktion ein. Das hieß: Ab ins Nierenzentrum der Uniklinik Gießen. Auf der Fahrt dorthin kam mir im Krankentransport nach Gießen die Strecke etwas verdächtig vor. Sicherheitshalber fragte ich nach dem Ziel unserer Reise. Wir waren gerade auf dem Weg nach Marburg. Die Erklärung war einfach. Das Ziel, abgekürzt UKGM (Uniklinikum Gießen/Marburg) steht nämlich für beide Standorte. Der Fahrer hatte sich eben für Marburg als Ziel entschieden. Gut, dass er wenigstens nicht UKE gehört hatte, dann wäre ich in Hamburg-Eppendorf gelandet.

Endlich doch in Gießen angekommen, wurde ich eingehend untersucht und muss nun seitdem dreimal in der Woche zur Dialyse. Auf meinen Rundgängen durch die attraktiven Krankenhausflure, war ich wegen einer neu aufgetretenen Fußheberschwäche, bedingt durch eine durch das lange Liegen verursachte Nervenschädigung, dort immer wieder umgeknickt und gestürzt. Um dies zu vermeiden, trage ich seitdem eine Peroneusschiene, die meinen Fuß stützt und in der richtigen Position hält. Schließlich durfte ich nach diesen Erlebnissen wieder nach Hause gefahren werden. Doch

„Pleiten, Pech und Pannen" verließen mich nicht. Ein Taxifahrer holte mich auf Station ab. Ich bat ihn noch, mit meinem Koffer voran zu gehen. Als ich dann kurz darauf „rollatorschnell" selbst beim Taxi ankam, fragte ich nochmals, ob mein Koffer schon eingeladen sei. Er bejahte dies und wir fuhren los. Kurz vor Frankfurt ein Anruf auf meinem Handy. Die Uniklinik Gießen wollte, dass ich endlich zum bestellten Taxi käme. Der Fahrer würde schon eine Weile auf mich warten. Der Taxifahrer, der mich inzwischen Richtung Wiesbaden fuhr, war nicht der bestellte und mein Koffer war auch noch in Gießen. Also ging es wieder zurück zur Uniklinik, wo der „richtige" Taxifahrer mich in Empfang nahm und wir fuhren endlich mit meinem Koffer nach Wiesbaden.

Aber schon nach nur zwei Wochen musste ich aufgrund meiner verschlechterten Nierenwerte erneut in Gießen stationär aufgenommen werden. Bei der Aufnahme erfolgte routinemäßig meine Corona-Testung. Das Ergebnis war negativ. Aber am darauffolgenden Freitag, als ich zur Dialyse sollte, war das Testergebnis plötzlich POSITIV! – und das am 18. Dezember - so kurz vor Weihnachten. Die Auswirkungen waren erheblich. Ab sofort musste ich zur Dialyse dann in ein Zentrum, das auch „Corona-Patienten" behandelte. Mit der Folge, wieder wochenlang zu Hause bleiben zu müssen. Was meiner schwachen Muskulatur nicht gut bekam, denn unter Quarantäne konnte ich natürlich nicht zur Physiotherapie gehen. So habe ich mir einen Hometrainer gekauft, um zumindest einen Teil der Übungen gegen meinen Muskelschwund zu Hause ausführen zu können. Aber ich hatte auch Glück.

Die Corona-Infektion verlief bei mir ohne große Nebenwirkungen und Folgen. Dafür war die Dauer erschreckend: Ganze 14 Wochen war ich positiv! Das Virus fühlte sich scheinbar sehr wohl bei mir.

