Winter 2020 · 28. Jahrgang
Deutschland 4,50 Euro

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent – verständlich – patientengerecht

- Schwerpunkt COPD
- Lungensport trotz Corona
- Aktuelles

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

- ☑ Probleme im Alltag wegen Asthma?
- ☑ Häufig trockener Husten?
- ☑ Hustenanfälle in der Nacht?
- ☑ Häufige Verwendung von Notfallspray?

Sprich deinen Arzt an!

www.asthma.de/novartis/luftpost

NOVARTIS

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

„Himmelmalen ist Gottesdienst". Der das sagte war kein Priester, aber gläubig. Deutschlands größter romantischer Maler: Caspar David Friedrich (1774 - 1840). Wenn wir, in Deutschland lebend, an Weihnachten denken, ist der Himmel selten blau, sondern familiär und tannengrün wie ein Weihnachtsbaum, den einst, Ironie der Geschichte, eine preußische Prinzessin – fast als Mitgift – ins Land der weißblauen Rauten gebracht hat. Und so sah der Himmel in unserer Kinderwelterinnerung am schönsten aus.

Nun aber haben wir eine Zeit der schwarzwolkigen, tiefhängenden Horizonte. Corona verdüstert sehr Vieles. Und doch, diesmal sind wir nicht die „Meister der Zeitlupe" (Julius Meier-Graefe, 1867 - 1935). Ein Forscherteam aus der Stadt der ersten Deutschen Republik (März bis Juli 1793) in Mainz hat den weltweit ersten - nach anerkannten Kriterien geprüften – Impfstoff gegen die grassierende Pandemie entwickelt. Weitere sind dazu gekommen. Es werden noch andere folgen und Unterschiede sich finden. Ein erster Silberstreif am Horizont!

Weihnachten naht – wie und wo auch immer. Der „Weihnachtsmann" auf dem Titel, genderneutral gedacht, ein Blatt vor diesem, zeigt Ihnen Wunsch und Realität. Er tritt auf das „Viren-Gewirr". Er trägt, wie einst mein Großvater, die traditionelle Kostümmaske, unter der wir aber Alle stecken könnten. Links hinter ihm hängt die jetzt notwendige Maske. Als Virenfilter und Zeichen realer Nächstenliebe. Wer sie trägt, schützt Andere, seine Lieben und sich vor Ansteckung.

Hinter den erschreckend großen, täglich vom RKI gemeldeten Ansteckungs- und Opferzahlen, stehen immer einzelne konkrete Menschen, Familien und Schicksale. Niemand kann wollen, dass wir, wenn diese Welle nicht gebrochen wird innerhalb des kommenden Jahres, den Verlust der Bevölkerung einer Stadt wie Paderborn oder Regensburg durch COVID-19 erleiden könnten. Daher müssen wir ALLE unser Menschenmögliches tun, damit dies verhindert wird. Tun Sie mit! Weihnachten endlich wieder normal – vielleicht schon im nächsten Jahr – feiern zu können. Das muss es uns wert sein. Wir schaffen es aber nur gemeinsam, durch Akzeptanz, Konsequenz und Disziplin von uns Allen. Ihnen als Patienten mit Atemwegserkrankungen will Ihre „Luftpost" dabei helfen und Mut machen. Nur so können wir das erreichen, was der große Dichter Paul Celan (1920 - 1970) mit seinem Buchtitel als „Atemwende" benannt hat.

Halten Sie daher die **AHA**-Regeln: **A**bstand – **H**ygiene – **A**temmaske – unbedingt ein, denn das Virus ist unsichtbar vorhanden! Nur so kann mitmenschliche Nähe in absehbarer Zukunft wieder ohne Bedenken normal werden. Jetzt aber gilt, was Oskar Panizza, Arzt und Dichter (1853 - 1921), schrieb: „Liebe deinen Nächsten, aber steck dich nicht an".

Frohe und gesegnete Weihnachten Ihnen und Ihren Familien, mit den besten Wünschen für ein gutes Neues Jahr mit stabiler Gesundheit und Bitte bleiben Sie Corona-negativ.

Mit luftigen Grüßen

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

P.S: Auf der Webseite gibt die Universität Gießen wertvolle Tipps zur psychosozialen Unterstützung: www.uni-giessen.de/fbz/fb06/hilfe_corona

Foto: AdobeStock / senoldo

COPD & Asthma

5 Frühzeitige Lungenrehabilitation nach Krankenhausaufenthalt senkt das Sterberisiko an COPD
6 Bessere Lebensqualität durch Lungenrehabilitation
7 COPD-Exazerbationen verschlechtern die Lungenfunktion – inhalative Kortikosteroide (ICS) sind hilfreich
8 Risikofaktoren für eine erneute Krankenhauseinweisung bei COPD
9 Lungenembolie bei COPD: Häufigkeit und Risikofaktoren
10 Alternative Therapien bei COPD

Klinikvorstellung

16 Reha nach Corona: Espan-Kliniken Ganzheitlicher Ansatz unverzichtbar
18 Lungenfachzentrum Knappschaft Kliniken

Über den Tellerrand hinaus

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

Zu Ihrer Information

12 Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) COPD
14 Corona-Warn-App
28 Trainings-App für Menschen mit schwerem Asthma
32 Krankenversicherung als Luxus
40 Todesfälle durch Sepsis
42 Stickstoffmonoxid (FeNO) in der Ausatemluft

Aktuelles

22 Bundeseinheitlicher Medikationsplan (BMP): Forderungen und Handlungsbedarf

Lungensport

24 Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Lungensport
42 Starke Luftbewegung

Selbsthilfe

43 Wie gründe ich eine ambulant betreute Wohngemeinschaft (WG)?
44 Mitgliederversammlung der DPLA
44 Dank an Krankenkassen und Unterstützer
45 Flyer der Atemwegsliga
46 Ortsverbände der **D**eutschen **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
48 Warum auch Sie Mitglied in der **D**eutschen **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. – der **DPLA** - werden sollten
49 Mitgliedsantrag

Rubrik

50 Impressum
50 Abonnement der Luftpost

ANZEIGE

Espan-Klinik mit Haus ANNA

Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen

Gerne senden wir Ihnen auf Anfrage unsere attraktiven „Gesundheitswochen"-Angebote 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

Frühzeitige Lungenrehabilitation nach Krankenhausaufenthalt senkt das Sterberisiko an COPD

Foto: AdobeStock / Photographee.eu

COPD-Patienten profitieren von einer Lungenrehabilitation innerhalb von 90 Tagen nach ihrem Krankenhausaufenthalt.

Patienten, die *aufgrund* einer *COPD-Exazerbation im Krankenhaus* behandelt werden mussten, wird empfohlen, *direkt im Anschluss* daran in eine spezialisierte Lungenrehabilitation zu gehen. Doch wie wirkt sich die anschließende Teilnahme innerhalb von möglichst 90 Tagen nach der Entlassung auf das Sterberisiko dieser Patienten innerhalb des folgenden Jahres aus?

US-amerikanische Forscher werteten dazu die Daten von 197 376 COPD-Patienten aus, die aufgrund einer COPD-Exazerbation stationär eingewiesen wurden. Diese Patienten waren im Durchschnitt 76,9 Jahre alt und 58,6 % von ihnen waren Frauen. Jedoch lediglich 1,5 % dieser Patienten (2 721 Patienten) begannen innerhalb der ersten 90 Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Lungenrehabilitation.

Insgesamt 19,4 % dieser im Krankenhaus behandelten COPD-Patienten (38 302 Patienten) verstarben innerhalb eines Jahres nach ihrer Krankenhausentlassung. Auffällig war, dass das Sterberisiko der Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt eine Lungenrehabilitation begannen, deutlich geringer war als bei den Patienten, die an keiner oder erst später als nach 90 Tagen eine Lungenrehabilitation begannen. Ein Vorteil der Lungenrehabilitation war selbst bei unterschiedlichem Beginn der Lungenrehabilitation innerhalb der 90 Tage nachweisbar – auch ab dem 61. oder bis zum 90. Tag nach Entlassung.

Diese Ergebnisse bestätigen die Empfehlung, nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer COPD-Exazerbation unbedingt baldmöglichst eine Lungenrehabilitation anzuschließen.

Quelle:
Lindenauer PK, Stefan MS, et al. Association Between Initiation of Pulmonary Rehabilitation After Hospitalization for COPD and 1-Year Survival Among Medicare Beneficiaries. JAMA. 2020 May 12;323(18):1813-1823.

COPD:
Bessere Lebensqualität durch Lungenrehabilitation

Foto: AdobeStock / NDABCREATIVITY

Die Teilnahme an einem Lungenrehabilitationsprogramm verbesserte die Lebensqualität von COPD-Patienten. Zu dem Ergebnis kamen Wissenschaftler in der vorliegenden Studie, indem sie die Ergebnisse von 19 Studien zusammenfassten und neu auswerteten.

Ein Lungenrehabilitationsprogramm soll Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) helfen, die Krankheit besser zu verstehen und besser mit ihr umgehen zu können. Typischerweise gehören zu spezifischen Lungenrehabilitationsprogramm gehören sowohl körperliche Übungen

- Sport- und Bewegungstherapie
- Atemphysiotherapie,
- Bewegungsbäder,
- Einzelpsychotherapie,
- Ernährungstherapie,
- Ergotherapie,
- Physikalische Therapie,
- Achtsamkeitstraining,
- Physiotherapie, bis zum
- Sozialdienst

als auch Patientenschulungen. Doch was bringt eine solche „Lungenreha" wirklich? Kann sie die Lebensqualität der Betroffenen verbessern? Mit dieser Frage haben sich bereits mehrere Studien auseinandergesetzt. Sie hatten jedoch oft nur wenige Teilnehmer und kamen dann zu widersprüchlichen Ergebnissen.

Wissenschaftler aus Peking (China) durchsuchten internationale Datenbanken nach Studien, die sich mit der Wirksamkeit der Lungenrehabilitation bei COPD beschäftigten. 19 Studien erfüllten die festgestellten Kriterien. Sie umfassten die Daten von insgesamt 1146 COPD-Patienten. Die Teilnehmer der verschiedenen Studien wurden nach dem Zufallsprinzip in zwei verschiedene Gruppen eingeteilt. Während die eine Gruppe an einem speziellen Lungenrehabilitationsprogramm teilnahm, bekam die andere Gruppe nur die Standardversorgung (Kontrollgruppe). Mit Hilfe spezieller Fragebögen ermittelten die Wissenschaftler die Lebensqualität der Patienten, die sie dann mit der erreichten Lebensqualität mit und ohne Lungenrehabilitation verglichen.

In der Auswertung der beiden Patientengruppen zeigte sich deutlich, dass COPD-Patienten von einem Lungenrehabilitationsprogramm profitieren konnten. Die Patienten, die an der Lungenrehabilitation teilnahmen, gewannen eine nachweislich bessere Lebensqualität als die Patienten, die nur eine Standardbehandlung erhielten.

Lungenrehabilitation erhöht somit nachweislich die Lebensqualität von COPD-Patienten. Sie sollte daher in der Behandlung der COPD einen großen Stellenwert einnehmen. Die Autoren der Studie regten an, nun weiter zu untersuchen, welche Bestandteile des Programms besonders wichtig sind und wie intensiv die einzelnen Trainingsinhalte sein sollten, wie lange und wo die Lungenrehabilitation stattfinden sollte, wie und in welchem Umfang sie betreut werden soll. Letztlich muss gesichert werden, wie lange der positive Effekt der Rehabilitation anhält.

Quelle: Dong J, Li Z, Luo L, et al.: Efficacy of pulmonary rehabilitation in improving the quality of life for patients with chronic obstructive pulmonary disease: evidence based on nineteen randomized controlled trials – a systematic review and meta-analysis. Int J Surg. 2019 Dec 13.

COPD-Exazerbationen verschlechtern die Lungenfunktion – inhalative Kortikosteroide (ICS) sind hilfreich

Prüfung der Atemfunktion durch Spirometrie

Bei COPD-Patienten mit einer hohen Eosinophilenzahl im Blut verschlechtern Exazerbationen die Lungenfunktion deutlich stärker. Zu diesem Ergebnis kamen Wissenschaftler in der vorliegenden Studie. Wenn diese Patienten Kortikosteroide inhalierten (ICS), war die Verschlechterung der Lungenfunktion deutlich geringer.

Ein internationales Forscherteam untersuchte in einer prospektiven Beobachtungsstudie, wie sich COPD-Exazerbationen auf die Lungenfunktion der Betroffenen auswirken und welchen Rolle inhalative Kortikosteroide dabei spielen. Dabei unterschieden sie Patienten nach ihrer Eosinophilenzahl im Blut (eine Form von weißen Blutkörperchen, die mit dem Farbstoff Eosin gut rotorange angefärbt werden können).

Die Wissenschaftler nutzten für ihre Auswertung die Studiendaten von 12 178 Patienten mit einer milden bis moderaten COPD, die in der Vergangenheit geraucht hatten und seit der ersten Lungenfunktionsuntersuchung (Spirometrie) mindestens 3 Jahre lang nachbeobachtet wurden. Die Patienten waren im Durchschnitt 66 Jahre alt, wobei Männer mit 52 % leicht überwogen. Etwa 3 von 4 Patienten (8 981 Patienten, 74 %) erhielten inhalative Kortikosteroide (ICS). Die Wissenschaftler untersuchten den Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Exazerbationen pro Jahr und der Verschlechterung der Einsekundenkapazität (FEV_1) – und zwar einmal bei den Patienten, die Kortikosteroide inhalierten (ICS), und verglichen sie mit den Patienten ohne diese Anwendung.

Die Auswertung der Daten ergab, dass Patienten mit Exazerbation, deren Eosinophilenzahl im Blut zu *Beginn bei 350 Zellen/µl* oder mehr lag und die keine inhalativen Kortikosteroide erhielten, pro Jahr mit einem Abfall ihrer Einsekundenkapazität (FEV_1) um im Mittel 19,4 ml hatten. Weniger stark verschlechterte sich die Lungenfunktion, wenn die Patienten, die ebenfalls diese hohen Eosinophilenzahlen im Blut und unter Exazerbation aufwiesen, Kortikosteroide inhalierten (4,3 ml/Jahr).

Exazerbationen verringerten danach die gemessene Einsekundenkapazität (FEV_1) bei COPD-Patienten mit hoher Eosinophilenzahl im Blut deutlich. Wenn die Patienten jedoch Kortikosteroide inhalierten, war dieser Abfall der Lungenfunktion bedeutend weniger stark ausgeprägt.

Quelle:
Kerkhof M. Association between COPD exacerbations and lung function decline during maintenance therapy. Thorax. 2020 Jun 12.

Risikofaktoren für eine erneute Krankenhauseinweisung bei COPD

Foto: AdobeStock / Rido

In einer Meta-Analyse stellten Wissenschaftler fest, dass Erkrankungen wie *Depressionen, Herz-* oder *Niereninsuffizienz* sowie *Alkoholkonsum* das Risiko erhöhten, kurz nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer COPD-Exazerbation erneut ins Krankenhaus eingewiesen zu werden.

Patienten, die aufgrund einer COPD-Exazerbation ins Krankenhaus mussten, werden nicht selten bald nach ihrer Entlassung erneut ins Krankenhaus eingeliefert. Ein internationales Forscherteam untersuchte in einer Meta-Analyse, welche Faktoren das Risiko für eine Wiedereinlieferung kurz nach einer Krankenhausentlassung beeinflussten.

Für ihre Analyse suchten Wissenschaftler eines internationalen Teams nach geeigneten Studien, die bis Anfang November 2019 veröffentlicht wurden. Sie fanden 14 Studien mit den Daten von insgesamt 3 792 506 COPD-Patienten, die ihre Kriterien erfüllten und so in diese Nachauswertung einbezogen werden konnten.

Faktoren, die das Risiko für erneute Krankenhauseinweisungen erhöhten

Die Rate an erneuten Krankenhausaufnahmen lag innerhalb von 30 Tagen zwischen 8,8-26,0 % und zwischen 17,5-39,0 % innerhalb von 90 Tagen. Statistische Analysen zeigten, dass hierfür vor allem

- Herzschwäche (-insuffizienz),
- Nierenfunktionseinschränkungen,
- Depressionen und
- erhöhter Alkoholkonsum

das Risiko, innerhalb von 30 Tagen erneut ins Krankenhaus eingeliefert zu werden, deutlich erhöhten. Dies traf jedoch nur bei den Männern in dieser Untersuchung zu. Frauen wiesen hier dieses Risiko nicht auf.

Autoren: Alqahtani JS, Njoku CM, et al. Risk factors for all-cause hospital readmission following exacerbation of COPD: a systematic review and meta-analysis. Eur Respir Rev. 2020;29(156):190166. Published 2020 Jun 3.

Lungenembolie bei COPD:

Häufigkeit und Risikofaktoren

Foto: AdobeStock / Zerbor

Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) sind häufiger von einer Lungenembolie betroffen. Doch wie groß ist das Risiko für eine Lungenembolie und welche Faktoren beeinflussen das Risiko? Um Antworten auf diese Fragen zu bekommen, führten Wissenschaftler aus Italien eine multizentrische Studie durch.

Die Wissenschaftler analysierten rückblickend die Daten von 1 043 Patienten, die aufgrund einer akuten Exazerbation ihrer COPD und mit Verdacht auf Lungenembolie im Krankenhaus lagen. Da bei den Patienten der Verdacht auf eine Lungenembolie bestand, wurde bei ihnen eine CT-Angiographie durchgeführt. Die Patienten waren im Durchschnitt 75,8 Jahre alt und nur 34,5 % waren Frauen.

Risikofaktoren für eine Lungenembolie ibei COPD

Die Untersuchungen ergaben, dass bei 132 (12,66 %) dieser 1 043 Patienten eine Lungenembolie vorlag. Insgesamt verstarben 54 Patienten (5,18 %) im Krankenhaus. Anhand ihrer Berechnungen fanden die Wissenschaftler Faktoren für ein erhöhtes Risiko eine Lungenembolie zu erleiden. Zu diesen zählen:

- höheres Alter,
- weibliches Geschlecht,
- klinische Anzeichen und Symptome, die auf eine tiefe Venenthrombose hinweisen,
- bestehender Bluthochdruck,
- ein Sauerstoffpartialdruck ($paCO_2$) von 40 mmHg oder niedriger sowie ein
- unauffälliges Röntgenbild des Brustkorbs.