So kann ich sagen, die Zeit nach meinem zweiten Geburtstag durch die lebensrettende Lungentransplantation war und ist ein ständiges Auf und Ab. Es gibt immer wieder neue Herausforderungen. Die langen Krankenhausaufenthalte, meine Anläufe zu einer Reha, das mir „sehr treue" Corona-Virus, meine neu aufgetretene und behandlungsbedürftige Zuckerkrankheit, die Vielzahl der jetzt einzunehmenden Medikamente (siehe Bild) und die ständigen Dialysen sind wirklich nicht ohne. Inzwischen konnte ich auch nahezu nicht mehr lesen und verwechselte daher zwei Wochen ein Medikament. Nach zwei Operationen am Grauen Star, wozu ich aber erst einmal coronafrei werden musste, ist dieses glücklicherweise wieder möglich. TROTZDEM!!! Alles in Allem hatte ich dennoch riesiges Glück. Schließlich haben im Jahr 2020 nur 344 Menschen in Deutschland eine Spenderlunge erhalten. Ich bin einer der Glücklichen! Mein Wunsch für Sie: Bleiben Sie Corona-negativ!

Der Autor:
Jürgen Frischmann

stellvertretender
Vorsitzender der DPLA

Foto: privat

Anzeige

Selbsthilfe in Deutschland – eine Erfolgsgeschichte

von Dipl.-Psych. J. Matzat

Foto: AdobeStock / XtravaganT

Bei gesellschaftlichen Prozessen und sozialen Bewegungen ist es immer umstritten, wann man ihren Beginn datiert. Immer gibt es schon etwas, das zuvor bereits bestand und das die Entstehung des Neuen begünstigte. Die Selbsthilfe-Bewegung, wie wir sie heute in Deutschland kennen, entfaltete sich in den 1970er- und 1980er-Jahren. Zuvor gab es schon krankheitsspezifische Patientenorganisationen, die aber stark ärztlich beeinflusst und eher „top-down" organisiert waren, sowie Abstinenzgruppen in der Alkoholiker-„Fürsorge", die von Geistlichen und christlich-humanitär motivierten Ehrenamtlichen getragen wurde.

Von anfänglicher Skepsis zur Kooperation

In den '68er-Jahren kamen, entsprechend dem damals herrschenden Zeitgeist, kritisch-emanzipatorische Motive hinzu. Die „Halbgötter in Weiß" mit ihrem autoritären, bestenfalls paternalistischen Gehabe wurden angeprangert. Gefordert wurde eine psychosoziale Wende (oder zumindest: Ergänzung) der Medizin („Sprechende Medizin"). Und es wurde große Hoffnung auf Gruppen jeglicher Form gesetzt – als Ausdruck von Solidarität und wechselseitiger Unterstützung, in diesem Falle von Patienten bzw. von „Betroffenen", wie der Sprachgebrauch in der Selbsthilfe ist.

Auf Seiten ärztlicher Funktionäre erlebte die Selbsthilfe zunächst vielfach skeptische, ja ablehnende Reaktionen. Da war schon mal von „wildgewordenen Patientenmeuten" die Rede, man warnte davor, dass die Selbsthilfe bloß „Alternativ"-Medizin propagieren würde, und befürchtete, dass „Geldströme an der Ärzteschaft vorbei in die Selbsthilfe gelenkt" werden könnten. Einzelne Ärztinnen und Ärzte waren hingegen schon immer wichtige Partner, oft sogar „Anstifter" von Selbsthilfeaktivitäten.

Solche Äußerungen sind natürlich schon lange nicht mehr vorstellbar, genauso wenig wie grundsätzliche Expertenfeindlichkeit auf Seiten der Selbsthilfe-Szene. Längst hat sich eine kooperative Einstellung auf beiden Seiten durchgesetzt. Und diese gegenseitige Wertschätzung findet einerseits Nahrung, andererseits Ausdruck in real existierender praktischer Zusammenarbeit, nicht zuletzt auch in einem solchen Themenheft des Hessischen Ärzteblatts.

In Hessen hat die Anregung und Unterstützung von Selbsthilfe eine ganz besondere Tradition. 1977 begann an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Gießen ein erstes Forschungsprojekt über „psychologisch-therapeutische Selbsthilfegruppen" (Prof. Dr. med. Michael Lukas Moeller). Es sollte herausgefunden werden, wie eine solche „Gruppentherapie ohne Therapeuten" funktionieren und welche Unterstützung von Fachleuten angemessen sein könnte. Daraus entwickelte sich eine Fachorganisation für die Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen unabhängig von deren Thematik, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft

Selbsthilfegruppen e. V. sowie ein neuer Typ von Beratungsinstitution: die Selbsthilfe-Kontaktstelle. Sie wird professionell geleitet, arbeitet in Trägerschaft örtlicher Vereine, großer Wohlfahrtsverbände oder kommunaler Behörden. Über 300 davon gibt es bundesweit, 23 allein in Hessen. Sie sind auch für Ärztinnen und Ärzte in Praxen und Krankenhäusern die örtlichen Ansprechpartner zu allen Fragen der Selbsthilfe für ihre Patientinnen und Patienten: Welche Selbsthilfegruppen gibt es in der Region? Wie gelingt der Zugang am besten? Wie ließe sich ggf. eine neue Selbsthilfegruppe gründen? Wo finden Selbsthilfegruppen Räume, finanzielle Zuschüsse oder fachlich versierte Referenten? Wie können sie ihre Öffentlichkeitsarbeit gestalten?

Selbsthilfe-Bewegung

Die ersten dieser Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen entwickelten sich im Umfeld universitärer Forschungsprojekte zu Selbsthilfegruppen (Gießen, Hamburg, Heidelberg) oder in anderen Einrichtungen (Psychologische Beratungsstelle, Volkshochschule, Studentenwerk etc.), wo aufgrund persönlichen Engagements einzelne Fachleute diese neue Aufgabe übernahmen. Auf den Fachtagungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen vernetzte man sich; das nach und nach entstehende Erfahrungswissen über professionelle Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen wurde zusammengetragen und systematisiert. Das Kontaktstellen-Konzept nahm Gestalt an.

Im Jahre 1987 hatte die wachsende Selbsthilfe-Bewegung das Interesse der Bundespolitik geweckt. Man fragte sich, wie solche Bürgerinitiativen im Gesundheitsbereich gefördert werden könnten, von denen man sich einerseits einen kostendämpfenden Effekt erhoffte, andererseits einen Beitrag zu einer demokratischen Zivilgesellschaft von engagierten und eigenverantwortlichen Menschen, in diesem Falle von Patientinnen und Patienten. Das Bundesgesundheitsministerium schrieb einen Modellversuch aus, in dem das Kontaktstellen-Konzept als professionelle, themenübergreifende, infrastrukturelle Fördereinrichtung für Selbsthilfegruppen und daran interessierte Personen bzw. Institutionen erprobt werden sollte. Allein sechs der 18 schließlich geförderten Standorte befanden sich in Hessen. Die bereits 1985 gegründete Landesarbeitsgesellschaft der Selbsthilfe-Kontaktstelle in Hessen bekam durch die geförderten Modell-Einrichtungen neue Mitglieder und eine Erweiterung des Know-hows. Inzwischen ist die Anzahl der beteiligten Einrichtungen auf 23 gestiegen, und es laufen Bemühungen, eine Landeskontaktstelle als koordinierende Service-Einrichtung zu gründen.

Nach der Wende

Nach der Wiedervereinigung wurde ein gleichartiges Förderprogramm in den neuen Bundesländern gestartet, um auch dort die Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen in Gang zu setzen, die es ja bis dahin wegen der politischen Verhältnisse nur ganz vereinzelt und meist im Verborgenen gegeben hatte.

Die Begleitforschung der beiden Modellversuche zeigte, kurz gefasst, folgendes: In den untersuchten Regionen stieg die Anzahl der Gruppen ebenso wie die ihrer Mitglieder, und ihre Stabilität nahm zu. Jahre später fanden Schweizer Forscher für ihr Land Ähnliches heraus.