Je mehr Risikomerkmale die Patienten aufwiesen, desto höher war ihr mögliches Risiko für eine Lungenembolie. Jedoch war die Verweildauer im Krankenhaus von Patienten mit Lungenembolie (15,7 Tage) im Vergleich zu den Patienten ohne Lungenembolie (14,2 Tage) gut vergleichbar. Auch das Sterberisiko der Patienten mit oder ohne Lungenembolie war vergleichbar (mit Lungenembolie: 6,1 % vs. ohne Lungenembolie: 5,1 %).

Patienten, die aufgrund einer akuten Exazerbation ihrer COPD im Krankenhaus behandelt werden mussten, hatten ein erhöhtes Risiko für eine Lungenembolie bei:

- weiblichem Geschlecht,
- vorherbestehendem Bluthochdruck und
- Anzeichen einer tiefen Venenthrombose.

Autoren:
Dentali F, Pomero F, et al. Prevalence and risk factors for pulmonary embolism in patients with suspected acute exacerbation of COPD: a multi-center study [published online ahead of print, 2020 May 27]. Eur J Intern Med. 2020

Alternative Therapien bei COPD

Foto: AdobeStock / DenisProduction.com

Verschiedene nicht-pharmakologische Interventionen können bei COPD-Patienten mit Exazerbationen die körperliche Leistungsfähigkeit und/oder die Lebensqualität verbessern.

In der Behandlung der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) stehen mehrere pharmakologische Wirkstoffgruppen zur Verfügung. Aber auch nicht-pharmakologische Anwendungen können bei COPD Besserungen bewirken. Wissenschaftler in den USA untersuchten in einer Nachuntersuchung die Effekte unterschiedlicher nicht-medikamentöser Ansatzpunkte bei Patienten mit COPD und Exazerbationen.

Hierzu wurden mehrere internationale Datenbanken genutzt, um geeignete randomisierte und kontrollierte Studien zu identifizieren. In 30 hierzu aussagekräftigen Studien, waren die Daten von insgesamt 2.643 Teilnehmern dokumentiert.

Welche nicht-pharmakologischen Maßnahmen oder Methoden verbesserten die körperliche Leistungsfähigkeit und die Lebensqualität?

Die *Verbesserungen der körperlichen Leistungsfähigkeit* wurden anhand des 6-Minuten-Gehtest bestimmt.

Nachweisbar *wirksam* waren:

- Krafttraining,
- Lungenrehabilitation,
- Ganzkörper-Vibrationstraining und die
- transkutane elektrischer Nervenstimulation (TENS).

Eine Verbesserung der Lebensqualität konnte mit

- Krafttraining,
- Kombinationen aus Atemtechnik und Bewegungsübungen,
- Ganzkörper-Vibrationstraining und
- intramuskulär verabreichtem Vitamin D

erreicht werden.

Nur das gezielte Krafttraining und das Ganzkörper-Vibrationstraining verbesserten sowohl die körperliche Leistungsfähigkeit als auch die Lebensqualität von COPD-Patienten mit jährlichen Exazerbationen. Weitere Studien sind jedoch erforderlich, um diese Ergebnisse noch deutlicher zu belegen.

Autoren: Dobler CC, Morrow AS, et al.: Nonpharmacologic Therapies in Patients With Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review With Meta-Analysis. Mayo Clin Proc. 2020;95(6):1169-1183.

UNTERNEHMEN | ATEMWEGE | NEONATOLOGIE | SELTENE ERKRANKUNGEN | TRANSPLANTATION

Das Leben festhalten – frei durchatmen.

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

Dafür arbeiten wir intensiv an Therapieoptionen, 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

Mehr Chiesi-Momente unter **www.chiesi.de**

In der öffentlichen Konsultationsphase:

Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) COPD

Foto: AdobeStock / onephoto

Die erste Teilpublikation der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) COPD stand bis zum 19. November 2020 zur öffentlichen Konsultation bereit. Jeder war dazu eingeladen, die Leitlinie kritisch zu kommentieren.

Die Nationale VersorgungsLeitlinie COPD wird seit 2017 kapitelweise aktualisiert.

Jetzt standen folgende Themen für eine öffentliche Konsultation bereit:

- Definition und Epidemiologie,
- Diagnostik und Monitoring,
- Tabakentwöhnung,
- Nicht-medikamentöse Therapie, • Medikamentöse Therapie,
- Medizinische Rehabilitation und • Versorgungskoordination.

Was ist neu?

Zur **Diagnostik** empfiehlt die NVL die Verwendung von alters- und geschlechtsadjustierten *Grenzwerten bei der Spirometrie*. Diese reduzieren das Risiko von Über- und Unterdiagnosen.

Die **Tabakentwöhnung** besitzt bei Patient*innen mit COPD einen sehr hohen Stellenwert. Die NVL widmet diesem Thema ein eigenes Kapitel, das in enger Zusammenarbeit mit den Leitliniengruppen der wissenschaftlichen Leitlinien „Tabakentwöhnung bei COPD" sowie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums" erarbeitet wurde.

Im Kapitel **Nicht-medikamentöse Therapie** betonen die Autoren der NVL, dass alle Patient*innen mit COPD in jedem Krankheitsstadium von einem entsprechend angepassten körperlichen Training profitieren.

Die **medikamentöse Langzeittherapie** wird in der aktuellen NVL COPD in *zwei Behandlungspfade* eingeteilt, je nachdem, ob die *Schwere der Hauptsymptome* oder das Erleben von *Exazerbationen* bei den Patient*innen im Vordergrund steht. Inhalative Corticosteroide haben bei der COPD nur eine sehr eingeschränkte Indikation. Sie kommen nur infrage, wenn sich die Erkrankung trotz einer Kombination von Anticholinergikum und Beta-2-Sympathomimetikum weiter stark verschlechtert (exazerbiert).

Das öffentliche Konsultationsverfahren ist ein Qualitätsmerkmal des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien. Damit besteht die Möglichkeit, die Ergebnisse der über 2-jährigen Arbeit der Leitliniengruppe zu begutachten. Die Leitliniengruppe prüft die eingegangenen Vorschläge sorgfältig und entscheidet über deren Berücksichtigung. Alle Kommentare und deren Bewertung werden im Leitlinienreport veröffentlicht.

Das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL)

Das *Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien* steht unter der Trägerschaft von **B**undes**ä**rzte**k**ammer (BÄK), **K**assenärztlicher Bundes**v**ereinigung (KBV) und der **A**rbeitsgemeinschaft der **W**issenschaftlichen **M**edizinischen **F**achgesellschaften (AWMF). Zu ausgesuchten Erkrankungen hoher Prävalenz werden unter Berücksichtigung der Methoden der evidenzbasierten Medizin versorgungsbereichsübergreifende Leitlinien entwickelt und angesetzt. Mit der Durchführung, Organisation und methodischen Begleitung wurde das **Ä**rztliche **Z**entrum für **Q**ualität in der Medizin (ÄZQ) beauftragt.

So kommentieren Sie:

Interessierte und Expert*innen können die Konsultationsfassung der Leitlinie kostenfrei herunterladen unter: https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/copd/copd-2aufl-konsultation.pdf und bis zum 19. November 2020 kommentieren sowie Änderungen und Ergänzungen vorschlagen (per E-Mail an: nvl@azq.de).

Für Rückmeldungen ist ausschließlich der der Kommentierungsbogen zu benutzen.

Mehr zum Thema

- Konsultationsfassung
- Kommentierungsbogen
- Leitlinienreport zur Konsultationsfassung
- Patientenblätter zur Konsultationsfassung
- Übersichtsseite NVL COPD

Quelle:
Dr. med. Michael Köhler,
Patientenvertreter in der AG DMP COPD beim G-BA
und nach nach einer Pressemeldung
des Ärztlichen Zentrums
für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

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**
- **Trilogy 100/200/EVO mit Modus AVAPS-AE und Zero-Flow von Philips Respironics** NEU

prisma VENT 50-C mit High-Flow-Modus 5-60 l/min

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.:

Shop-Preis Everflo: 645,00 € *

Inogen One G3 HF ab 2.183,53 € *

- **SimplyGo** bis 2 l/min Dauerflow
- **SimplyGo Mini** ab 2,3 kg
- **Inogen One G3 HF** ab 2,2 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

Inhalation + Atemtherapie

- **Pureneb AEROSONIC+,**
  Inhalation mit 100 Hz Schall-Vibration
  z.B. bei Nasennebenhöhlenentzündung
  - Erhöhte Medikamentendeposition durch vibrierende Schallwellen bei gleichzeitiger Behandlung beider Naseneingänge durch speziellen Nasenaufsatz **ohne** Gaumen-Schließ-Manöver

Ideal für die Sinusitis-Therapie 365,06 €

- **OxyHaler Membranvernebler**
  - Klein - leicht (88 g) - geräuschlos -
  - Verneblung von NaCl bis Antibiotika möglich
  - Mit Li-Ionen-Akku

Mit Akku ideal für unterwegs Shop-Preis 170,10 € *

- **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 59,86 € *

** Aktionspreis solange der Vorrat reicht*

Finger-Pulsoxymeter, z.B. OXY 310 34,12 € *

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

DIE CORONA-WARN-APP:

UNTERSTÜTZT UNS IM KAMPF GEGEN CORONA.

Jetzt die Corona-Warn-App herunterladen und Corona gemeinsam bekämpfen.

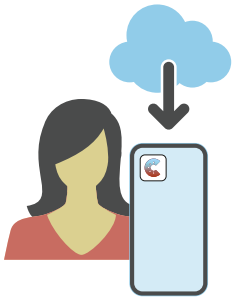
Laden im App Store

JETZT BEI Google Play

Die Bundesregierung

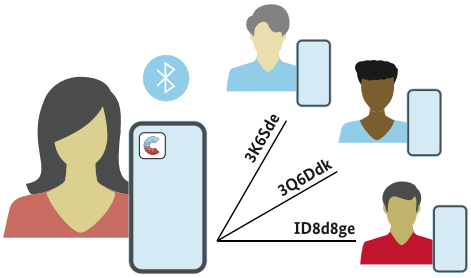
1 DOWNLOAD

Laden Sie die Corona-Warn-App aus dem App Store oder bei Google Play herunter. Sie müssen keine persönlichen Daten eingeben.



2 RISIKO-ERMITTLUNG

Wenn Sie anderen Menschen nahe kommen, werden über Bluetooth pseudonyme Codes ausgetauscht.



3 WARNUNG

Sobald eine Begegnung der letzten 14 Tage anonym ein positives Testergebnis meldet, werden Sie gewarnt.

4 EMPFEHLUNG

Mit der Warnung gibt Ihnen die App klare Empfehlungen für das weitere Verhalten.

CORONA WARN-APP

DIE CORONA-WARN-APP:
GEMEINSAM CORONA BEKÄMPFEN

Mit der Corona-Warn-App können alle mithelfen, Infektionsketten schnell zu durchbrechen. Sie macht das Smartphone zum Warnsystem. Die App informiert uns, wenn wir Kontakt mit nachweislich Infizierten hatten. Sie schützt uns und unsere Mitmenschen. Und unsere Privatsphäre. Denn die App kennt weder unseren Namen noch unseren Standort.

WARUM IST DIE APP SO WICHTIG?

Überall im öffentlichen Raum begegnen wir anderen Menschen. Darunter auch Menschen, die mit dem Coronavirus infiziert sein können und das Virus an andere übertragen. Auch ohne, dass sich Symptome bemerkbar machen.

Nach einem positiven Corona-Test geht es für das Gesundheitsamt an die Nachverfolgung der Kontakte. Und die verläuft nicht ohne Lücken. Schließlich können Infizierte unmöglich alle Personen benennen, denen sie im Supermarkt, in der Bahn oder beim Spaziergang begegnet sind. Die Corona-Warn-App kann solche Lücken schließen. Sie erkennt, wenn sich andere Menschen in unserer Nähe aufhalten. Und sie benachrichtigt uns, wenn ihr gemeldet worden ist, dass sich einer dieser Menschen nachweislich infiziert hat. Kurz: Sie ergänzt die analoge Erfassung digital und hilft so, Infektionsketten zu durchbrechen. Sie hilft, die Pandemie unter Kontrolle zu halten.

WIE FUNKTIONIERT DIE APP?

Die Corona-Warn-App sollte uns auf allen Wegen begleiten. Wann immer sich Nutzer/-innen begegnen, tauschen ihre Smartphones über Bluetooth verschlüsselte Zufallscodes aus. Diese geben Aufschluss darüber, mit welchem Abstand und über welche Dauer eine Begegnung stattgefunden hat. Die App speichert alle Zufallscodes, die unser Smartphone sammelt, für 14 Tage. Laut Robert Koch-Institut umfasst die Inkubationszeit, also die Zeit von der Ansteckung bis zum Beginn der Erkrankung, von einem bis maximal 14 Tagen. Deshalb werden die Daten nach Ablauf von 14 Tagen automatisch gelöscht.

Meldet eine betroffene Person über die App freiwillig ihre Infektion, werden ihre eigenen Zufallscodes allen Nutzerinnen und Nutzern zur Verfügung gestellt. Auf deren Smartphones prüft die App, ob unter den Kontakten der letzten 14 Tage der Zufallscode eines Infizierten ist und kritische Kontakte bestanden haben. Wird sie fündig, benachrichtigt sie die Betroffenen und gibt klare Handlungsempfehlungen. Die Daten der Benachrichtigten sind zu keiner Zeit einsehbar.

WAS PASSIERT MIT DEN DATEN?

Die App ist auf dem eingeschalteten Smartphone aktiv und soll uns täglich begleiten. Sie wird uns jedoch nie kennenlernen. Sie kennt weder unseren Namen noch unsere Telefonnummer noch unseren Standort. Dadurch verrät sie niemandem, wer oder wo wir sind. Der Datenschutz bleibt über die gesamte Nutzungsdauer und bei allen Funktionen gewahrt.

- **Keine Anmeldung:** Es braucht weder eine E-Mail-Adresse noch einen Namen.
- **Keine Rückschlüsse auf persönliche Daten:** Bei einer Begegnung mit einem anderen Menschen tauschen die Smartphones nur Zufallscodes aus. Diese messen, über welche Dauer und mit welchem Abstand ein Kontakt stattgefunden hat. Sie lassen aber keine Rückschlüsse auf konkrete Personen zu. Es erfolgt auch keine Standortbestimmung.
- **Dezentrale Speicherung:** Die Daten werden nur auf dem Smartphone gespeichert und nach 14 Tagen gelöscht.
- **Keine Einsicht für Dritte:** Die Daten der Personen, die eine nachgewiesene Infektion melden, sowie der Benachrichtigten sind nicht nachverfolgbar – nicht für die Bundesregierung, nicht für das Robert Koch-Institut, nicht für andere Nutzer/-innen und auch nicht für die Betreiber der App-Stores.

Reha nach Corona:

Ganzheitlicher Ansatz unverzichtbar

Foto: Espan-Klinik

Die Espan-Klinik in Bad Dürrheim berichtet über Erfahrungen in der Anschlussheilbehandlung von Covid-19-Patienten – Nachsorge für unterschiedliche Organsysteme, Muskulatur und Psyche unerlässlich

Ein bisschen Erholung reicht nicht: Für Patienten, die eine Covid-19-Erkrankung überstanden haben, kommt sehr oft nur eine umfassende und ganzheitliche Rehabilitation in Frage, die durchaus mehrere Monate umfassen kann. Über Ergebnisse berichtet nun die Espan-Klinik in Bad Dürrheim, eine der hoch renommierten Fachkliniken für die Rehabilitation bei Atemwegserkrankungen.

Der Leitspruch der Espan-Klinik „Wir helfen Menschen beim Aufatmen" bekommt so bei der Anschlussheilbehandlung von Corona-Patienten eine ganz besondere Bedeutung: „Neben der geschwächten Gesamtkonstitution, stellen wir teilweise massive traumatische Erlebnisse bei unseren Patienten fest, die mit der lebensbedrohlichen Situation einer solchen Erkrankung zu tun haben", erklärt etwa Günter Diehl, Psychologe der Espan-Klinik und dieser Tage viel gefragter Gesprächspartner bei der Bewältigung der psychischen Folgen der Covid-19-Erkrankung. „Dass man als schwer Erkrankter über Wochen keinen Besuch von Angehörigen empfangen durfte, ist für Viele schon schlimm gewesen", so Diehl, doch noch massiver zeigten sich die Folgen der unvermittelten und lebensbedrohlichen Art der Erkrankung. So beschrieben die Patienten sehr real empfundene Alpträume, die durchaus auf die Wahrnehmung zurückzuführen seien, dass man am Rande des Todes steht. Diese traumatische Erfahrung bleibt oft auch nach der Erkrankung bestehen.

Auch die körperlichen Nachwirkungen der teilweise über mehrere Wochen dauernden Beatmung auf der Intensivstation eines Krankenhauses gehören zum Spektrum dessen, was bei der Rehabilitation behandelt werden muss. Dr. Horst Wittstruck, ärztlicher Leiter der Espan-Klinik, schildert plastisch: „Durch das lange Liegen baut sich Muskulatur ab, es ist also ein Muskelaufbau erforderlich. Dieser wird jedoch durch die oft nach Covid-19 eingeschränkte Lungenfunktion doppelt mühsam für die Patienten – *Trainieren bei gleichzeitiger Atemnot*, das ist eine sehr schwierige Kombination, gerade für Menschen, die sich vor ihrer Erkrankung als aktiv und sportlich erlebt haben und bei denen es um die Wiedererlangung ihrer Alltagskompetenzen geht."

„Wir versuchen über unsere Sozialberatungsstelle in der Klinik, die Rückkehr in den Alltag nach dem Reha-Aufenthalt für die Patienten so gut wie möglich vorzubereiten", unterstreicht die Klinikleitung: „Das bedeutet nicht nur, dass wir den Patienten aufzeigen, welche Unterstützung ihnen durch die Krankenkassen oder den Staat zusteht. Wir geben auch Tipps mit auf den Weg, wie sie auch in Eigenregie ihre Genesung aktiv unterstützen können." Eine konsequente ärztliche Betreuung nach der Reha sei aber oft unverzichtbar.