Das Feld der Selbsthilfe in Deutschland hat inzwischen einen enormen Umfang angenommen: Die Zahl der Selbsthilfegruppen wird auf 70.000 bis 100.000 geschätzt. Etwa die Hälfte davon gehört übergeordneten Selbsthilfeorganisationen an, die andere Hälfte arbeitet autonom nur vor Ort. 116 Selbsthilfeorganisationen sind in der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG Selbsthilfe) zusammengeschlossen, mehr als 120 in der Allianz chronischer seltener Erkrankungen e. V. (Achse) und 230, die sich speziell mit der Situation kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher bzw. deren Familien befassen, im Kindernetzwerk e. V. Sie alle sind zentral zu finden über die Datenbank der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) unter „grüne Adressen", wie auch die lokalen oder regionalen themenübergreifenden Selbsthilfe-Kontaktstellen unter den „roten Adressen". Die Website der NAKOS bietet darüber hinaus eine Fülle von Materialien zur Selbsthilfe (www.nakos.de).

Eine weitere Fundgrube für Interessierte ist auch das Selbsthilfegruppenjahrbuch der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., das seit 1999 Beiträge aus Selbsthilfegruppen, -organisationen und -Kontaktstellen, aber auch aus Politik, Verwaltung und Wissenschaft bezüglich Selbsthilfe enthält (Internet: www.dag-shg.de/service/jahrbuecher).

Die positiven Befunde verschiedener Forschungsprojekte und die bundesweit zunehmende Zahl von in der Selbsthilfe aktiven Menschen veranlasste die Politik, über Möglichkeiten einer verlässlichen öffentlichen Förderung der Selbsthilfe (Selbsthilfegruppen, -organisationen, -Kontaktstellen) nachzudenken. Dies wurde den Gesetzlichen Krankenversicherungen übertragen. Das geschah schrittweise in mehreren Gesetzesvorhaben, von einer „Kann"-Bestimmung über eine „Soll"-Bestimmung bis hin zur Festlegung der dafür bereitzustellenden Summe: derzeit über 80 Millionen Euro pro Jahr.

Mit dieser im internationalen Vergleich beeindruckenden Summe werden örtliche Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen auf Bundes- und Landesebene sowie Selbsthilfe-Kontaktstellen nach bestimmten Kriterien pauschal oder durch projektbezogene Mittel gefördert. Diese enorme Summe hat nicht nur die Arbeit und die Strukturen der Selbsthilfe gestärkt und stabilisiert, sondern sie drückt auch eine hohe gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung aus. Dazu hat ganz erheblich die Selbsthilfe-Forschung in Deutschland beigetragen, von den frühen Projekten der Arbeitsgruppen um Moeller und Trojan über die SHILD-Studie von Dierks, Kofahl und Schulz-Nieswandt bis zur Einrichtung einer Selbsthilfe-Professur mit Prof. Dr. phil. Joachim Weis in Freiburg (siehe Artikel „Selbsthilfeforschung im Bereich der Krebs-Selbsthilfe" ab S. 172).

Demokratische Legitimation

Als zu Beginn dieses Jahrhunderts die Diskussion über die Vertretung von Patienten(-interessen) im deutschen Gesundheitswesen Fahrt aufnahm, geriet die Selbsthilfe-Bewegung, die sich in Deutschland wie sonst nirgends in Europa verbreitet und etabliert hatte, schnell in den Fokus der Überlegungen. Hier ließen sich „kollektive Patienten" finden, die nicht nur ihre individuelle Betroffenheit einbringen konnten, sondern aus der längerfristigen Arbeit in ihren Gruppen und Organisationen über „Betroffenen-Kompetenz" oder gar „Betroffenen-Expertise" verfügten und darüber hinaus über demokratische Legitimation. So wurden 2004 der Deutsche Behindertenrat (ein Verbund etlicher Organisationen von chronisch kranken oder behinderten Menschen), die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (siehe oben) neben der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) und Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv) vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach bestimmten Kriterien dafür akkreditiert, „fachkundige Personen" aus ihren Reihen in den neu aufgestellten Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu entsenden, um dort Patienteninteressen zu vertreten.

Auch hier erhoffte man sich eine inhaltliche Bereicherung der Diskussion und einen Zuwachs an demokratischer Legitimation. Etwa 250 Menschen, zum großen Teil aus der Selbsthilfe, sind auf diese Weise im G-BA engagiert. Entsprechendes gilt für

Anzeige

Gremien auf Landesebene (Zulassungs-, Berufungs-, Landesausschuss und anderes mehr).

Während anfangs die traditionellen „Bänke" (die sogenannten Leistungserbringer, also Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser sowie die gesetzlichen Krankenkassen) und die neue Patientenvertretung zum Teil recht heftig miteinander „fremdelten", hat sich inzwischen eine routinierte, teilweise durchaus vertrauensvolle Zusammenarbeit etabliert. Alle vertreten ihre jeweiligen Interessen, aber alle sollen auch gegenüber dem Funktionieren unseres Gesundheitswesens insgesamt Verantwortung zeigen.

Beteiligung an Leitlinien

Nicht durch gesetzliche Vorgabe, sondern als Selbstverpflichtung hat sich Patientenbeteiligung an der Erstellung von Behandlungsleitlinien etabliert. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) hat dies in ihrem Regelwerk verankert. Und auch hier wird die Frage, wer geeignet, das heißt sachkundig und am besten legitimiert sei, an einem solchen Prozess von Evidenzbasierung und Konsensbildung teilzunehmen, in den meisten Fällen über Rückgriff auf einschlägige Selbsthilfeorganisationen gelöst.

Im Übrigen hat es sich eingebürgert, eigene Patientenleitlinien zu verfassen, die in abgespecktem Umfang und in laienverständlicher Sprache den Betroffenen Zugang zu medizinischem Wissen bezüglich ihrer eigenen Erkrankung verschaffen. Dies soll unter anderem dabei helfen, dass Patientinnen und Patienten im Sinne eines „shared decision making" in produktiver Weise an Behandlungsentscheidungen mitwirken können.

Ausblick

Als neueste Entwicklung wird seit einigen Jahren sogar über Patientenbeteiligung an medizinischer Forschung diskutiert. Damit ist nicht gemeint, dass Menschen sich an Studien beteiligen, um Daten für neue Erkenntnisse zu liefern. Sondern dass sie sich – mit ihrer Betroffenenkompetenz – an der Formulierung von Fragestellungen und ihren Antworten beteiligen: Was entspricht Patientenbedürfnissen, wo erleben sie Lücken in der Versorgung? Welche patientenrelevanten Endpunkte gibt es – z. B. nicht nur hinsichtlich der Überlebensdauer, sondern auch bezüglich der Lebensqualität? Betroffene können an der Interpretation der Ergebnisse sowie an deren

Foto: AdobeStock / Fiedels

Verbreitung und womöglich sogar an wissenschaftlichen Publikationen beteiligt werden.

In bestimmten Bereichen wird heutzutage bereits in den Ausschreibungen der Forschungsförderer verlangt, dass die Antragsteller Angaben zur Patientenbeteiligung an der Planung, Durchführung und Auswertung ihrer Studien machen. Und wo sucht eine gut beratene Forschergruppe danach? Meist auf dem Feld der Selbsthilfe.

Zum Autor

Dipl.-Psych. Jürgen Matzat leitet seit 1987 die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Gießen. Er war einer der Gründer und langjähriges Vorstandsmitglied der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. Seit 2004 ist er als Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (Unterausschuss Psychotherapie) und in Ausschüssen auf Landesebene sowie in Arbeitsgruppen zur Erstellung von ÄZQ-Versorgungs- bzw. Patientenleitlinien engagiert.

Der Autor:

Dipl.-Psych. Jürgen Matzat
Psychologischer Psychotherapeut
Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen
Fon: 0641 985-45612
E-Mail: juergen.matzat@psycho.med.uni-giessen.de

Die aktuellen Vorgaben der Corona-Schutzverordnung: Gruppentreffen in Präsenz

Foto: AdobeStock / Photographee.eu

Abhängig von den Inzidenzwerten in den Kreisen und kreisfreien Städten gelten folgende Regelungen für die Gruppentreffen.