Quelle: Nach einer Pressemeldung der Espan-Klinik, Bad Dürrheim, https://espan-klinik.de

Die Typ-2-Entzündung

Was Asthma, Neurodermitis und Nasenpolypen verbindet

„Ich konnte nicht so schnell rennen, nicht so hoch klettern und nicht alle Spiele mitmachen. Daher war ich in der Schule immer der Außenseiter", erzählt Rainer von seiner Kindheit. Solange er sich erinnern kann, lebt er mit Asthma. Außerdem leidet er unter starker Neurodermitis und später kamen auch noch Nasenpolypen hinzu. Diese Erkrankungen sind so unterschiedlich und scheinen nichts miteinander zu tun zu haben. Doch der Schein trügt: Sie können alle dieselbe Ursache haben – die sogenannte Typ-2-Entzündung.

Das Immunsystem kommuniziert über Botenstoffe, zum Beispiel sogenannte Interleukine. Liegen diese im Übermaß vor, können sie eine andauernde Reaktion wie eine Typ-2-Entzündung hervorrufen. Je nachdem welches Organ hier betroffen ist, kann es zu unterschiedlichen Erkrankungen kommen: Neurodermitis an der Haut, Asthma in den Atemwegen, chronische Entzündungen der Nasen- und Nasennebenhöhlen mit Nasenpolypen oder auch eine chronische Entzündung der Speiseröhre. „Trotz intensiver Forschung in den vergangenen Jahren sind die komplexen an der Typ-2-Entzündung beteiligten Prozesse bis heute nicht vollständig verstanden", erklärt Professor Kleine-Tebbe, Experte für Allergologie aus Berlin.

Symptome der Typ-2-Erkrankungen schränken die Lebensqualität ein

So verschieden die Erkrankungen, so unterschiedlich sind auch die Symptome – und zahlreich dazu. Menschen mit einer Neurodermitis leiden unter Ekzemen und starkem Juckreiz. Bei Asthma, einer chronischen Entzündung der Atemwege, kommt es anfallsweise zu Atemnot. Eine chronische Nasen- und Nasennebenhöhlenentzündung (medizinisch: chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen) bewirkt eine verstopfte und ständig laufende Nase sowie Riechstörungen und den Verlust des Geschmackssinns. Bei einer chronischen Speiseröhrenentzündung (medizinisch: eosinophile Ösophagitis) stehen wiederum Schluckstörungen im Vordergrund und das Essen fällt schwer.

Insbesondere Patienten mit einer mittelschwereren oder schweren Erkrankung mit Typ-2-Entzündung haben oft eine deutlich eingeschränkte Lebensqualität. So sind beispielsweise 97 Prozent aller Patienten mit schwerem Asthma im täglichen Leben stark eingeschränkt. 51 Prozent berichten, dass sie in der letzten Woche mindestens einmal aufgrund ihrer Erkrankung nachts aufgewacht sind. Auch eine Neurodermitis beeinflusst das Leben der Betroffenen: Fehltage in der Schule oder bei der Arbeit, Konzentrationsschwierigkeiten und zeitweiser Rückzug aus dem sozialen Leben sind nicht selten. Bis zu 70 Prozent der Betroffenen mit einer chronischen Nasen- und Nasennebenhöhlenentzündung leiden

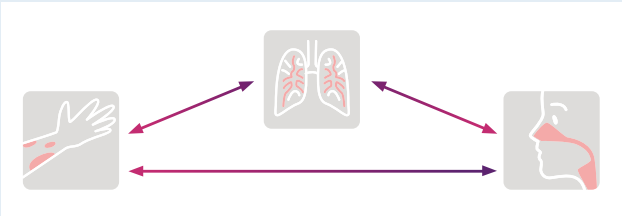


Abbildung 1: Es ist nicht ungewöhnlich, dass Menschen an zwei oder mehr Erkrankungen der Typ-2-Entzündung mit unterschiedlichen Schweregraden leiden.

unter Schlafstörungen. Aber für alle diese Erkrankungen gilt: Ziel einer Therapie ist die Kontrolle der Krankheitssymptome und damit ein Gewinn an Lebensqualität.

Patienten oft von mehr als einer Typ-2-Erkrankung betroffen

Die Vielfalt der Erkrankungen bei einer zugrundeliegenden Typ-2-Entzündung erschwert Ärztinnen und Ärzten oftmals die schnelle und richtige Diagnose und damit die Wahl einer wirksamen Behandlung. Zudem weisen viele Patienten mehr als nur eine dieser Erkrankungen auf. So sind 35 Prozent aller Patienten mit schwerem Asthma auch von einer Neurodermitis betroffen und bis zu 50 Prozent der Patienten mit Neurodermitis haben auch Asthma (Abbildung 1).

Botenstoffe bieten Behandlungsansatz

„Zu den zentralen ‚Unruhestiftern' des komplexen Geschehens im Immunsystem gehören die Botenstoffe Interleukin 4 und Interleukin 13 – bei Asthma spielen auch Interleukin 5 und Eosinophile im Gewebe eine wichtige Rolle", erklärte Professor Kleine-Tebbe. Diesen Botenstoffen kommt daher eine tragende Rolle bei diesem Typ von Entzündungen zu. Wurden bisher bei schwereren Formen von Typ-2-Erkrankungen häufig Kortisonpräparate eingesetzt, ermöglichen heute moderne Antikörpertherapien eine gezielte Blockade dieser Botenstoffe.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit gefordert

„Jetzt wo man weiß, dass die Erkrankungen zusammenhängen und es Möglichkeiten gibt gezielt zu behandeln, beruhigt es mich und lässt einen positiver in die Zukunft schauen", so Rainer, der an Asthma, Neurodermitis und Nasenpolypen leidet. Mit diesem Wissen sei es auch für die Betroffenen einfacher im Arztgespräch. „Es wäre schön, wenn die Fachärzte das berücksichtigen und wir Patienten mehr Lebensqualität zurückbekommen könnten." Daher seine Devise: Nicht aufgeben, sich informieren und das Gespräch mit einem Facharzt suchen. Machen auch Sie den ersten Schritt und informieren sich: www.typ2-inflammation.de

Quelle:
Virtuelle Ausstellung und Paneldiskussion im Livestream aus Berlin: „Typ-2-Connection – wie alles zusammenhängt", 26. August 2020; Veranstalter: Sanofi-Genzyme

MAT-DE-2004412-1.0-11/2020

Sanofi Genzyme und Regeneron haben sich verpflichtet, die Forschung in Bereichen mit hohem medizinischen Bedarf für Patienten mit Erkrankungen mit Typ-2-Inflammation voranzutreiben.

Lungenfachzentrum Knappschaft Kliniken

Foto: Knappschaft Kliniken

Klinik am Park, Lünen

Zertifizierungen spielen in der Medizin und für die Patienten eine immer größere Rolle. Sie bescheinigen den Kliniken oder Zentren eine hohe Qualität ihrer Strukturen, Ausstattung, und der umfassenden Organisation und Qualität in der Behandlung bestimmter Erkrankungen oder Organsysteme.

Für die Lunge haben die „Knappschaft-Kliniken" mit Standorten im Ruhrgebiet ihre Kompetenzen in der Diagnostik und Behandlung aller Lungenerkrankungen gebündelt. Für die Zusammenfassung dieser Kompetenzen wurde 2018 das „Lungenfachzentrum Knappschaft Kliniken" erstmals zertifiziert. Die beteiligten Partner sind:

- das Klinikum Westfalen mit den beiden Standorten:
  - Knappschaftskrankenhaus Dortmund und
  - der Klinik am Park in Lünen-Brambauer und
- das Klinikum Vest im *Kreis Recklinghausen*, mit
  - dem Standort Paracelsus-Klinik Marl.

Hier arbeiten drei pneumologische und eine thoraxchirurgische Abteilung interdisziplinär zusammen an einer modernen und schnellen Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen von Lunge und Rippenfell, der Atempumpe und der schlafbezogenen Atmungsstörungen. Hervorzuheben ist, dass dieses Zentrum nicht nur für bei der Knappschaft versicherte Patienten offen steht, sondern allen Patienten, die wegen einer Lungenerkrankung eine hochqualifizierte Diagnostik oder Therapie erwarten oder auch eine medizinische Zweit-Meinung einholen wollen.

Lungenerkrankungen gehören zu den häufigsten internistischen Krankheitsbildern, was leider auch für die Krebserkrankungen der Lunge, mit oft einschneidenden Auswirkungen auf die Betroffenen und ihre Angehörigen gilt: Die häufigsten Symptome sind dabei:

- Atemnot,
- Husten und
- Auswurf.

Sie beeinträchtigen die körperliche und psychische Belastbarkeit erheblich und verursachen vor allem bei Atemnot auch Angstgefühle und reduzieren erheblich die individuelle Lebensqualität.

Schlafbezogene Atmungsstörungen treten bei ca. 4-6 % der deutschen Bevölkerung auf, mit nicht zu unterschätzenden Langzeitfolgen, wie z.B. Herz-Kreislauferkrankungen, Sauerstoffmangel oft mit der Gefahr von passageren Durchblutungsstörungen an Herz und Gehirn oder einer krankhaften Tagesmüdigkeit.

In den letzten 25 Jahren haben auch die Erkrankungen der Atempumpe, mit der Folge einer ungenügenden Abatmung von Kohlendioxid (CO_2) zunehmende Bedeutung gewonnen. Mit einer - meist über Maske und nichtinvasiv - nachts durchgeführten

Paracelsus-Klinik Marl

Beatmungstherapie steht aber eine wirksame Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung. Aufklärung, Schulungen und Motivation zur Raucherentwöhnung sind ebenso wichtig wie eine umfassende und gründliche Diagnostik, die in unseren Kliniken in hoher Qualität angeboten werden.

Hierzu gehören standardmäßig Lungenfunktionsprüfungen und Belastungsuntersuchungen bei Atemnot, eine nichtinvasive und invasive Diagnostik bei Verdacht auf entzündliche oder bösartige Lungen- oder Rippenfell-Erkrankungen. In den beiden von der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin zertifizierten Schlaflaboren (Knappschaftskrankenhaus Dortmund sowie Paracelsus-Klinik in Marl) werden auf hohem medizinischem Niveau alle Arten von Schlafstörungen diagnostiziert, und Überdruck- bzw. Beatmungstherapien eingeleitet und durchgeführt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den an den Standorten vorhandenen Hals-Nasen-Ohren- (HNO)- und neurologischen Abteilungen rundet die Behandlung vielfältiger Schlafstörungen ab. Bronchoskopien werden mit modernster Technik sowohl zur Diagnostik als auch zur Therapie durchgeführt, so Ventilimplantationen bei schwerer Überblähung (Emphysem) bei einer chronisch obstruktiven Lungenkrankheit (COPD), aber auch Wiedereröffnung (Rekanalisation) von Atemwegen (Bronchien), z.B. bei Krebserkrankungen, oder das Einsetzen sogenannter Stents („Röhrchen"), werden regelmäßig durchgeführt.

Schwerpunktaufgaben sind:

- Umfangreiche Lungenfunktionsdiagnostik mit Tests zur Sauerstoffaufnahme und Atemmuskelkraft
- Ultraschall der Brustorgane
- Flexible und starre Bronchoskopien inkl. EBUS (endobronchialer Ultraschall) mit Lymphknotenpunktion zur Diagnostik und Ausbreitungsbestimmung (Staging) von Lungen- und Bronchialtumoren und Tumoren des Brustraumes
- Behandlung von schwer exazerbierten COPD-Patienten mit nichtinvasiver Beatmung auf der Intensivstation zur Vermeidung einer maschinellen Beatmung unter Narkose
- Behandlung der chronischen Atempumpenüberlastung bei COPD, krankhaftem Übergewicht (Adipositas) oder neuromuskulären Erkrankungen mit nichtinvasiver (NIV) außerklinischer Beatmung
- Einstellung und Kontrolle einer differenzierten Langzeit-Sauerstoff-Therapie (LTOT)
- Diagnostik und Therapie von Lungenhochdruck (pulmonaraterielle Hypertonie, PAH) und den Rechtsherzerkrankungen
- Diagnostik und Therapie der Lungenfibrosen (Lungenbindegewebserkrankungen) und seltener Lungenerkrankungen
- Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen (z.B. Schlafapnoe)
- Entwöhnung maschinell beatmeter Patienten vom Beatmungsgerät (Weaning)
- Raucherentwöhnung, Aufklärung, Schulung und Motivation

Knappschaftskrankenhaus, Dortmund

In der *Klinik für Thoraxchirurgie* werden alle modernen Operationen an der Lunge, am Brustkorb und im Mittelfellraum (Mediastinum) durchgeführt. Besonders umfangreiche Operationen führen wir in Zusammenarbeit mit der Klinik für Chirurgie oder der Klinik für Orthopädie am Klinikum Westfalen bzw. mit der Klinik für Neurochirurgie am Klinikum Vest durch. Dies z. B. bei der Notwendigkeit eines Wirbelkörperersatzes, wenn z.B. der Lungenkrebs bereits in die Wirbelsäule eingewachsen ist. Wenn immer möglich, werden die Operationen in der sogenannten Schlüssellochchirurgie (minimalinvasiver Zugang) durchgeführt. Selbstverständlich werden aber auch offene chirurgische Verfahren, bei Eingriffen, bei denen dies nach wie vor die bevorzugte Operationsmethode ist, durchgeführt.

Ein besonderer Schwerpunkt ist die Beatmungsentwöhnung (Weaning) von der maschinellen Langzeitbeatmung (ab dem 7. Tag): Dies ist ein drängendes Problem in Deutschland – hier nimmt die Zahl der Patienten, die nach einer schweren Operation oder bei einer schweren Lungenerkrankung nicht mehr spontan vom Beatmungsgerät entwöhnt werden können, kontinuierlich zu. Die Folge ist, dass diese Patienten über einen Beatmungsschlauch (Trachealkanüle) meist in Beatmungspflegeheimen oder in Intensiv-Wohngruppen weiter über lange Zeit und außerhalb von Kliniken beatmet werden müssen. Hier besteht sowohl im Klinikum Westfalen als auch im Klinikum Vest je ein von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) zertifiziertes Zentrum für Beatmungsentwöhnung (Weaningzentrum).

Was unterscheidet das Lungenfachzentrum Knappschaft Kliniken von anderen Lungenabteilungen oder Zusammenschlüssen: In unserem Zentrum erleben Sie eine individuelle, fast familiäre Betreuung in Kombination mit einer professionellen Therapie mit modernsten Behandlungsmethoden an allen Standorten. Unsere Stärken sind die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit kurzen Wegen, gestützt auf eine moderne EDV-Infrastruktur und die regelmäßigen Fallkonferenzen zwischen Pneumologen und Thoraxchirurgen gemeinsam mit Radiologen, Pathologen, Onkologen und Strahlentherapeuten bei den bösartigen Lungenerkrankungen (pneumologisch-thoraxchirurgische Tumorkonferenz), aber auch bei schwerem Emphysem mit dem Emphysemboard und bei den fortschreitenden entzündlich-vernarbenden Bindegewebserkrankungen der Lunge (interstitielle Lungenerkrankungen) mit interdiszipilinären Konferenzen für diese seltenen Erkrankungen. Neben fachärztlicher und fachpflegerischer Betreuung arbeiten in allen drei Kliniken des Lungenfachzentrums Knapp-

Anzeige

schaft Kliniken jeweils mehrere von der DGP zertifizierte Atmungstherapeuten. Diese berufsbegleitende Ausbildung wurde 2005 in Deutschland eingeführt, um sowohl gezielt Pflegekräfte als auch Physiotherapeuten in allen Aspekten der umfassenden Versorgung bei Lungen- und an der Atempumpe erkrankten Patienten spezifisch weiterzubilden. So konnte die Qualität unserer Patientenversorgung deutlich erhöht werden. Die leitenden Ärzte des Lungenfachzentrums Dr. Barchfeld, Dr. Geiseler und Dr. Kelbel sind von Anfang an sowohl in der theoretischen als auch praktischen Ausbildung unserer Atmungstherapeuten einbezogen. Hierzu gehören Tätigkeiten im Rahmen der Inhalationstherapie und des Sekretmanagements ebenso wie die Einleitung und Kontrolle von nichtinvasiven, aber auch invasiven außerklinischen Beatmungen, aber auch die postoperative thoraxchirurgische Versorgung. Durch unsere kompetenten Atmungstherapeuten ist an allen Standorten eine hochqualifizierte, zuverlässige und krankheitsspezifische Behandlung gewährleistet. Wichtig sind für uns auch die Schulungen und Vorträge zu speziellen Krankheitsthemen und zu den Möglichkeiten der Selbsthilfe bei unseren Patienten und ihren Angehörigen.

Große physiotherapeutische Abteilungen, aber auch psychoonkologische Angebote, runden die Betreuung im Lungenfachzentrum Knappschaft Kliniken ab.

Unser Anspruch ist eine persönliche, qualitativ hochwertige und moderne interdisziplinäre Diagnostik und Therapie aller Formen von Lungenerkrankungen und Erkrankungen der Atemwege und der Atmung. Wir stützten uns dabei auf klar definierte aktuelle Leitlinien und Empfehlungen, an deren Erstellung wir teilweise mitbeteiligt sind und auf die am neuesten medizinischen Wissensstand orientierten Behandlungspfade. Dies wird auch durch die jährlichen Überprüfungen und Zertifizierungen umfassend dokumentiert.

Autor:
Chefarzt Dr. Jens Geiseler
Paracelsus-Klinik Marl

LUNGEN FACHZENTRUM
KNAPPSCHAFT KLINIKEN

KNAPPSCHAFT KLINIKEN
KLINIKUM VEST

Als Ansprechpartner stehen wir gerne für Auskünfte bereit:

Chefarzt
Dr. Clemens Kelbel,
Tel. 0231 8787-401

Klinik am Park, Lünen, Medizinische Klinik I
– Pneumologie, Gastroenterologie, Kardiologie, Intensivmedizin

Chefarzt
Dr. Burkhard Thiel,
Tel. 0231-8787-671

Klinik am Park, Lünen, Klinik für Thoraxchirurgie

Ltd. Arzt
Dr. Thomas Barchfeld,
Tel. 0231-9920-1373

Knappschaftskrankenhaus Dortmund,
Medizinische Klinik II
– Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin:

Chefarzt
Dr. Jens Geiseler,
Tel. 02365-90-2141

Paracelsus-Klinik Marl, Medizinische Klinik IV
– Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin

Bundeseinheitlicher Medikationsplan (BMP):

Forderungen und Handlungsbedarf

Der **b**undeseinheitliche **M**edikations**p**lan (BMP) ist eine wichtige Errungenschaft für die Patientinnen und Patienten. *Seit Oktober 2016* haben *gesetzlich Versicherte*, die **mindestens drei verordnete Medikamente mindestens vier Wochen lang anwenden**, einen *Anspruch* auf diesen Überblick in Papierform. Die Ärztinnen und Ärzte müssen über diesen Anspruch informieren. Im Regelfall erstellt die *Hausärztin* oder der *Hausarzt* den Medikationsplan. Der Medikationsplan soll möglichst **sämtliche Arzneimittel enthalten**, die verordneten und die frei verkäuflichen. Weitere Hinweise, zum Beispiel zum Zeitpunkt der Einnahme und dem Grund der Verordnung, sind vorgesehen. Auch medikationsrelevante Informationen wie Allergien können aufgeführt werden. Der Plan wird nach einem einheitlichen Muster erstellt.

Alle Apotheken haben *auf Wunsch* der Patientinnen und Patienten bei Abgabe eines apothekenpflichtigen Medikamentes den Medikationsplan zu aktualisieren, z.B. bei *Namensänderung des Medikamentes* oder bei *Selbstmedikation*.

Mit dem elektronischen, dem E-Medikationsplan, können die Informationen des BMP ab dem 3. Quartal 2020 auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. Das Speichern und die Einsicht in diese Daten auf der Gesundheitskarte in der Arztpraxis, in Apotheken, im Krankenhaus oder in der psychotherapeutischen Praxis setzt die Einwilligung der Patientin oder des Patienten voraus. Der einzelne Versicherte erhält weiterhin einen Ausdruck, da er/sie ihren Plan digital nicht einsehen kann. Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte soll der Plan dann auch digital vom Patienten einsehbar sein.

Prof. Dr. med.
Claudia Schmidtke
Patientenbeauftragte
der Bundesregierung

Foto: Jan Kopetzky

Sieben Forderungen und Handlungsfelder

Vom Gesetz zur Wirklichkeit

1. Immer noch erhält ein Teil der Berechtigten keinen Medikationsplan, oder eine Aktualisierung wird nicht vorgenommen. Die im Gesetz **vorgesehene Verpflichtung** der Ärztinnen und Ärzte, einen Medikationsplan zur Verfügung zu stellen, muss flächendeckend in der Praxis umgesetzt werden.
2. Die V**erpflichtung der Apotheken, auf Wunsc**h der Patientinnen und Patienten den Medikationsplan zu aktualisieren, wird noch unzureichend umgesetzt. Patientinnen und Patienten müssen informiert werden, unter welchen Voraussetzungen sie einen aktualisierten Medikationsplan von der Apotheke verlangen können.
3. Arztpraxen, Apotheken, Psychotherapeuten und Kliniken können sich mit Hilfe des E-Medikationsplans über die aktuelle medikamentöse Behandlung informieren und den Medikationsplan gegebenenfalls anpassen, wenn die Versicherten dem zustimmen. Eine wichtige Basis dafür ist eine gute Information der Versicherten. Daher müssen sie verstärkt über den E-Medikationsplan sowie über das Verfahren mit Gesundheitskarte und PIN aufgeklärt werden.

Aus Patientensicht erforderliche gesetzliche Änderungen

4. Auf **Patientenwunsch** sollten neben den Heilberufen auch Pflegekräfte den E-Medikationsplan einsehen und ausdrucken können.
5. Die Begrifflichkeiten und die Gestaltung des Medikationsplans müssen **patienten-** und **sehbehindertengerecht** sein. Ebenso müssen die Inhalte des Medikationsplans in einem barrierefreien, digitalen Format zugänglich sein.

Aktiv statt passiv: Patientenbeteiligung stärken

6. Der Medikationsplan muss von den Patientinnen und Patienten aktiv genutzt werden können, z.B. um eine Selbstmedikation oder Bemerkungen zu den Medikamenten ergänzen zu können. Es sollte dabei erkennbar sein, dass diese Ergänzungen von Patientenseite erfolgten.
7. Die Betroffenenorganisationen (Patienten-, Behinderten- und Seniorenorganisationen) müssen früh-

zeitig gehört werden und bei der Weiterentwicklung des Medikationsplans aktiv einbezogen werden. Sie müssen auch bei der Erstellung und Verbreitung von patientenfreundlichen Informationen eingebunden werden.

Rechtsgrundlage: § 31a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) – Krankenversicherung: Vereinbarung zum BMP zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und dem Deutschen Apothekerverband

Zur Initiative „Medikationsplan schafft Überblick":

Am Welttag der Patientensicherheit 2019 startete die BAGSO – **B**undes**a**rbeits**g**emeinschaft der **S**enioren-**o**rganisationen e.V. die Initiative „Medikationsplan schafft Überblick". Patientinnen und Patienten werden über ihren Anspruch auf Aushändigung eines aktuellen Medikationsplans aufgeklärt und ermutigt, bei ihren Ärztinnen und Ärzten sowie in der Apotheke nachzufragen. Sie erhalten zudem Hinweise für den sinnvollen Umgang mit dem Medikationsplan. Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Frau Prof. Dr. med. Claudia Schmidtke, hat die Schirmherrschaft über die Initiative übernommen. Weitere Informationen: www.medikationsplan-schafft-ueberblick.de

„Medikationsplan schafft Überblick" ist eine Initiative der BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V.

Die Initiative wird von zahlreichen Kooperationspartnern unterstützt sowie von Pfizer Deutschland GmbH, Novartis Pharma GmbH und MSD SHARP & DOHME GMBH gefördert

Kooperationspartner:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., BAG SELBSTHILFE Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V., Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V., Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen – DPLA e.V., Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V., Deutscher Psoriasis Bund e.V., Kompetenznetz HIV / AIDS e.V., LAM Selbsthilfe Deutschland e.V., Leberhilfe Projekt e.V., Migräne-Liga e.V. Deutschland, Netzwerk Osteoporose e.V., Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein e.V., Selbsthilfeverband Inkontinenz e.V., Sklerodermie Selbsthilfe e.V., Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Uronauten

Der Medikationsplan – alle Medikamente im Blick

Medikationsplan schafft Überblick!

Medikationsplan	für: **Andrea Musterfrau**	geb.: 27.02.1953
Seite __ von __	ausgedruckt von: Praxis Dr. Müller, Weißstr. 543, 12345 Beispielhausen E-Mail: mueller@beispielhausen.de	ausgedruckt am: 17.09.2019

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise	Grund
Wirkstoff A	Handelsname 1	125 mg	Tabletten	1	0	0	0	Stück	0,5 Std. vor dem Frühstück	Schildrüsen-unterfunktion
Wirkstoff B	Handelsname 2	160 mg	Tabletten	1	0	1	0	Stück		Bluthochdruck/ Herzschwäche
Wirkstoff C	Handelsname 3	100 E/ml	Lösung	20	0	20	0	I.E.*	Unmittelbar vor den Mahlzeiten spritzen, Wechseln der Einstichstellen	Diabetes

zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente

Wirkstoff D	Handelsname 4	180 mg	Pflaster	alle 2 Tage				Stück		Schmerzen
Wirkstoff E	Handelsname 5	1 mg/ml	Lösung	20	20	20	0	Tropfen	bei Bedarf mit etwas Flüssigkeit verdünnt vor den Mahlzeiten	Übelkeit

Selbstmedikation

Wirkstoff F	Handelsname 6	300 mg	Tabl.	1	0	0	1	Stück	Einnehmen bis zum 12.11.2019	depressive Stimmungen

MUSTER

Für Vollständigkeit und Aktualität des Medikationsplans wird keine Gewähr übernommen.
Erstellt durch die Initiative „Medikationsplan schafft Überblick" in Anlehnung an den bundeseinheitlichen Medikationsplan.

* Internationale Einheiten

Foto: © fotofabrika – www.stock.adobe.com

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Lungensport – Verantwortung für sich und die Anderen übernehmen

Trotz oder gerade wegen Corona sollen alle Atemwegspatienten ihre verordneten Therapien- wie körperliche Aktivität, Inhalation, medikamentöse Therapie- unverändert und konsequent weiter führen. Unter Corona leiden wir alle – ob als Betroffener oder aufgrund der Beschränkungen- aber auch unsere Muskulatur ist mangels Bewegung (Lungensport ist ausgefallen, Besuche in Fitness-Studios waren nicht mehr möglich, Einkaufen haben nette Nachbarn / Freunde / Familienangehörige übernommen, um sich zu schützen ist man in den eigenen 4 Wänden geblieben, usw.) massiv abgebaut. Und damit hat sich auch die Gangsicherheit reduziert und die Sturzgefahr erhöht. Wer hat sich schon an die allgemein gültige Empfehlung mindestens 30 Minuten pro Tag aktiv zu sein, halten können, wenn sich die Gedanken immer wieder um das Thema Corona und die Folgen drehen?

Viele brauchen einfach die Anleitung, Trainingssteuerung bei der Belastung (für viele Teilnehmer eine Art von Sicherheitsaspekt), Ansprache und Betreuung durch den Übungsleiter. Hierzu kommt der psychologische Faktor der Gruppendynamik, ein nicht zu unterschätzender Aspekt der Lungensportgruppen, neben dem Spaß an der Bewegung mit Gleichgesinnten und Mitbetroffenen, die man oft schon seit Jahren kennt.

Lungensport ist nach wie vor ein immens wichtiger Therapiebaustein in der Behandlung von Betroffenen mit COPD. Jedoch ist hier- wie in unser aller Leben- seit Monaten nichts mehr so wie es war. Aber auch hier gilt: gemeinsam schaffen wir auch diese Hürde zum Schutz aller- und besonders der Risikopatienten. Es müssen sich aber auch Alle an die Regeln halten.

Aber welche Auswirkungen hat Corona denn für den Lungensport und die wichtige körperliche Aktivität eines jeden Einzelnen?

Online-Lungensport – Möglichkeiten und Regeln

Als befristete Übergangslösung wurde durch die gesetzlichen Krankenkassen ab dem 03. April 2020 die Durchführung des ärztlich verordneten Lungensports im Rahmen eines Tele-/Online-Angebotes freigegeben. „Herzsport"- und „Kinderherz"-Gruppen waren von dieser Sonderregelung für Rehasportgruppen von Beginn an ausgeschlossen. Für die Online-Durchführung des „Lungensports" gab es folgende Regeln:

Foto: AdobeStock / Prostock-studio

- Gültige Anerkennung der Trainingsgruppe und der Übungsleiter besitzt die erforderliche Qualifikation
- Maximal 15 Teilnehmer
- 45 Minuten werden regelmäßig und an den gleichen Terminen durchgeführt
- Die ärztliche Verordnung und die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse liegt vor
- Bei neuen Verordnungen muss ein ausführliches Anamnese-Gespräch per Telefon vorangehen
- Technische Voraussetzungen (wie Laptop mit integrierter Kamera, Smartphone, o.ä.) müssen funktionsfähig und vorhanden sein
- Die Teilnehmer müssen erkennbar in der Lage sein, ohne Korrekturmöglichkeiten durch den Übungsleiter und persönliche Kontakte die Übungen selbständig durchzuführen und dürfen nicht sturzgefährdet sein
- Eine ausführliche Einführung und Erklärung der Übungen mit Sicherheitshinweisen zu Beginn der Übungseinheit
- Ausführliche und nachvollziehbare Dokumentation der Übungseinheit unter dem Begriff „Tele" zur Teilnahme, mit Datum, Uhrzeit, Namen der Teilnehmer, evtl. Vorkommnissen, Stundeninhalten, ...

Fazit: Eine gut, aber nicht für alle Gruppen / Vereine bzw. Teilnehmer zu praktizierende und realisierende Alternative unter den Bedingungen des ersten Lockdowns. Teilweise wird diese Online-Version des Lungensports seit dem Wiederbeginn in Präsenzgruppen auf Selbstzahlerbasis weitergeführt- zusätzlich zur wieder aktivierten Präsenz-Lungensport-Gruppe, bzw. jetzt als Alternative in folgenden „Lockdowns-Light".

Neustart der Gruppen unter neuen und verschärften Hygieneregeln

Und dann durften sie wieder stattfinden - aber eben unter neuen verschärften Bedingungen bis zum Beschluss vom 28.10.2020 zum „Lockdown light" vorläufig im November.

- Für jeden Teilnehmer muss ein Bereich von 5-10 m² zur Verfügung stehen, folglich sind kleinere Gruppen zu bilden
- Intensive Lüftungen der Räumlichkeiten müssen regelmäßig durchgeführt und zeitlich eingeplant werden
- Konsequente Desinfektionsmöglichkeiten für die Hände der Teilnehmer / Übungsleiter, Stühle, Türkliniken, ... müssen nicht nur gewährleistet, sondern auch genutzt werden. Hierfür müssen auch Einmalhandschuhe zur Verfügung stehen
- Hygiene-Beauftragte des Vereins bzw. der Einrichtung müssen jederzeit ansprechbar sein
- Möglichkeiten zur Durchführung im Freien sind zu prüfen und zu bevorzugen
- Bei Infektanzeichen (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, ...) festgestellt werden, muss der Übungsleiter telefonisch - besonders wenn entsprechende Symptome nach einem Training auftreten - umgehend informiert werden
- Es können keine Umkleide- oder Duschräume genutzt werden, dies sollte nur im häuslichen Bereich erfolgen
- Fahrgemeinschaften sind untersagt
- Eine „Einbahnstraßen-Regelung" bei den Ein- und Ausgängen ist einzuführen, um direkte Begegnungen zu vermeiden
- Der nötige Sicherheitsabstand von mind. 1,5 m und die bekannten Desinfektions-Maßnahmen sind beim Betreten des Übungsortes strikt einzuhalten und konsequent durchzuführen
- Eine Mund-Nasen-Bedeckung ist beim Training und auf den Wegen von und zu den Trainingsräumen und auch in den Räumen zu tragen
- Handgeräte sind vom Teilnehmer persönlich mitzubringen, dabei sollte die Abstimmung nur über Email, etc. erfolgen
- Übungen paarweise oder als Gruppe dürfen nicht stattfinden
- Hygiene-Einweisungen sind bei jedem Termin sinnvoll
- Jeder Teilnehmer sollte für sich individuell seine Teilnahme entscheiden und eventuell mit seinem Arzt besprechen
- Spezifische Vorgaben der einzelnen Bundesländer oder der regionalen Gesundheitsämter sind strikt zu befolgen

Fazit: Viele Einschränkungen, aber Lungensport fand wieder statt!

Digitalisierung und Bewegung

Eine Alternative zu den diversen Broschüren und Anleitungen zu sinnvollen Übungen ist die stark fortschreitende Digitalisierung in der Medizin und bei der Behandlung von Lungenerkrankungen. *Elektronische Tagebücher* bieten Patienten die Möglichkeit Medikamente, Krankheitssymptome, körperliche Aktivitäten, gesundheitsrelevante Parameter (Sauerstoffsättigung, Blutdruck und Puls, Borg-Skala, Asthma-Control-Test, COPD-Assessment-Test, ...) und den eigenen Krankheitsverlauf z.B. in einer *Smartphone-App* zu dokumentieren. Ergänzt werden diese Daten dann im Idealfall noch durch die Eingabe der diversen Werte von Bewegungstrackern, Schrittzählern oder natürlich des persönlichen Peak-Flows. Neben der Möglichkeit der Inhalationskontrolle (KATA-App) gibt es bereits diverse Bewegungs-Apps, die die tatsächliche persönliche Therapietreue (Adhärenz) unterstützen können:

Die *App Kaia* bietet einen individualisiert angepassten Trainingsplan mit Bewegungs- und Entspannungsübungen für COPD Patienten, um z.B. Rückenschmerzen zu lindern und, bedingt durch eine aufrechtere Körperhaltung, effektiver atmen zu können. Die *App „Atemwege gemeinsam gehen"* (AGG) bietet eine gute Plattform mit einer Kombination von Ausdauer- und Muskelaufbauübungen zum dosierten und dem Schweregrad der Erkrankung angepassten regelmäßigen Training für Patienten mit (schwerem) Asthma. Das Training wird zudem ergänzt durch Krankheitsinformationen.

Fazit: Es gibt gute Alternativen, um auch in Lockdown- und Pandemiezeiten aktiv zu bleiben. Sie sind anfangs vielleicht nicht Jedermanns Sache und auch abhängig von der technischen Versiertheit und Ausrüstung des Einzelnen. Die notwendigen sozialen Kontakte zur gesellschaftlichen Teilhabe am täglichen Leben kann die Technik aber noch nicht bieten.

Die neue Zielgruppe für den Lungensport

Die für den Lungensport definierten infrage kommenden Patienten gehören zur Gruppe der Risikopatienten für eine Infektion mit Covid19 aufgrund ihrer chronischen Lungenerkrankung und den oft vorhandenen Begleiterkrankungen sowie ihrem Alter. Auch bei ihnen sind die festgelegten Hygiene-Maßnahmen unbedingt zu befolgen. Patienten nach einer Covid19-Erkrankung sind aber nicht auszuschließen. Sie benötigen nach ihrer schweren, überstandenen Erkrankung und nach

einer evtl. Rehabilitations-Maßnahme weiter eine konsequente Therapie. Da sie nicht mehr ansteckend sind, können sie wie Patienten z.B. nach einer COPD-Exazerbation mit Krankenhausaufenthalt oder einer durchgemachten Lungenentzündung (Pneumonie) erstmals regelmäßig am Lungensport teilnehmen.

Übungen...

Besenstiel:
Seitlich den Besenstiel mit einer Hand auf dem Boden aufstellen. Mit der Ausatmung über die Lippenbremse ein „Loch" in den Boden drücken, mit der Einatmung wieder lösen. Variation: zusätzlich auf der Stelle gehen oder die Fersen im Wechsel anheben und absetzen.

Lenkrad Auto / Lenker Fahrrad (z.B. beim Warten an einer roten Ampel):
Mit der Ausatmung über die Lippenbremse mit beiden Händen auf das Lenkrad drücken (Vorsicht Hupe), mit der Einatmung wieder lösen. Variation: die Hände unterschiedlich aufsetzen.