Inzidenzstufe 1 (bei einer 7-Tage-Inzidenz unter 35):
- Nur mit Negativtestnachweis oder einem gemeinsamen, beaufsichtigten Selbsttest.
- Bei festen Sitzplätzen und Sitzplan kann der Mindestabstand unterschritten werden.
- Bei ausreichender Belüftung oder Luftfilterung kann die Maske am Platz abgelegt werden.
- Kontakt-Rückverfolgbarkeit
- Hygienemaßnahmen

Inzidenzstufe 2 (bei einer 7-Tage-Inzidenz über 35 und unter 50):
- Nur mit Negativtestnachweis oder einem gemeinsamen, beaufsichtigten Selbsttest.
- Bei festen Sitzplätzen und Sitzplan kann der Mindestabstand unterschritten werden.
- Kontakt-Rückverfolgbarkeit
- Hygienemaßnahmen

Inzidenzstufe 3 (7-Tage-Inzidenz über 50 und unter 100):
- Nur mit Negativtestnachweis oder einem gemeinsamen, beaufsichtigten Selbsttest.
- Mindestabstand (mind. 1,5m)
- Kontakt-Rückverfolgbarkeit
- Hygienemaßnahmen

Wichtig:
Wenn z.B. konkret für das Bundesland NRW die Inzidenzstufe 1 gilt, dann können in Regionen der Inzidenzstufe 1 (!) die Treffen von Selbsthilfegruppen *auch ohne Negativtestnachweis* stattfinden. Das käme faktisch einer Freigabe der Treffen gleich (immer bei Beachtung der allg. Vorgaben §§ 3 – 8 der Corona-Schutzverordnung).

Beachten Sie bitte auch die Erläuterungen der jeweiligen Gesundheitsministerien der Länder und des Bundes.

Quelle:
Elena Sioziou, EUTB / Selbsthilfekontaktstelle vom 10.06.2021

Foto: Erbacher Hof, Mainz

Tagesordnung Mitgliederversammlung 2021

der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

am 13.09.2021, ab 14.00 Uhr

im Erbacher Hof in Mainz, Grebenstr. 24-26

1. Begrüßung durch den Vorsitzenden
2. Bericht des Vorstandes
   - 2.1 Bericht des Vorsitzenden
   - 2.2 Bericht des stv. Vorsitzenden
   - 2.3 Bericht der Schatzmeisterin
   - 2.4 Bericht der Leiterin der Geschäftsstelle
3. Bericht der Kassenprüfer
4. Diskussion der Berichte
5. Abnahme der Jahresrechnung 2020 und Entlastung des Vorstandes
6. Vorstellung, Diskussion und Beschluss zum aktualisierten Haushaltsplan 2021
7. Anträge
   - 7.1 Anträge der Mitglieder [1)]
   - 7.2 Anträge des Vorstandes
8. satzungsmäßiger jährlicher Beschluss über die Höhe des Mitgliedsbeitrages 2022
9. satzungsgemäße Neuwahl der Kassenprüfer, des Vorstandes, vorangehend Wahl des Wahlleiters
   - 9.1 Wahl der Kassenprüfer
   - 9.2 Wahl des Schriftführers
   - 9.3 Wahl des Schatzmeisters
   - 9.4 Wahl des stv. Vorsitzenden
   - 9.5 Wahl des Vorsitzenden
10. Verschiedenes
11. Schlusswort des oder der gewählten Vorsitzenden

[1)] Nach § 13 Abs. 3 der Satzung müssen Anträge der Mitglieder mindestens 10 Tage vor der Mitgliederversammlung schriftlich vorliegen.

Höchste Anerkennung:

LungenClinic Grosshansdorf erstes Lungenzentrum in Deutschland

Die Spezialklinik für Lungenerkrankungen Grosshansdorf liegt im Süden Schleswig-Holsteins, ca. 30 Kilometer nordöstlich von Hamburg oder 45 Minuten mit der U-Bahn vom Hamburger Hauptbahnhof entfernt. Sie erfüllt sie als erste Klinik in Deutschland die am 20. November 2020 beschlossenen Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)[1] für ein Lungenzentrum.