Handtasche / Sauerstoffgerät:
Mit beiden Armen oder nur mit einem Arm das Objekt vor dem Körper oder seitlich ruhig in der Luft halten, dabei die Atmung ganz bewusst mit der Lippenbremse fließen lassen.

Treppenstufe:
Im Wechsel je einen Fuß auf die nächste Stufe stellen. Variation: einen Fuß oben stehen lassen, mit der Ausatmung das Gewicht auf das obere Bein verlagern. Nach ein paar Wiederholungen Seitenwechsel. Weitere Variation: seitlich auf der Treppe stehen, nach einigen Wiederholungen Seitenwechsel. Ganz bewusst die Atmung mit der Lippenbremse fließen lassen.

Stuhl / Hocker:
Unter der Ausatmung über die Lippenbremse langsam aufstehen. Im Stehen tief einatmen. Mit der nächsten Ausatmung langsam wieder hinsetzen. Variation: in Schrittstellung bzw. mit Unterstützung durch die Arme (abstützen).

Strumpfhose / Trainingsband:
Jeweils sich auf die „Füße" der Strumpfhose bzw. die Enden des Trainingsbandes stellen und mit beiden Händen am Bund bzw. am Trainingsband mittig greifen und gleichzeitig unter Ausatmung über die Lippenbremse hochziehen (Ellenbogen zeigen nach außen), mit der Einatmung langsam wieder die Spannung lösen. Variation: kleine, schnelle Bewegungen und dabei ganz bewusst die Atmung mit der Lippenbremse fließen lassen.

Türrahmen:
Die Hände seitlich oder über dem Kopf an den Türrahmen anlegen und einen kleinen Schritt nach vorne machen. Die Dehnung ca. 30 - 40 Sekunden halten und ganz bewusst die Atmung mit der Lippenbremse fließen lassen. Beinwechsel

Konservendose:
Die Konservendose mit beiden Händen hinter dem Rücken greifen, mit beiden Armen eine „Acht" beschreiben. Zusätzlich mit dem rechten Bein „Fahrradfahren". Nach einigen Wiederholungen und einer kurzen Pause Seiten- und Richtungswechsel. Ganz bewusst die Atmung mittels Lippenbremse fließen lassen.

Kochlöffel:
Den Kochlöffel an beiden Enden greifen, mit der Einatmung durch die Nase den Kochlöffel soweit wie möglich über den Kopf führen und zur Decke strecken. Mit der Ausatmung und bei gleichzeitiger Lippenbremse langsam wieder in die Ausgangsstellung zurückführen. Variation: mit der „schnüffelnden" Einatmung kombinieren.

Handtuch / Geschirrtuch:
Mit beiden Händen das Tuch schulterbreit über dem Kopf ausspannen. Mit der Einatmung durch die Nase zu einer Seite neigen, mit der Ausatmung über die Lippenbremse wieder zur Mitte zurückkehren. Mit der nächsten Einatmung durch die Nase: Seitenwechsel. Variation: die Stellung auf einer Seite halten, ganz bewusst die Atmung mit der Lippenbremse fließen lassen. Seitenwechsel

Kochtopf:
Den Kochtopf mit beiden Händen an den Griffen greifen, mit der Ausatmung über die Lippenbremse auseinanderziehen, mit der Einatmung wieder lösen.

Sprudelflasche (leer oder z.B. mit Sand oder Steinchen gefüllt):
Die Flasche um den Körper führen. Ganz bewusst die Atmung mit der Lippenbremse fließen lassen. Richtungswechsel. Variation: ein Bein anheben, unter dem Bein durchgeben

Tennisball / Igelball / Stein:
Den Ball / Stein in eine Hand nehmen, mit der Einatmung durch die Nase in einem „großen" Bogen nach hinten führen und hinter dem Rücken in die andere Hand weiterreichen. Mit der Ausatmung über die Lippenbremse wieder nach vorne führen und mit der anderen Hand übernehmen.

Obere Extremitäten – Arme:
Seitlich- in Schulterhöhe- halten. Variation: kleine, schnelle Bewegungen oder große, langsame Bewegungen auf und ab oder vor und zurück. Ganz bewusst die Atmung mit der Lippenbremse fließen lassen.

Untere Extremitäten – Beine:
Im Sitzen ein Bein nach vorne gestreckt abheben, Zehenspitzen hochziehen. Halten. Variation: das Bein in kleinen Bewegungen auf und ab führen oder halten und die Zehenspitzen beugen und strecken. Ganz bewusste Atmung über die Lippenbremse.

Fazit: Jeder hat sein Fitness-Studio daheim, nur es muss auch genutzt werden!

... und Trainingstipps für daheim

- Nutzen Sie jede Möglichkeit im Alltag zu trainieren
- Jedes „Alltagsgerät" (Kochlöffel, Kochtopf, Treppenstufe, Konservendose, Arme, Beine, ...) eignet sich zum Training
- Jede genutzte Minute, jeder Schritt, jede Treppenstufe ist für Ihre Lebensqualität, Mobilität und soziale Teilhabe wichtig
- Realistische Ziele reduzieren den inneren Schweinehund, füttern Sie ihn nicht mit Ausreden!
- Dokumentieren Sie Ihre Aktivitäten z.B. auf dem Dokumentationsbogen „meine tägliche Aktivität" der AG Lungensport

Fazit: Es ist jetzt mehr denn je Zeit, sich – trotz oder gerade wegen Corona- wieder dem „inneren Schweinehund" zu stellen und wieder körperlich aktiv zu werden, natürlich unter Berücksichtigung aller Hygiene-Regeln.

Bleiben Sie aktiv, gesundheitlich stabil und Corona-frei!

Autorin:

Michaela Frisch
Beisitzerin „Lungensport"
der DPLA
VisionHealth GmbH

ANZEIGE

GTI medicare
Oxygen Technology
HOMECARE

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 O2-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

Trainings-App für Menschen mit schwerem Asthma

– Motivation für eine aktivere Teilhabe am Leben

Foto: AdobeStock / Khunatorn

Ab sofort ist für alle Menschen mit Asthma die kostenlose Trainings-App des Projekts 'Atemwege gemeinsam gehen' (AGG) verfügbar (App Store, Google Play Store). Das von Lungenfachärzten und Sportwissenschaftlern gezielt für Menschen mit Asthma entwickelte Trainingsprogramm kombiniert Ausdauereinheiten mit Kraftübungen.

Betroffene können – je nach persönlicher Konstitution und in Absprache mit ihren behandelnden Ärzten – individuelle Übungskombinationen nutzen. Ziel dieser App ist es zusätzlich zu der erforderlichen medikamentösen Therapie, die körperliche Leistungsfähigkeit zu erhalten. Oder, wie es in der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) von 2020 heißt: „um die Belastbarkeit und Lebensqualität zu verbessern und die Morbidität zu verringern".[1] „Das Ziel unserer App ist es, Menschen mit schwerem Asthma durch eine strukturierte und individuell angepasste Herangehensweise zu reaktivieren und neu zu motivieren", so Privat-Dozent Dr. Matthias Krüll, Lungenfacharzt aus Berlin und Mitglied der Arbeitsgruppe aus Lungenfachärzten und Sportwissenschaftlern.

„Wir haben im Trainingsprogramm eine Kombination aus Kraft- und Ausdauerübungen zusammengestellt, die sich auch zu Hause ganz einfach umsetzen lassen. Mit Blick auf die nach wie vor andauernde COVID-19-Pandemie können damit auch Asthma-Patientinnen und -Patienten, die momentan und wenn, nur eingeschränkt in Lungensportgruppen trainieren, sich in den eigenen vier Wänden weiter körperlich fit halten", so Krüll weiter. Hierzu bietet unsere App zusätzlich eine Reihe von Tipps und Informationen rund um Asthma und Sport.

Auch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) empfiehlt in einem aktuellen Positionspapier[2] zur gegenwärtigen Pandemiesituation, Lungensportübungen individuell weiterzuführen und – ebenso wie die medikamentöse Therapie – nicht zu unterbrechen. Das kann diese Trainings-App aktiv unterstützen und dazu motivieren, denn „komplett allein" muss niemand trainieren: Die sportliche Botschafterin des AGG-Projekts, Heike Drechsler, macht die Übungen in zahlreichen Trainingsvideos vor und erläutert sie im Detail. „Gerade in Corona-Zeiten ist es wichtig, dass man das Thema körperliches Fithalten nicht vergisst. Man kann schon mit kleinen Sporteinheiten sehr viel bewirken, sofern man sie regelmäßig durchführt und am Ball bleibt", so die zweifache Weltmeisterin und doppelte Olympiasiegerin im Weitsprung. „Dabei ist es wichtig, sich realistische Ziele zu setzen und sich selbst nicht zu überfordern – so bleibt man langfristig motiviert und schon kleine Erfolge spornen weiter an."

Die Trainings-App umfasst Trainingskalender, Kräftigungsübungen für Oberkörper und Unterkörper eingeteilt nach Schweregraden von 'leicht' bis 'schwer', sowie Anleitungen zum Ausdauertraining, Dehnübungen und praktische Informationen und Tipps zu Asthma & Sport.

Die App wurde mit Unterstützung der AstraZeneca GmbH entwickelt.

Quellen:

1 Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma Langfassung 4. Auflage, 2020 Version 1

2 Bauer T et al.: Stellungnahme der DGP zur Risikoabschätzung bei Patienten mit chronischen Atemwegs- und Lungenerkrankungen im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie. Online verfügbar unter: https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/

– Advertorial –
Mit freundlicher Unterstützung
von AstraZeneca

Trotz Asthma in Bewegung bleiben

Egal, ob alltägliche Erledigungen im Haushalt oder ein Spaziergang im Grünen: Was für Gesunde eine Selbstverständlichkeit ist, kann für Menschen mit Asthma bronchiale schnell zur Herausforderung werden. Denn Asthma ist eine komplexe Erkrankung, die je nach Schweregrad große Auswirkungen auf die Lebensqualität haben kann. Für die Diagnose werden neben dem individuellen Beschwerdebild auch Aspekte wie die Lungenfunktion und das Ansprechen auf Medikamente berücksichtigt. Zudem spielen die Ursachen der Erkrankung eine weitere wichtige Rolle: Bisher wurde in der Regel nur zwischen allergischem und nicht-allergischem Asthma unterschieden, doch nun ermöglichen medizinische Fortschritte einen differenzierten Ansatz.

Biologische Merkmale erkennen – Asthma-Formen verstehen

Dank der Forschung zu bestimmten Kennzeichen der Erkrankung können Mediziner mittlerweile weitere Asthma-Formen unterscheiden. Hierfür werden sogenannte Biomarker – messbare körperliche Eigenschaften, wie zum Beispiel die Anzahl bestimmter Zellen im Blut – zurate gezogen. Ein wichtiger Biomarker beim Asthma sind die Eosinophilen. Wenn diese an der Immunabwehr beteiligten Zellen in hoher Zahl im Blut oder Lungengewebe nachgewiesen werden, spricht man von „eosinophilem Asthma“. Dieses geht häufig mit einer schweren Symptomatik einher. Menschen mit schwerem eosinophilem Asthma sind im Alltag oft körperlich stark eingeschränkt und selbst geringe Belastungen können die Symptomatik verschlechtern.

Bessere Symptomkontrolle durch Antikörpertherapie

Lange waren Kortison-Tabletten das Mittel der Wahl in der Behandlung des schweren Asthmas, da sie eine schnelle Linderung der Symptome versprachen. Diese wirken jedoch nicht nur in der Lunge – also am Zielorgan – sondern im ganzen Körper. Dadurch können schwere Nebenwirkungen wie starke Gewichtszunahme (Mondgesicht) oder Grauer Star verursacht werden.

Doch das zunehmende Wissen über das Wesen der Erkrankung und der Einsatz von Biomarkern ermöglichen heute eine Therapie, die zielgerichtet in die krankmachenden Prozesse eingreift: Seit einigen Jahren sind hierfür Antikörper verfügbar, die gegen die auslösenden Stoffe oder Zellen gerichtet sind. Durch ihren Einsatz – verabreicht per Spritze oder Injektion – können Luftnot und Asthma-Anfälle reduziert oder gänzlich verhindert werden. Die Symptome werden dadurch oftmals so gut kontrolliert, dass die Kortison-Dosis verringert oder das Medikament sogar ganz abgesetzt werden kann. Auch die Lungenfunktion und in der Folge die Belastbarkeit im Alltag können sich deutlich verbessern. Dadurch eröffnen sich für viele Betroffene neue Möglichkeiten: Regelmäßige Bewegung und moderate sportliche Betätigung können wieder Teil des Alltags werden.

Dr. Rainer Glöckl, Heike Drechsler und PD Dr. Matthias Krüll (v.l.n.r) während der virtuellen AGG-Wanderung im Juni 2020. Quelle: Johannes Kramer

Die AGG-Botschafterin Heike Drechsler unterstützt die TeilnehmerInnen nach Kräften. Quelle: Johannes Kramer

Körperliche Bewegung trotz schwerem Asthma? Ja!

Die wissenschaftlichen medizinischen Leitlinien empfehlen Bewegung als wesentlichen Bestandteil der Behandlung, da sie positive Auswirkungen auf die Lungenfunktion und somit auch auf die Lebensqualität hat. Die TeilnehmerInnen des Projekts „Atemwege gemeinsam gehen – Motivation für Menschen mit schwerem Asthma (AGG)“ erleben das buchstäblich am eigenen Leib. Denn AGG hat sich ein großes Ziel gesetzt: Es soll gezeigt werden, dass durch lungenfachärztliche Begleitung, eine individuelle, leitliniengerechte Therapie und Motivation im Team eine normale und sportliche Teilhabe am Leben möglich ist. Durch einen speziellen Trainingsplan und regelmäßige, derzeit virtuelle, Treffen halten sich die TeilnehmerInnen fit. Mit von der Partie und als AGG-Botschafterin aktiv ist die zweifache Weltmeisterin und zweifache Olympiasiegerin im Weitsprung, Heike Drechsler: „Bewegung ist für jeden Menschen wichtig und sollte ein fester Bestandteil des Tages sein. Dabei sollten nicht sportliche Höchstleistungen, sondern Regelmäßigkeit und Freude im Vordergrund stehen. Dieses Credo haben die AGG-TeilnehmerInnen längst verinnerlicht.“

Weitere Informationen finden Sie auf
www.eosinophiles-asthma.de

Die gleichnamige Trainings-App können Sie kostenfrei herunterladen.

DE-29767/20

Starke Luftbewegung

Foto: AdobeStock/ Vlacheslav Iakobchuk

Mit Bohnensäckchen und anderem Sportgerät kämpft die Abteilung Lungensport im Verein für Sport und Gesundheit (VSG) e.V. Wiesbaden gegen Atemwegserkrankungen.

Eine Disziplin, in der die wichtigste Regel lautet:
Wer mitmacht, hat schon gewonnen.

Arme kreisen, Schultern recken und senken sich, und ein rhythmisches Schnauben füllt die Turnhalle der **Theodor-Fliedner-Schule**, in der sich Wiesbadens wohl langsamste Läuferriege montags ab 18 Uhr zum Training trifft. Bestzeiten der meisten Lungensportlerinnen und -sportler, die **Atem- und Dehnübungen als Warm-up** absolvieren, liegen zwischen fünf und sechs Minuten für 300 Meter, eine Strecke, die Weltklasseathleten in weniger als 31 Sekunden schaffen. „Doch uns gelingt etwas, das mindestens genauso schwierig ist wie internationale Rekorde aufzustellen, wir durchbrechen Teufelskreise und Abwärtsspiralen", sagt Lothar Wern, 77.

Vor mehr als 15 Jahren hat der ehemalige Großkundenbetreuer einer Gefriertechnik- und Kältemittelfirma die **Abteilung Lungensport** im Verein für Sport und Gesundheit (VSG) e.V. Wiesbaden gegründet und leitet sie bis heute. In das kritische und bei Atemwegspatienten verbreitete Verhaltensmuster, gegen das die 15 Frauen und Männer antrainieren, ist er mit Anfang 30 geraten, nach der Diagnose Asthma: „Ich fürchtete mich vor Anfällen und war dazu schnell außer Atem, also habe ich mich so wenig wie möglich bewegt, mit dem Ergebnis, dass ich immer schwächer wurde, die Anfälle sich häuften und ich schon bei der geringsten Anstrengung ins Keuchen kam."

> „Man muss das Unmögliche versuchen,
> um das Mögliche zu erreichen."
>
> *Hermann Hesse*

„Die Leistungsfähigkeit wird sich verbessern, **die Lebensqualität** sich erhöhen und die Zahl der akuten Anfälle wird sinken", verspricht die Broschüre der Lungensportinitiative, die bei allen Lungenfachärzten der Stadt in den Wartezimmern ausliegt. Es ist erwiesen, dass **körperliche Fitness** einen **positiven Einfluss** auf den Verlauf von Asthma, COPD und anderen chronischen Atemwegserkrankungen haben kann. Patienten können das wöchentliche 90-Minuten-Training **von ihrem Arzt verordnet** bekommen, die Verordnung ist die Voraussetzung für die Teilnahme. Die Beiträge tragen die Krankenkassen.

„Gebeugt erst, zeigt der Bogen seine Kraft"
Franz Grillparzer

„Es ist wichtig, dass die Teilnehmer **ihre Fähigkeiten und ihre Grenzen** kennenlernen, sich nicht über- aber auch nicht unterfordern, und dass sie wissen, wie sie sich selbst helfen können", sagt Lothar Wern, der mit 63 Jahren den Übungsleiterschein gemacht hat und bis vor wenigen Jahren Lungensportler trainiert hat: „Unser Sport stärkt nicht nur den Körper, **er baut auch Ängste ab** und stärkt das Selbstbewusstsein."

Weitere Übungen im Verlauf der Trainingseinheit fördern **die Geschicklichkeit** und Koordination, kräftigen Muskeln und **stärken die soziale Einbindung**: „Wir bilden zum Beispiel Teams, die gegeneinander Ball spielen", sagt Lothar Wern. „Nicht wenige Teilnehmer kommen auch wegen der Geselligkeit und dem Spaß." Seine Erfahrung mit der **Leistungssteigerung**: „Bei den ersten Malen schafft kaum jemand die 90 Minuten ohne Pause. Aber ich kenne niemanden, der Ausdauer und Allgemeinbefinden nicht innerhalb der ersten Monate verbessert hat."

Viermal pro Jahr absolvieren die Sportler einen sogenannten **Gehtest**, bei dem nicht nur Strecke und Zeit, sondern auch medizinische Werte wie Sauerstoffsättigung, Puls und Blutdruck gemessen werden. „Zu sehen, wie man von Mal zu Mal besser wird, ist ein unglaubliches Erfolgserlebnis", sagt er.

Wer etwas will, findet Wege.
Wer etwas nicht will, findet Gründe"
(Volksmund)

Corona hat keine großen Auswirkungen auf den Sportsgeist. Teilnehmer und Übungsleiter befolgen **Hygieneregeln**. Vor dem Betreten der Halle werden die Hände desinfiziert, es gelten ein Mindestabstand von zwei Metern, Partnerübungen entfallen, Umkleiden und Duschen bleiben geschlossen und von Fahrgemeinschaften wird abgeraten. Allerdings gibt es keine Pflicht, Behelfschutzmasken zu tragen, die das Atmen zusätzlich erschweren.

In den Sommerferien trainieren die Lungensportler im **Freien**, auf einer Wiese im Biebricher Schlosspark. Publikum, das Abstand hält, ist willkommen: „Und vielleicht erleichtert das Zuschauen einigen Erkrankten, die noch zögern, die Entscheidung, aktiv zu werden!"

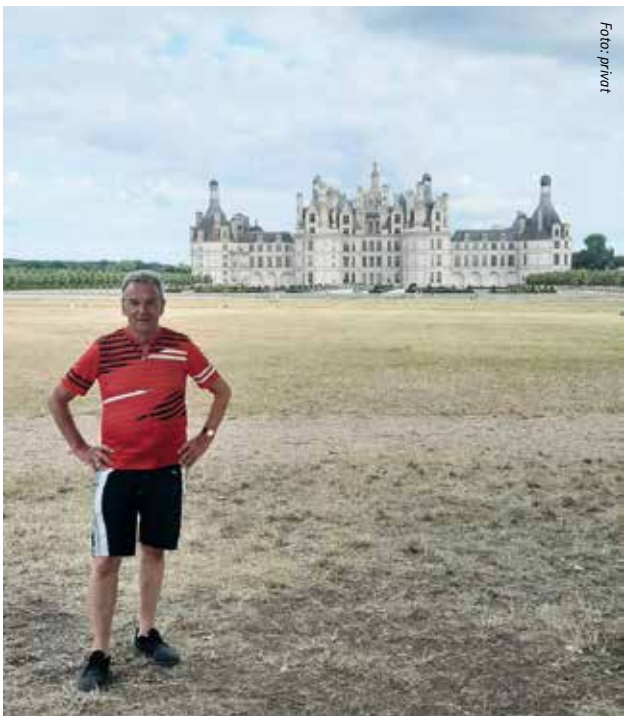


Foto: privat

Lothar Wern, einmal nicht vor dem Biebricher Schloss

6 gute Gründe für Lungensport

1. Verbesserung der physischen und psychischen Belastbarkeit
2. Erhöhung des Lungenvolumens
3. Erhöhung und Erhalt der Knochendichte (Osteoporose-Vorbeugung)
4. Steigerung des körperlichen Wohlbefindens
5. Steigerung der Sauerstoffaufnahme und des -transports im Körper
6. Steigerung und Erhalt der eigenen Lebensqualität

Mehr Infos und Termine:

Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.
Abteilung Lungensport im Verein für Sport und Gesundheit (VSG) e.V.
Tel. 06122 15254
wiesbaden.pat-liga.de

Der Artikel wurde uns freundlicherweise vom Wiesbadener Gesundheitsportal **mymedaq.de** – auf die sich immer ein Blick lohnt – zur Verfügung gestellt.

Autorin:

Petra Sadowsky
Freie Journalistin

Foto: Antonia Gern

Krankenversicherung als Luxus

Foto: AdobeStock / Alexander Sánchez

Die Vereinigten Staaten von Amerika sind das einzige Land der westlichen Welt, in dem eine Krankenversicherung für die Einwohner nicht verpflichtend ist. Für viele Bürger im Land ist eine gesundheitliche Absicherung nicht bezahlbar – Kranksein kann sich entsprechend nicht jeder leisten.

Die USA erstrecken sich über 9.833.517 Quadratkilometer und gehören damit zu den größten Ländern der Erde. So groß wie das Land sind teilweise auch die Unterschiede in den 50 US-Bundesstaaten. Nicht nur die Gesetzeslage unterscheidet sich von Staat zu Staat, auch die Lebensumstände und -verhältnisse variieren – und damit auch die medizinischen Gegebenheiten. So kann es sein, dass sich die gesundheitliche Versorgung in den einzelnen Bundesstaaten stark unterscheidet: Im Nordosten des Landes beispielsweise ist laut dem amerikanischen Amt für Volkszählung (U.S. Census Bureau) die Abdeckung durch eine Versicherung im Jahr 2018 prozentual höher, als im mittleren Süden Amerikas. Auch erhalten die US-Bürger nicht in allen Staaten Krankengeld oder Mutterschaftsgeld.

Trotzdem empfinden 88 Prozent der Amerikaner ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut und liegen damit deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 69,1 Prozent, so eine Studie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Dabei geben Männer häufiger als Frauen an, bei guter Gesundheit zu sein. Im internationalen Vergleich befinden sich die USA mit 78,6 Jahren in Bezug auf die Lebenserwartung unter dem OECD-Durchschnitt (80,2 Jahre). Frauen leben demnach 81,1 Jahre, Männer liegen mit einem Durchschnittswert von 76,1 fünf Jahre dahinter. Bei der Lebenszufriedenheit – die Bevölkerung gibt hier eine subjektive Einschätzung zu Merkmalen wie dem Bildungsniveau und den Gesundheitsbedingungen ab – liegen die USA mit 6,9 leicht über dem Durchschnittswert von 6,5. Die Gesundheitsausgaben sind in den Vereinigten Staaten mit 16,9 Prozent sehr hoch, die Tendenz für die kommenden Jahre deutet auf eine weitere Steigerung der Ausgaben hin.

Dauerpatient Gesundheitssystem

Aber warum ist das amerikanische Gesundheitssystem so teuer? Einer der Gründe dürften die hohen Gehälter der Ärzte und des Pflegepersonals sein, die im internationalen Vergleich gut verdienen. Ein anderer die Preispolitik der Versicherungsanbieter.

Sicherlich trägt auch die Versorgung nicht versicherter Bürger, gerade auch vieler Migranten, dazu bei. Da in Amerika per Gesetz eine Notfallversorgung im Krankenhaus für jeden Menschen gewährleistet ist, erhält ein Notfallpatient – unabhängig seiner finanziellen Mittel – entsprechende Hilfe. Die Kosten gehen dann entsprechend zu Lasten der Krankenhäuser.

Seit vielen Jahren steht das Gesundheitssystem in den USA in der Kritik. Dadurch, dass es keine Versicherungspflicht gibt, verzichten viele Amerikaner auf eine gesundheitliche Absicherung. Die hohen Kosten der Police schrecken viele Bürger ab. Laut dem amerikanischen Amt für Volkszählung, das dem amerikanischen Wirtschaftsministerium angegliedert ist, lebten 2018 rund 27,5 Millionen Menschen in Amerika ohne eine Krankenversicherung. Dieser Wert entspricht 8,5 Prozent der Bevölkerung. Bei der demografischen Verteilung liegt der Anteil der Nichtversicherten in der Altersgruppe der 19-25-Jährigen am höchsten. Hier hatten 14,3 Prozent der Altersgruppe keine Versicherung. Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre lagen bei 5,5 Prozent und Ältere ab 65 Jahren bei 0,9 Prozent in der jeweiligen Altersstufe.

„Obamacare" versprach Besserung

Mit dem „Affordable Care Act", besser bekannt als „Obamacare" verabschiedete die US-Regierung 2010 ein Gesetz, das die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung zum Ziel hatte. Der damalige Präsident Barack Obama wollte vor allem die Zahl der nichtversicherten US-Bürger reduzieren. Eine wichtige Maßnahme stellte unter anderem das Verbot für Versicherer dar, Menschen mit Vorerkrankungen abzulehnen beziehungsweise mit einem höheren Beitrag einzustufen. Auch konnten Menschen ab dem Zeitpunkt Versicherungen über sogenannte „Börsen" kaufen. Vor allem aber die Strafzahlung für Menschen, die eine Versicherung ablehnten und sich keine Absicherung zulegten, sorgte für Diskussionen. Diese Regelung ist während der Amtszeit von Obama-Nachfolger Donald Trump mittlerweile wieder abgeschafft worden – und dadurch auch die Verpflichtung, sich einer Versicherung anzuschließen. Die Zahlen zeigten hingegen durchaus einen Erfolg des umstrittenen Gesetzes: Waren im Jahr 2014 noch rund 33 Millionen ohne Versichertenstatus, zählt das Amt für Volkszählung für 2015 rund 29 Millionen Nichtversicherte.

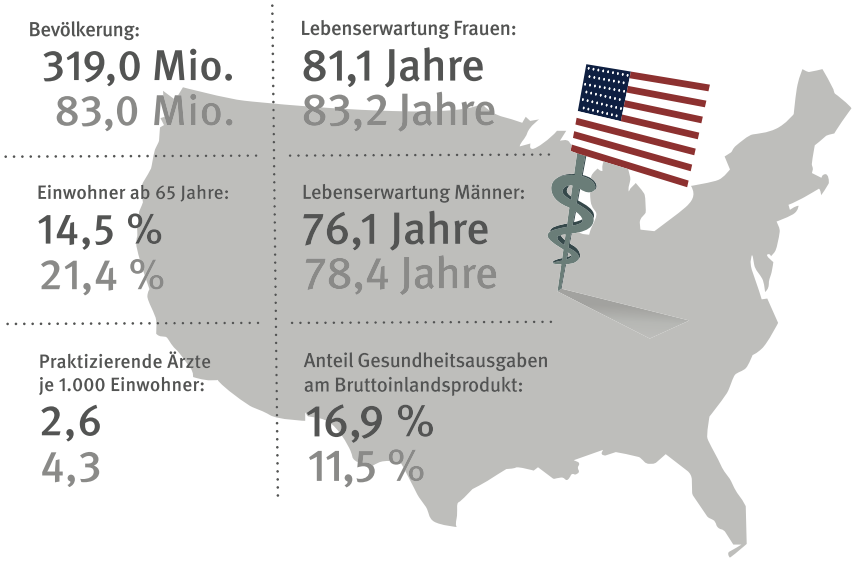
Es gibt in den USA unterschiedliche Wege, eine gesundheitliche Absicherung zu erhalten. Die private Absicherung ist dabei verbreiteter als die staatliche Versicherung. Das US-Zensus-Amt zählt 2018 rund 67 Prozent der Versicherten zur privaten Absicherungsgruppe, dazu gehören die Versicherung durch den Arbeitgeber und der Direkterwerb einer Police über den „Marktplatz der Versicherungen" (health insurance marketplace), wo vor allem Selbstständige und Freiberufler ihren Versicherungsschutz erwerben. Dies ist seit dem Inkrafttreten des „Affordable Care Act" möglich.

Eine Versicherung reicht oft nicht

Der Großteil der amerikanischen Bevölkerung erlangt seinen Versichertenstatus durch den Arbeit-

Die USA in Zahlen
(im Vergleich zu Deutschland)

Bevölkerung:	319,0 Mio.	83,0 Mio.
Lebenserwartung Frauen:	81,1 Jahre	83,2 Jahre
Einwohner ab 65 Jahre:	14,5 %	21,4 %
Lebenserwartung Männer:	76,1 Jahre	78,4 Jahre
Praktizierende Ärzte je 1.000 Einwohner:	2,6	4,3
Anteil Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt:	16,9 %	11,5 %



Quelle: OECD, Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes

geber. Die Leistung einer Krankenversicherung ist von Seiten der Arbeitgeber freiwillig – außer es ist im Tarifvertrag verankert –, so dass entsprechend nicht jeder Amerikaner mit Job auch automatisch versichert ist. Bei der Versicherung über den Arbeitgeber teilen sich dieser und der Arbeitnehmer in der Regel den Beitrag. Viele Arbeitnehmer versichern auch ihre Familien, dann ist der Beitragssatz entsprechend höher. Oft nehmen Arbeitnehmer zusätzlich private Versicherungen in Anspruch. Bei Verlust des Arbeitsplatzes oder Wechsel des Arbeitgebers verändert sich auch der Versichertenstatus – entweder folgt der Verlust der Police oder eine neue Absicherung durch den aktuellen Arbeitgeber.

Bei der staatlichen Versicherung gibt es verschiedene Programme, die für unterschiedliche Teile der Bevölkerung zuständig sind. Gerade der ältere Teil der Bevölkerung ist in den USA vergleichsweise gut abgesichert. Durch das 1965 eingeführte Programm Medicare ist eine gesundheitliche Absicherung gewährleistet, auch für jüngere Behinderte, die ebenfalls Anspruch auf das staatliche Programm haben. Medicare finanziert sich durch die Sozialversicherungsbeiträge der arbeitenden Bevölkerung, Steuern und Beitragszahlungen der Versicherten. Die Leistungen einer Versicherung über Medicare sind jedoch sehr begrenzt, so sind viele Behandlungen nicht Bestandteil und die Kosten müssen selbst getragen werden. Für das Jahr 2018 zählt das US-Zensus-Amt 17,8 Prozent der Bevölkerung, die das staatliche Programm Medicare in Anspruch genommen haben. Das ebenfalls Mitte der sechziger Jahre ins Leben gerufene Programm Medicaid half 17,9 Prozent. Mit Medicaid unterstützt der Staat einkommensschwache Personen, mit dem Programm CHIP (children health insurance program), deren Kinder. Das Programm wird von der Regierung und den Bundesstaaten finanziert, wobei der Anteil der Regierung bei wirtschaftlich schwachen Staaten höher ausfallen kann, als bei finanziell stärkeren. Der Leistungskatalog umfasst die Behandlung im Krankenhaus oder bei niedergelassenen Ärzten. Die Kostenübernahme bei verschreibungspflichtigen Medikamenten hängt vom jeweiligen Bundesstaat ab. Private Krankenversicherer führen bei beiden Bundesprogrammen den Versicherungsschutz aus und managen die Kosten.

Grundsätzlich ist die freie Arztwahl in der Regel beschränkt – selbst bei privater Versicherung. Die Versicherungsunternehmen organisieren und optimieren die Versorgungswege, um die Kosten gering zu halten. Auch beinhalten die Versicherungen oft Zuzahlungen oder Leistungsbeschränkungen.

Kostenfreie Versorgung für Hilfsbedürftige

Da die staatlichen Programme oftmals nicht alle Untersuchungen abdecken, nehmen viele Amerikaner kostenfreie Angebote gemeinnütziger Organisationen in Anspruch. In der Region der Appalachen, im Bundesstaat Virginia, versorgt beispielsweise der Health Wagon arme Menschen kostenfrei. Hilfesuchende, die nicht oder unterversichert sind, können in der mobilen Krankenstation medizinisches Fachpersonal aufsuchen. Die mobile Krankenstation fährt bereits seit den 1980er Jahren einige Orte in der Provinz Virginias an. Spenden finanzieren den Health Wagon.

Auch in anderen Bundesstaaten betreibt die Organisation Remote Area Medical (RAM) mobile Krankenhäuser. Oft sind sie in öffentlichen Einrichtungen wie Schulen untergebracht. In regelmäßigen Abständen bieten Ärzte dort kostenfreie Behandlungen an. Die aufgebauten Kliniken öffnen um sechs Uhr früh, bereits ab drei Uhr werden nummerierte Tickets an wartende Patienten verteilt. Wer den kostenfreien Service in Anspruch nehmen muss, sollte entsprechend frühzeitig bei der Ticketausgabe erscheinen.

Trump will neue Reform

US-Präsident Donald Trump hatte bereits während des Wahlkampfes angekündigt, die umstrittene Gesundheitsreform seines Vorgängers abzuschaffen. Seinen Plänen folgte bisher zumindest eine Streichung einzelner Maßnahmen des Gesetzes – wie beispielsweise die Abschaffung der Strafzahlung bei Nichtversicherten. Diese war 2018 durch ein texanisches Gericht für verfassungswidrig erklärt worden, 2019 folgte deren Abschaffung. Präsident Trump hatte bereits mehrfach versucht, „Obamacare" vollständig außer Kraft zu setzen, war bisher aber immer wieder gescheitert. Was Trump plant, bleibt offen. Im diesjährigen US-Wahlkampf könnte die Gesundheitspolitik wieder einmal eine große Rolle spielen.

Birte Christophers
Kassenärztliche Bundesvereinigung /
KBV-Klartext 1/2020

Studie zur verbesserten Behandlung von Atemnot

Better Treatments For Refractory Breathlessness – Better B

Patient*innen mit COPD (chronisch obstruktiver Lungenerkrankung) oder einer Lungenbindegewebserkrankungen (ILD) leiden in fortgeschrittenen Krankheitsstadien trotz optimaler Behandlung meist zunehmend unter Atemnot.

Am Ini-Klinikum, München (LMU) wird daher von der Medizinischen Klinik V (Abteilung für Pneumologie) und der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin gemeinsam eine Studie zur Wirksamkeit einer neuen Therapiemöglichkeit gegen Atemnot, durchgeführt. Untersucht wird ein Medikament (Mirtazapin, in niedriger Dosis), das bereits seit vielen Jahren zur Behandlung von Depressionen eingesetzt wird, auf seine Wirksamkeit bei Atemnot. Gesucht werden Patienten zur Teilnahme an dieser Studie.

Die Teilnehmer erhalten doppelblind einmal täglich entweder eine Mirtazapin- oder Placebotablette. Ab Studienbeginn Januar 2021 ist die Teilnahme ein Jahr lang möglich. Während der Tabletteneinnahme stehen alle Studienteilnehmer mit dem Forschungsteam in Verbindung und erhalten zusätzlich einen Fragebogen zur Dokumentation.

Die Studie wird von einem internationalen ärztlichem Team geleitet und beraten u.a. durch die European Respiratory Society sowie betroffene Patienten.