Die LungenClinic Grosshansdorf (LCGH) ist damit das Lungenzentrum Schleswig-Holsteins und auch das erste in der Bundesrepublik und so zugleich Kompetenz- und Koordinierungszentrum für überörtliche und krankenhausübergreifende Aufgaben bei Erkrankungen der Lunge und Atemwege. Der ärztliche Direktor der LungenClinic Grosshansdorf, Prof. Klaus F. Rabe, sieht diese Anerkennung als Bestätigung: „Wir arbeiten täglich daran, aktuelles Wissen auf höchstem Niveau zu praktizieren, um den uns anvertrauten Patienten die bestmögliche Versorgung zu bieten."

Zum jetzt erfüllten anspruchsvollen Anforderungskatalog des G-BA gehören:

- Eine *Weaningstation*. Seit 2017 von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP) zertifiziertes Weaningzentrum, mit jährlich rund 130 Patienten, die von ihrer Langzeitbeatmung entwöhnt werden.
- Eine *Spezialambulanz* für Sarkoidose mit langjähriger hoher Expertise auch im Bereich der seltenen Lungenerkrankungen.
- Ein zertifiziertes *Lungenkrebszentrum* seit 2012 mit jährlich rund 600 Erstdiagnosen. Die LCGH ist hier z.B. mit ihren Studien zur Immuntherapie bei Lungenkrebs international anerkannt und ermöglicht so innovative Behandlungsmethoden in der personalisierten Behandlung dieser schwerwiegenden Erkrankung.
- Eine *Thoraxchirurgie* mit ca. 1.100 Operationen pro Jahr und seit 2018 als erstes Kompetenzzentrum in Norddeutschland für Thoraxchirurgie zertifiziert. Schwerpunkte sind Lungenkrebsoperationen oft unter Einsatz minimalinvasiver Operationsverfahren (Schlüsselloch-Technik), sowie spezielle broncho- oder angioplastische Operationen, Trichterbrustoperationen und weitere seltene Eingriffe.
- Fast 90 Prozent aller Ärzte in den Klinikbereichen Pneumologie, Intensivmedizin, Innere Medizin, Thoraxchirurgie und Anästhesie sind *hochspezialisierte Fachärzte*.
- *95 Prozent* aller Mitarbeiter haben eine *Fachweiterbildung*. So unterstützen beispielsweise Atmungstherapeuten die Mobilisation von pneumologischen Frühreha-Patienten. In einer Abteilung, die 2019 als erste in Norddeutschland eröffnet wurde. Hier werden langzeitbeatmete Patienten auf ihrem Genesungsweg zu wieder mehr Selbstständigkeit gezielt unterstützt.

Nicht zuletzt ist die LungenClinic Grosshansdorf bei einer Vielzahl von *wissenschaftlichen Studien* und *Projekten* beteiligt, die regelmäßig in internationalen Fachmedien veröffentlicht werden. Großhansdorfer Ärzte sind maßgebliche Autoren und Initiatoren von überaus wichtigen *medizinischen Leitlinien.* Dies ist auch eine weitere Voraussetzung für die Anerkennung als Lungenzentrum.

Schließlich ist die LCGH auch *akademisches Lehrkrankenhaus* der Universität zu Lübeck und damit ein fester Bestandteil in der medizinischen Ausbildung künftiger Ärztegenerationen. Aber auch Qualifizierungen wie die zum Atmungstherapeuten können hier erworben werden. Schließlich wurde die LCGH 2017 von der europäischen Lungenfachgesellschaft, der medizinischen European Respiratory Society (ERS), als Trainingszentrum für Respiratory Medicine zertifiziert und anerkannt.

Zugleich ist die LungenClinic Grosshansdorf auch ein wichtiger Standort des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL). Von den Anfängen ihrer Gründung im Jahr 1900 als Tuberkulose-Heilanstalt für „blutarme und bleichsüchtige" Patienten bis zum zum heutigen ersten deutschen Lungenzentrum – wahrlich ein weiter und erfolgreicher Weg.

Quellen: Pressemitteilung Nr. 59/2020 des G-BA und Pressemitteilung der LungenClinic Grosshansdorf vom 02.03.2021

[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.