Kontaktaufnahme unter Betreff: Better-B Studie bei: Frau Andrea Bayerlein - Sekretariat Prof. Bausewein, Tel.: 089-4400- 74929, Fax: 089-4400-77920 Email: andrea.bayerlein@med.uni-muenchen.de

Autorinnen und Studienleitung:

Prof. Dr. med. Claudia Bausewein
PD Dr. med. Kathrin Kahnert

Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
Medizinische Klinik und Poliklinik V
Uni-Klinikum der Universität München
(LMU) Marchionistr. 15, 81377 München

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

Sklerodermie

– die Krankheit hat auch Dank der Selbsthilfe ihren Schrecken verloren

Vor 36 Jahren konnte fast niemand mit dem Begriff Sklerodermie – einer Autoimmunerkrankung - etwas anfangen, obwohl es auch prominente Betroffene wie den Maler Paul Klee (1879 – 1940) gab, bei dem 1936 eine Sklerodermie festgestellt wurde. Viele Ärzte erkannten sie nicht, die Therapeuten nicht und die Betroffenen schon gar nicht. Viele konnten nicht mal das Wort richtig aussprechen. Die Krankheit galt als äußerst kompliziert, nicht therapierbar und bei der Prognose hieß es „ungünstig". Man wurde als Exot eingestuft und von „Pontius zu Pilatus" geschickt – oder gleich nach Hause, weil man „eh nichts tun könne".

Kein Wunder, dass sich die Betroffenen im Stich gelassen fühlten und nirgends auch nur ein Hauch von Hoffnung aufkam. Die Angst dominierte, neben dem Gefühl eingemauert zu sein und keine Luft mehr zu bekommen, den Alltag. Bis sich **1984** eine Handvoll Betroffener mit einem Arzt zusammentaten und die **Sklerodermie Selbsthilfe** gründeten. Mit dem Ziel, Licht ins beängstigende Dunkel zu bringen, Wissen zu sammeln und zu bündeln, die Ärzte und Therapeuten, die Öffentlichkeit und vor allem die Betroffenen aufzuklären. Es sollte die Forschung gefördert werden – ebenso die Bildung von Netzwerken – sowohl für die Betroffenen als auch für die Wissenschaft.

10 Jahre später gründeten wir eine eigene Stiftung – die **Deutsche Stiftung Sklerodermie** – denn es erwies sich als äußerst schwierig, die Wissenschaft und Forschung für diese doch seltene Krankheit zu gewinnen. Die regelmäßige Vergabe von Forschungszuschüssen mit vorangegangenen Aufrufen bzw. Ausschreibungen in verschiedenen Fachdisziplinen (Pneumologie, Rheumatologie, Dermatologie u.a.) sorgten dafür, dass sich immer mehr für das Thema Sklerodermie interessierten, dass die Krankheit bekannt wurde und dass sich die Wissensbasis verbreiterte. Bis heute hat unsere Stiftung so über 1 Mio. Euro für die Sklerodermie-Forschung ausgegeben – ohne ihr Grundstockvermögen zu reduzieren. In den Organen der Stiftung sind Ärzte, Finanzfachleute, Kuratoren und vor allem auch die Selbsthilfe gemeinsam vertreten. Dies ist Prinzip, damit die Stiftung die Bodenhaftung und die Nähe zu den Patienten nicht verliert und immer weiß, wo der „Schuh" die Betroffenen am meisten drückt.
Weitere 10 Jahre später gründete sich das weltweit erste **Sklerodermie-Ärzte-Netzwerk** mit einer interdisziplinären Besetzung. Alle bei einer systemischen Sklerose (so wird die systemische Sklerodermie-Variante international genannt) vorkommenden Fachdisziplinen, bis hin zur Lungen- und Zahnheilkunde, sind in diesem Netzwerk vertreten um regelmäßig Erfahrungen zum Thema Sklerodermie auszutauschen, Wissen zu bündeln, gesammelte Daten auszuwerten und stetig neue und weitere Forschungsvorhaben zu initiieren. Unsere Sklerodermie Selbsthilfe ist als Beirat in das Netzwerk integriert, um das Wissen der Betroffenen mit einzubringen und um umgekehrt immer das aktuelle Wissen des Netzwerkes an die Betroffenen weiterzugeben. Das Netzwerk entstand im Ergebnis eines von der Stiftung finanzierten Forschungsprojektes, womit sich der Kreis mit den Segmenten Selbsthilfe, Stiftung und Netzwerk rundete.

Ein besonderes Highlight war, dass sich kurz vor dem 30jährigen Jubiläum unserer Selbsthilfeorganisation eine weitere Sklerodermie Stiftung, die **Edith-Busch-Stiftung**, gründete, die auch sehr eng mit unserer Selbsthilfe-Stiftung kooperiert. Die Beiräte beider Stiftungen arbeiten zudem eng mit den Sklerodermie Experten des Deutschen Netzwerks für Systemische Sklerodermie zusammen.

Eine große Stärke unserer Selbsthilfe ist (mit Ausnahme der momentanen Einschränkungen durch Covid-19), dass wir unermüdlich bei allen relevanten Kongressen Präsenz zeigen und auf unsere Arbeit hinweisen. Vor allem aber werden dort viele gute und wichtige Kontakte – sowohl zu Ärzten, wie auch zu anderen Vereinen – geknüpft und Kooperationen eingegangen. Unter anderem konnten wir vereinbaren, dass wechselweise Mitglieder mehrerer gemeinnütziger Selbsthilfevereine (z.B. Pulmonale Hypertonie e.V., Vereinigung Morbus Bechterew e.V.) Doppelmitgliedschaften mit vergünstigten Mitgliedsbeiträgen anbieten können.

Dank des jahrzehntelangen ehrenamtlichen Engagements in der Selbsthilfe und Dank des interdiszipli-

nären Medizinischen Beirats, des Netzwerkes und der Stiftung(en) konnten sehr umfangreiche Infomaterialien für die Betroffenen erstellt werden. Angefangen bei bevorzugter Ernährung, über die Lunge bis hin zu Physiotherapie oder urogenitalen Problemen, die sowohl bei Männern als auch bei Frauen auftreten können.

Seit vielen Jahren erscheint unser *Mitgliederheft*, anfänglich das *„Grüne Heft"* genannt, mit Erfahrungsberichten, Fachbeiträgen und vielen vereinsinternen Informationen – bis hin zur Einladung zur Delegiertenversammlung oder Vorstellung der Kandidaten für Vorstandsämter. Das „Grüne Heft" wird auch an viele Ärzte, Kliniken und sonstige „Dritte" verschickt. Daher gingen wir dazu über, Vereinsinterna in Infobriefe zu packen, die mehrmals jährlich nur an unsere Mitglieder gehen. Persönliche Erfahrungsberichte von Betroffenen, sozialrechtliche oder gesundheitspolitische Informationen, Fachbeiträge und Forschungsberichte finden sich in unserem neuen großformatigen *SkleroMagazin*, das an Mitglieder und andere Interessenten geht und bei Kongressen und Tagungen verteilt wird.

SkleroMagazin – Nachfolger des Grünen Heftes

Für unsere aktuell 44 Regionalgruppenleiter in 24 Regionalgruppen, die insgesamt über 1.100 Mitglieder betreuen, erarbeiteten wir mit Unterstützung der Krankenkassen eine Gruppenleiterschulung. Ziel war und ist, die Arbeit unserer Ehrenamtlichen zu erleichtern und damit auch eine Nachfolgesicherung zu schaffen. Leider ist der bundesweite Trend, sich nicht mehr ehrenamtlich zu engagieren, auch an der Sklerodermie Selbsthilfe nicht vorbeigegangen. So kämpft unser Verein (wie viele andere auch) seit geraumer Zeit, um Mitglieder als Vorstand und Gruppenleiter für die eigentlich wunderbare Arbeit zu gewinnen.

Im Internetzeitalter glauben zudem viele Betroffene, alle notwendigen Informationen zu ihrer Erkrankung im Netz finden zu können und messen der Selbsthilfe keine oder nur noch wenig Bedeutung zu. Bei einer seltenen und komplexen Erkrankung ein fataler Irrtum. Denn anders als mit Informationen aus einer seriösen, wissensbasierten und nicht kommerziellen Selbsthilfe, können ungeprüfte Informationen aus dem Internet von der Industrie, Herstellern bis hin zu Verschwörungstheoretikern weltweit lanciert werden. Persönlicher Datenschutz und die Sicherheit der Betroffenen sind dabei nicht garantiert. Umgekehrt würden unsere seriösen Wissenschaftler ohne die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe ihre Projekte kaum durchführen können.

Heute ist die systemische Sklerose noch immer eine komplizierte Krankheit. Man kann sie immer noch nicht heilen, aber man kann sie gut therapieren. Vor allem aber hat sie ihren großen Schrecken verloren, da sich durch die gesicherten und vielfältigen Diagnostik- und Therapieoptionen die Lebensqualität der von ihr Betroffenen und auch die Lebenserwartung bedeutend verbessert haben. Die richtige und rechtzeitige Diagnose zu erhalten, ist nach wie vor eine Herausforderung für alle Beteiligten. Man kennt die wichtigsten Organe, auf die man achten muss. Neben der Haut mit Verhärtungen und den schmerzenden und plötzlichen Verengungen der Gefäße, vor allem in den Fingern und Händen (Raynaud-Attacken), die auch zu offenen Wunden und Geschwüren (Ulzerationen) führen können, sind oft auch die Speiseröhre, der Magen und Darm und alle Schleimhäute betroffen.

Vor allem aber weiß man heute, dass man möglichst frühzeitig besonders die Lunge und das Herz im Blick haben muss, um entsprechend früh mit einer Therapie beginnen zu können. Bei einem durch Sklerodermie verursachten Lungenhochdruck (pulmonararterielle Hypertonie, PAH) sind entstandene Schädigungen aufgrund eines verzögerten Therapiebeginns nicht mehr umkehrbar und die Therapie „schlägt" nicht mehr so gut an.

Victories Over Cancer Tag für Tag

Wir bei Janssen verändern die Perspektiven, die Menschen nach der Diagnose Krebs haben. Wir entwickeln wegweisende Medikamente, um Betroffene in ihrem Kampf gegen die Erkrankung immer besser zu unterstützen. Damit Patienten und ihre Angehörigen so lange wie möglich die großen und kleinen Momente genießen können, die das Leben ausmachen. Jeder noch so kleine Schritt bringt uns unserem Ziel näher.

Wir machen weiter. Bis wir Krebs gemeinsam besiegt haben.

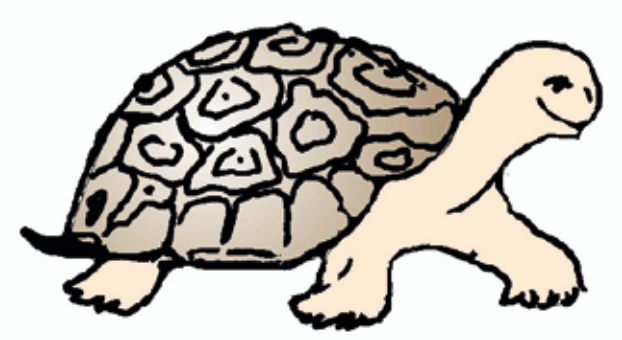
Janssen-Cilag GmbH
www.janssen.com/germany www.victoriesovercancer.de
www.youtube.com/JanssenDeutschland Twitter: @janssen_presse

Janssen Oncology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

Die häufigsten **Folgen an der Lunge** bei einer systemischen Sklerose sind:

- Eine *bindegewebige Lungenerkrankung* (interstitielle Lungenfibrose) - hier kommt es zu einer langsamen und unkontrollierten Vermehrung von Lungen-Bindegewebe, das sich zwischen Lungenbläschen und Blutgefäßen im normal sehr feinen und elastischen Lungengewebe einlagert. Mit der Folge: Die Lunge vernarbt, wird steif und kann sich beim Atmen kaum noch ausdehnen, bzw. zusammenziehen.
- Ein *Lungenhochdruck* (pulmonal arterieller Hochdruck, PAH) - hier steigt durch Gefäßveränderungen in der Lunge der Druck im Lungenkreislauf krankhaft an. Die rechte Herzhälfte erhöht ihre Arbeitsleistung, um eine ausreichend große Blutmenge durch die verengten Blutgefäße zu pumpen es entsteht ein Lungenhochdruck:
  - Luftnot,
  - schnelle Ermüdbarkeit,
  - Husten

  und viele weitere Probleme sind die Folge davon. Die Betroffenen müssen dringend in ein auf diese Krankheit spezialisiertes Zentrum und so schnell wie möglich therapiert werden. Bei einer Sklerodermie bedingten PAH kann man mit einer verspätet eingesetzten Therapie, eingetretene Schäden kaum noch beeinflussen. Deshalb ist es entscheidend, dass Sklerodermie-Patienten regelmäßig einen Lungen-Herz-Check bekommen.
- Eine *Lungenentzündung* durch Verschlucken in die Lunge (Aspirationspneumonie) – hier entstehen durch Verhärtung der Speiseröhre Schluckstörungen, die dazu führen können, dass bei einem Verschlucken Magensäure und Speisereste in die Lunge gelangen. Das Resultat können sein:
  - verstärkter Hustenreiz,
  - Atemnot,
  - blutiger Auswurf und
  - Lungenentzündung.



Unser Maskottchen: „Sklerinchen"

„Vergesslicher Engel", Paul Klee, Zeichnung, 1939.
Diese Bleistiftzeichnung zeigt deutlich Veränderungen an den Händen, wie sie bei Sklerodaktylie erkennbar sind.

Zu unserem Maskottchen, unserem Sklerinchen kamen wir übrigens vor langer, langer Zeit. Eine Ärztin hatte in ihrer dermatologischen Uni-Ambulanz für viele Krankheiten Tiere als Symbole zur „Wiedererkennung" für betroffene Kinder eingeführt. Als wir gefragt wurden, welches Tier wir uns für unsere Kinder vorstellen könnten, mussten wir nicht lange überlegen. *Mit den Mut machenden Eigenschaften:* werden alt, sind friedlich und nicht laut, können auch ganz schön schnell laufen, stinken nicht, sehen irgendwie „lieb" aus wollten wir den Kindern ein Maskottchen geben, mit dem sie sich positiv identifizieren können. Irgendwie passt es aber nicht nur für Kinder, sondern für alle.....

Emma Margarete Reil

Kontaktdaten:
Sklerodermie Selbsthilfe e.V.
Am Wollhaus 2
74072 Heilbronn
Tel.: 07131 – 390 24 25
Email: sklerodermie@t-online.de
www.sklerodermie-sh.de

Todesfälle durch Sepsis

– entschlossenes Handeln ist jetzt notwendig

Foto: AdobeStock / Coloures-Pic

Die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) fordert beherzte Schritte von allen Akteuren des Gesundheitswesens zur Vermeidung von Todesfällen durch Sepsis.

Während die Gefahr durch das Corona-Virus aktuell hohe Aufmerksamkeit erfährt, sterben weitgehend unbemerkt mehrere tausend Menschen jährlich an einer Sepsis. In Deutschland wurde 2015 bei 136.500 Menschen eine schwere Sepsis oder ein septischer Schock diagnostiziert. Über 40 % starben noch im Krankenhaus, viele andere erlitten dauerhafte Schäden.

Eine Sepsis kann jeden und jede treffen und schon durch eine Verletzung mit einem Rosendorn oder beim Fußballspielen ausgelöst werden. Allgemein versteht man unter Sepsis eine Infektion z.B. mit Bakterien oder Viren, die vom Körper nicht beherrscht werden kann, außer Kontrolle gerät und auf die Blutbahn übergreift. Dann ist rasches und kompetentes Erkennen notwendig, um Leben zu retten. Die Zahl der vermeidbaren Todesfälle durch Sepsis wird auf jährlich 15.000 bis 20.000 in Deutschland geschätzt.

Dies geht auf einen Antrag der Patientenvertretung aus dem Jahr 2017 zurück (https://patientenvertretung.g-ba.de/antraege/qualitaetssicherung/).

Die Patientenvertretung begrüßt daher, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis" beauftragt hat.

Als dauerhaft begleitende Maßnahme wird sie allerdings frühestens in 4 Jahren einsatzbereit sein. „Die Patientenvertretung fordert die Leitungen der Krankenhäuser auf, schon jetzt im Rahmen ihres internen Qualitätsmanagements u.a. Verfahrensanweisungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge einzuführen bzw. zu optimieren. So können jährlich tausende Todesfälle vermieden werden", sagt Dr. Frank Brunsmann, Co-Sprecher der Patientenvertretung im Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA.

Zusätzlich sollten breite Aufklärungskampagnen u.a. durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aufgesetzt werden.

Ansprechpartner:
Dr. Frank Brunsmann,
E-Mail: post@frankbrunsmann.de

Die Patientenvertretung im G-BA kann mitberaten und Anträge stellen, hat aber kein Stimmrecht. Sie besteht aus Vertreter*innen der vier maßgeblichen Patientenorganisationen entsprechend der Patientenbeteiligungsverordnung:

- Deutscher Behindertenrat, hierüber ist die DPLA vertreten.
- Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen und -initiativen,
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Wichtiges zu Diagnose und Therapie

COPD oder doch A1-AT Mangel?

Wichtig: Auf A1-AT-Mangel testen lassen!

Menschen mit einem erblich bedingten Alpha-1-Antitrypsin (A1-AT)-Mangel fehlt das „Schutzprotein“ A1-AT, wodurch es zu einem langsamen, aber anhaltenden Abbau von Lungengewebe kommt und sich die Lungenfunktion immer mehr verschlechtert.[1] Nicht selten werden die Symptome (wie Husten und Atemnot) aber mit der deutlich häufiger vorkommenden Lungenerkrankung COPD verwechselt. Weshalb empfohlen wird, dass sich alle COPD-Patienten einmal auf einen solchen Mangel testen lassen sollten.[2]

Therapiekontinuität in Zeiten von CoVid-19

Die derzeit einzige, nachweislich wirksame Therapie, Lungenschädigungen bei einem A1-AT-Mangel zu verlangsamen, ist die intravenöse Gabe von A1-AT aus Spenderplasma.[3,4] Normalerweise erhalten A1-AT-Patienten ihre Therapie einmal in der Woche bei ihrem Arzt. Patienten, die das möchten und sich dafür eignen, können aber auch lernen, sich A1-AT selbstständig zu Hause zu verabreichen. Das bietet nicht nur mehr Freiheiten im privaten Alltag und im Berufsleben. So reduzieren sich auch ihre Arztbesuche und die Patienten sind einem geringeren Infektionsrisiko ausgesetzt – gerade jetzt während der CoVid-19-Pandemie, aber zum Beispiel auch während jeder saisonalen Grippewelle. Und selbst wenn einmal einzelne Arztpraxen oder Ambulanzen aufgrund von CoVid-19 ganz geschlossen werden müssten, könnte mit einer Heimselbsttherapie die Therapiekontinuität sichergestellt werden. Ob eine Heimselbsttherapie eine mögliche Option ist, können, sofern der Wunsch danach besteht, Arzt und Patient gemeinsam diskutieren und entscheiden.