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

Auch wenn die gegenwärtigen Inzidenzzahlen zur Zeit scheinbar nur eine Richtung nach unten kennen, besteht weiterhin die Gefahr einer Virusinfektion mit COVID-19 – nicht nur wegen weiterer Mutationen auch bei der Durchführung von Lungenfunktionsuntersuchungen. Hier gibt der Flyer 16 c der Deutschen Atemwegsliga aktuelle Informationen zur Durchführung in Pandemiezeiten.

Seit über einem Jahr leben wir in einer COVID-19-Pandemie. Trotzdem müssen Lungenfunktionsuntersuchungen oftmals durchgeführt werden. Wie dies gegenwärtig geschehen sollte, beschreibt der Flyer 16 c „Empfehlungen für Lungenfunktionsuntersuchungen in Pandemiezeiten" der Deutschen Atemwegsliga kurz und bündig.

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
Geschäftsstelle: Frau Kunze, Frau Fell, Adnet-Str. 14, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 – 5738327, 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	Gudrun Krüger	0331 / 2708809
	Wolfgang Weber	033205 / 25699
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 - Hannover - Wunstorf - Wedemark	Michael Wilken	05130 / 583 85 77

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	Ursula Eicher	0651 / 44611
Worms	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Saarland		
Homburg / Saar	Uwe Sersch	06873 / 669 284

ANZEIGE

Espan-Klinik mit Haus ANNA

Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen

Gerne senden wir Ihnen unsere attraktiven Angebote für Gesundheitswochen zu.

AHB/AR-Klinik, Rentenversicherung, alle Krankenkassen
Beihilfe, Privatzahler
Stationäre und ambulante Angebote
private Gesundheitsarrangements
Heilklimatischer Kurort, Soleheilbad, Kneipp-Kurort

Die Espan-Klinik ist eine auf die Behandlung von Atemwegserkrankungen spezialisierte Rehabilitationsfachklinik. Unter der Leitung von zwei Lungenfachärzten werden Sie von einem erfahrenen Ärzte- und Therapeutenteam nach den neusten medizinischen Leitlinien betreut.

Die ruhiger Lage direkt am Kurpark von Bad Dürrheim, das reizarme Klima auf der Höhe von 700m, die heilsame Wirkung der Bad Dürrheimer Sole und die ebene Landschaft bieten hervorragende Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Rehabilitation

78073 Bad Dürrheim, Gartenstr. 9, Tel: 07726/650 Fax: 07726/9395-929 E-Mail: info@espan-klinik.de; www.espan-klinik.de

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@bayern-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
Tel.: 06142 / 61842
E-Mail: hartmut.thienger@t-online.de
http://www.juergen-frischmann.de/ruesselsheim.html

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

Selbsthilfegruppe atemlos Köln
Kontakt: Michael Stolzenburg
Telefon: 0221 / 35 62 206
E-Mail: selbsthilfe-atemlos@email.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
Adnet-Str. 14, 55276 Oppenheim
Tel.: 06133 / 35 43 - Fax: 06133 / 573 83 27
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 / 57 383 27 oder per Post

MITGLIEDSANTRAG

Deutsche **P**atienten**L**iga
Atemwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
Geschäftsstelle
Adnet-Str. 14
55276 Oppenheim

Telefon: 06133 / 35 43
Fax: 06133 / 57 383 27

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):
Geburtsdatum:	Mitglied ab:

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 Mainz-Mitte: StNr. 26/675/0372/9-II/4 vom 31.07.2017
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
Adnet-Straße 14, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 – 5738327
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: Komposition aus verschiedenen Bilder von AdobeStock: Maske: pagnacco, Kneipp: bennytrapp, Virus: olliethedesigner 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

Soledum® addicur Wirkstoff: Cineol Anwendungsgebiete: Zur Zusatzbehandlung bei chronischen und entzündlichen Erkrankungen der Atemwege [z. B. der Nasennebenhöhlen, Asthma, COPD (chronisch-obstruktive Lungenerkrankung)]. Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.

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**