Generell Chance auf größere Unabhängigkeit

Ein weiterer möglicher Vorteil der Selbsttherapie kann es sein – nicht nur in Pandemiezeiten – größere Unabhängigkeit zu erlangen.[5] Berufstätige können ihre Zeit flexibler einteilen und auch Freizeitaktivitäten lassen sich spontaner gestalten. Voraussetzung für die Heimselbsttherapie ist, neben der Eignung des Patienten, eine gründliche Schulung in der Arztpraxis. Die Patienten lernen dabei alles, was wichtig ist, um sich ihr A1-AT-Präparat selbstständig zu verabreichen. Auch Angehörige können dabei mitmachen und dem Patienten später helfen. Um solche Schulungen zu unterstützen, wurde das MyAlpha1®-Programm von CSL Behring zusammen mit Patienten entwickelt. Es bietet hilfreiche Schulungs- und Informationsmaterialien. Außerdem besteht für Patienten in Heimselbsttherapie die Möglichkeit, sich zu Hause von speziell geschulten Krankenschwestern in ganz Deutschland helfen zu lassen, wenn es einmal Fragen oder Probleme geben sollte. Weitere Informationen zum CSL Behring Care-Service sowie die Möglichkeit zur Anmeldung gibt es auf www.cslbehring-care.de. Wichtig zu wissen: Die Therapieverantwortung bleibt immer beim Arzt und auch Selbstverabreicher sollten weiterhin regelmäßige Kontrollen durch ihren Arzt wahrnehmen.

MyAlpha1® Programme for self-administration

Unter www.alpha1-mangel.de erfahren sie mehr über die Erkrankung Alpha-1-Antitrypsin-Mangel. Näher erläutert werden unter anderem die Diagnose eines A1-AT-Mangels und seine Behandlungsmöglichkeiten. Weitere Servicematerialien stehen hier außerdem für sie zum Download bereit.

Im Austausch bleiben auch unter besonderen Umständen

Auch in Zeiten eingeschränkter Kontaktmöglichkeiten bleibt der Austausch sowohl zwischen den Patienten untereinander als auch mit A1-AT-Experten wichtig. So gab es vor kurzem ein von CSL Behring veranstaltetes digitales Seminar unter dem Titel „Alpha1-Antitrypsin-Mangel und ich“. Prof. Felix Herth, Prof. Rembert Koczulla und Dipl. Psych. Paul Köbler berichteten von neuesten Erkenntnissen, Patienten aus ihrem Alltag, und gemeinsam wurde diskutiert, wie sich die Versorgung weiter verbessern ließe. Thema waren dabei z. B. die jeweiligen Erfahrungen mit der Heimselbsttherapie oder einfache Strategien für das psychische Wohlbefinden – gerade in Zeiten von CoVid-19. Die Patienten konnten sich so auch zu Tipps und Tricks für den Alltag im Umgang mit ihrer Erkrankung austauschen.

Das komplette Web-Seminar „Alpha1-Antitrypsin-Mangel und ich“ finden Interessierte auf Abruf online unter www.alpha1-mangel.de/webinar oder per Scan des QR-Codes.

Mit freundlicher Unterstützung von CSL Behring, Hattersheim

Quelle:

1 Bals R, Köhnlein T, Alpha-1-Antitrypsin-Mangel, Thieme-Verlag, Stuttgart, New York, 2010
2 Vogelmeier C et al. Pneumologie 2018; 72: 253–308
3 Chapman KR et al. Lancet 2015; 386: 360-368
4 McElvaney NG et al. Lancet Respir Med 2017; 5: 51-60
5 Sandhaus RA et al. poster presented at ATS 2018

Stickstoffmonoxid (FeNO) in der Ausatemluft

In der Praxis wird Asthma bronchiale orientierend in zwei große Gruppen unterteilt: Einerseits in das allergische (oder auch extrinsisches oder atopisches) Asthma und in das nicht-allergische (oder auch intrinsisches oder endogenes) Asthma. Das allergische Asthma beginnt vorwiegend in der Kindheit.

Betroffene Kinder haben oft Familienmitglieder mit Allergien. Häufig leiden sie unter allergischen Hautentzündungen (Dermatitiden) und einer allergischen Reaktion an den Bindehäuten und der Nasenschleimhaut (Rhinokonjunktivitis).

Diese begünstigt dann oft den entzündlich bedingten Verschluss der Nase, was dann zu überwiegender Mundatmung führt. Damit wird aber die wirksame Filterfunktion der Nase, z.B. gegen die relativ größeren allergenen Bestandteile der Einatemluft (Aersosole) ausgeschaltet.

So können diese in das Bronchialsystem gelangen und schließlich als Reiz zu Entzündungsreaktionen und einem allergischen Asthma bronchiale führen. So kommt es zu erhöhten IgE-Werten im Blut als Hinweis auf Antikörper gegen Allergene.

Generell gilt: Asthma bronchiale ist eine chronische entzündliche Erkrankung des gesamten Bronchialsystems. Dabei sind immer alle Flimmerhärchen (Zilien) – tragenden bronchialen Schleimhäute (Epithelien) entzündlich befallen. Meist betroffen ist auch die Nasenschleimhaut. Dies ist der Ansatzpunkt für eine mögliche FeNO (Stickstoffmonoxid) -Messung in der Ausatemluft. Gemessene erhöhte Stickstoffmonoxid (FeNO) -Werte gelten so als Nachweis einer Entzündung der Atemwege. Therapeutisch ist dies nutzbar. Patienten mit entsprechend hohen Werten zeigen überwiegend eine gute klinische Wirksamkeit von inhalativen Kortikosteroiden (ICS).

Umgekehrt sollten bei guter Krankheitskontrolle eines Asthma bronchiale unter ICS und gleichzeitig hohen FeNO-Werten die Steroide nicht reduziert werden. So kann eine FeNO-Messung, die schnell und unkompliziert bereits von älteren Kindern durchgeführt werden kann, auch hilfreich sein, um ein festgestelltes Asthma bronchiale zu bestätigen. Die Wirksamkeit von inhalativen Steroiden im Therapieverlauf kann so überprüft und kontrolliert werden.

Foto: AdobeStock / galitskaya

Bei Jugendlichen konnte durch regelmäßig durchgeführte FeNO-Kontrollen und vor einer geplanten Reduktion der ICS-Dosis ein drohender Asthma-Rückfall erkannt und verhindert werden.

Eine regelmäßige FeNO-Kontrollbestimmung kann die Therapietreue einer ICS-Behandlung positiv verstärken.

Bei durch FeNO-Bestimmungen nachgewiesener guter Asthma-Kontrolle konnte bei Schwangeren die erforderliche ICS-Dosis teilweise reduziert werden.

Quellen:
Buhl R., et al. S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit Asthma
Köhler, D. et al., Pneumologie: Ein Leitfaden für rationales Handeln in Klinik und Praxis, 2. Aufl., Stuttgart 2015

Autor:

Dr. med. Michael Köhler,
Vorsitzender der DPLA

Wie gründe ich eine ambulant betreute Wohngemeinschaft (WG)?

„Keiner weiß, wohin ihn seine Lebensreise führt", so schreibt es die Autorin, Annette Hendl, eine Langzeitsauerstoffpatientin aus eigener Erfahrung und Kenntnis. Wie die überwiegende Mehrheit aller Menschen wollte sie auch als zunehmend pflegebedürftige Patientin, möglichst in den eigenen vier Wänden wohnen bleiben. Eine neuartige Möglichkeit dies zu verwirklichen, ist die Gründung einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft. Eindrücklich schildert Annette Hendl ihre persönlichen Erfahrungen im ersten Teil ihres Buches. Sie zeigt, dass es auch in der zweiten Lebenshälfte und mit einer fortschreitenden Erkrankung in einer WG sogar Spaß macht, den Alltag gemeinsam zu planen und miteinander zu leben. Und das mit besserer Lebensqualität.

Im zweiten Teil verweist sie auf die vielfältigen Möglichkeiten durch Staat und Krankenkassen finanzielle Unterstützung und Hilfen zu erhalten. Auch die Krankenkassen sind nicht daran interessiert, hilfsbedürftige Betroffene immer in Pflegeheimen unterzubringen.

Der große Vorteil in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft, besteht nicht nur im eigenen Haushalt selbstbestimmt und autonom leben zu können, sogar eventuell Kosten einsparen zu können, vor allem aber im Gewinn an Lebensqualität trotz ambulanter Betreuung und Pflege.

In diesem Sinne ist das Buch von Frau Hendl ein positiver Mutmacher und dazu noch eine wichtige Informationsquelle zur aktiven Selbsthilfe.

Dr. med. Michael Köhler

1. Aufl. 2020
Verlag Hartmut Becker
88 Seiten, kartoniert
IBSN 978-3-9294-8071-9
12,80 Euro (D)

Anzeige

Mitgliederversammlung der DPLA

am 12. Oktober 2020 mit Neuwahl des Vorstandes

Am 12. Oktober 2020 fand wiederum im Erbacher Hof in Mainz die durch den Lockdown im Frühjahr verschobene diesjährige Mitgliederversammlung der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA, statt. Unter vielen Tagesordnungspunkten standen die Berichte des Vorstandes, der Kassenprüfer, die Diskussionen hierzu, sowie die Abnahme der Jahresrechnung 2019, mit der Entlastung des Vorstandes, der Vorstellung, der Diskussion und dem Beschluss zum aktuellen Haushaltsplan und zum unverändert konstant bleibenden Mitgliedsbeitrag 2021.

Nicht mehr kandidierte unser bisheriger Schriftführer, Herr Andreas Frischmann. Für ihn wurde neu in den Vorstand Herr Uwe Sersch gewählt. Bestätigt als Schatzmeisterin wurde Frau Margit Nahrgang. Auch nach erfolgter Lungentransplantation war Herr Jürgen Frischmann dankenswerterweise nochmals bereit als stellvertretender Vorsitzender und Herr Dr. Michael Köhler, als Vorsitzender, zu kandidieren. Beide wurden jeweils wunschgemäß nur für ein Jahr in ihren Ämtern bestätigt.

Leider stand unsere langjährige Kassenprüferin, Frau Marlene Dudanski, die schriftlich die Entlastung des Vorstandes beantragt hatte, nicht mehr zu Wahl. Für Sie wurde Frau Angelika Wern gewählt und Frau Renate Scheffer wurde in Ihrem Amt als 2. Kassenprüferin bestätigt. Als Beisitzerin für Lungensport wurde Frau Michaela Frisch gewählt und in Abwesenheit Herr Rainer Fett-Heidler als Beisitzer für EDV.

Allen anwesenden Mitgliedern, die trotz der aktuellen Corona-Pandemie-Situation und unter verschärften Hygiene-Maßnahmen an unserer realen Mitgliederversammlung teilnahmen, möchten wir ganz besonders herzlich danken.

Für den Vorstand: Dr. Michael Köhler

Dank an Krankenkassen und Unterstützer im Jahr 2020

Im Jahr 2020 hat die „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene" im Rahmen der pauschalen Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V die **D**eutsche **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA** dankenswerterweise pauschal für ihre Selbsthilfearbeit mit 20.000,- Euro unterstützt.

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

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

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

- *Kliniken Benner GmbH & Co. KG*, Bad Dürrheim (Espan Klinik)
- *MEDA Pharma GmbH & Co. KG*, Bad Homburg
- *Medizinisches Zentrum für Gesundheit Bad Lippspringe GmbH* (Karl-Hansen-Klinik)
- *MSD SHARP & DOHME GmbH*, Haar

Gedankt sei auch der Firma *Pfizer Deutschland GmbH* für ihre finanzielle Unterstützung sowie lokalen *Sparkassen*, die einzelne Ortsverbände ebenfalls finanziell unterstützt haben. Aus Vereinsauflösungen des *Kasseler Modells* und der *Gesunden Lunge Lüdenscheid*, erhielten wir eine Gutschrift von insgesamt 5.968,32 Euro.

Ganz besonders herzlich möchten wir den Angehörigen und Freunden von Herrn *Dieter Wessels* danken, die im Gedenken an ihn, uns insgesamt 880,00 Eurospendeten. Auch der Familie, den Freunden und Bekannten von Herrn *Christoph von Loeben* gilt unser besonderer Dank. Wir erhielten zu seinem Gedenken Spenden in Höhe von 1.125,00 Euro. Ebenfalls geht unser herzlicher Dank an Frau *Ursula Goebel*, die uns mit einer großzügigen Spende über 1.000,00 Eurobedachte.

Wir sind allen persönlichen Spendern, ihren Angehörigen und Freunden besonders dankbar und werden sie als Freunde und Unterstützer in unserem Gedächtnis behalten.

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

Sich regelmäßig körperlich zu betätigen, ist neben dem Beibehalten der regelmäßigen medikamentösen Therapie auch in Pandemiezeiten für COPD-Patienten besonders wichtig. Hierzu der neue Flyer 16b der Deutschen Atemwegsliga e.V.

Auch in Pandemiezeiten sollte Lungensport als wichtige Ergänzung der medikamentösen Therapie bei COPD-Patienten möglichst regelmäßig betrieben werden.

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

SP Medienservice Verlag, Druck & Werbung

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

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

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

Ansprechpartner: Sascha Piprek

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

Befreundete Selbsthilfegruppen

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

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

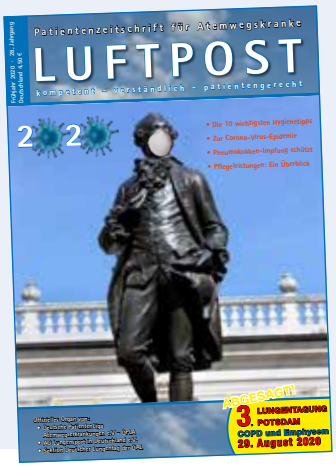
Selbstverständlich können Sie auch weitere Informationen oder eine Beratung in unserer **Geschäftsstelle** erhalten:

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 28. Jahrgang

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

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
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

Ein Verwandter von Ihnen leidet an AATM? Lassen auch Sie und Ihre Angehörigen sich auf AATM testen!

Lass dich testen!

COPD oder Alpha-1? Diagnosetools von Grifols geben Gewissheit.

Atemnot, chronischer Husten, Auswurf – viele Ärzte denken bei solchen Symptomen zunächst an eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung, kurz COPD. Was vielen jedoch nicht bewusst ist: Die Beschwerden können auch das Zeichen eines Alpha-1-Antitrypsin-Mangels (AATM) sein.[1] Diese Erbkrankheit tritt seltener auf, ähnelt hinsichtlich der Symptome aber stark einer COPD[2], was eine Diagnose erschweren kann. Im Schnitt vergehen sechs Jahre bis zur richtigen Diagnose.[3] Aber das muss nicht sein, denn mit einem Test – der ganz einfach von Ihrem Arzt durchgeführt werden kann – lässt sich die Erkrankung schnell ausschließen. Die Früherkennung des AATM liegt uns von Grifols besonders am Herzen. Aus diesem Grund stellen wir seit Jahren kostenlose Testmöglichkeiten zur Verfügung.

Jeder COPD-Patient sollte getestet werden

Schätzungen gehen von etwa 20.000 Betroffenen in Deutschland aus – viele von ihnen wissen jedoch noch gar nicht, was die Ursache für ihre Beschwerden ist.[4] Dabei ist eine frühe Diagnose von großer Bedeutung, denn sie ermöglicht eine spezifische Therapie. Daher raten Experten dazu, dass alle Menschen mit COPD einmal im Leben auf Alpha-1 getestet werden.[5] Ob ein AATM oder doch eine „gewöhnliche" COPD vorliegt, lässt sich mit unserem Testkit einfach feststellen. Der kostenlose AlphaKit® QuickScreen von Grifols kann die schwerste genetische Variante des AATM innerhalb von 15 Minuten diagnostizieren und ist vom Arzt einfach und unkompliziert anzuwenden.

Aufklären und unterstützen: die Initiative PROAlpha

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

Was ist der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel?

Beim Alpha-1-Antitrypsin-Mangel handelt es sich um eine Erbkrankheit.[6] Der Körper produziert aufgrund eines Gendefekts zu wenig oder gar kein Alpha-1-Antitrypsin. Dieses Eiweiß ist jedoch wichtig für den Schutz des Lungengewebes. Durch den Mangel bekommen die Betroffenen unbehandelt zunehmend schlechter Luft.[7]

Initiative PROAlpha

GRIFOLS

1 Biedermann A. und Köhnlein T. Dtsch Arztebl 2006; 103(26): A1828–32.
2 Sandhaus RA et al. Chronic Obstr Pulm Dis (Miami) 2016; 3: 668–82.
3 Köhnlein T et al. Ther Adv Respir Dis 2010; 4: 279–87.
4 Blanco I et al. Int J COPD 2017; 12: 561–9.
5 Vogelmeier C et al. Pneumologie 2018; 72: 253–308.
6 Schroth S et al. Pneumologie 2009; 63: 335–45.
7 Bals R, Köhnlein T (Hrsg.). Alpha-1-Antitrypsin-Mangel: Pathophysiologie, Diagnose und Therapie 2010. Thieme; 1. Aufl.

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

DE-PR-1900068

Ihre unteren **Atemwege** haben für uns oberste **Priorität.**

Mit unseren überdurchschnittlich hohen Investitionen in die Entwicklung neuer Therapiekonzepte schaffen wir die Voraussetzung, um innovative Medikamente, Impfstoffe und Biologika auf den Weg zu bringen.
MSD ist ein internationales Gesundheitsunternehmen mit zwei Namen: In den USA und Kanada sind wir Merck & Co., Inc., mit Sitz in Kenilworth, NJ, USA.

Erfahren Sie mehr über uns auf: www.msd.de

MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar

DE-NON-00248

MSD