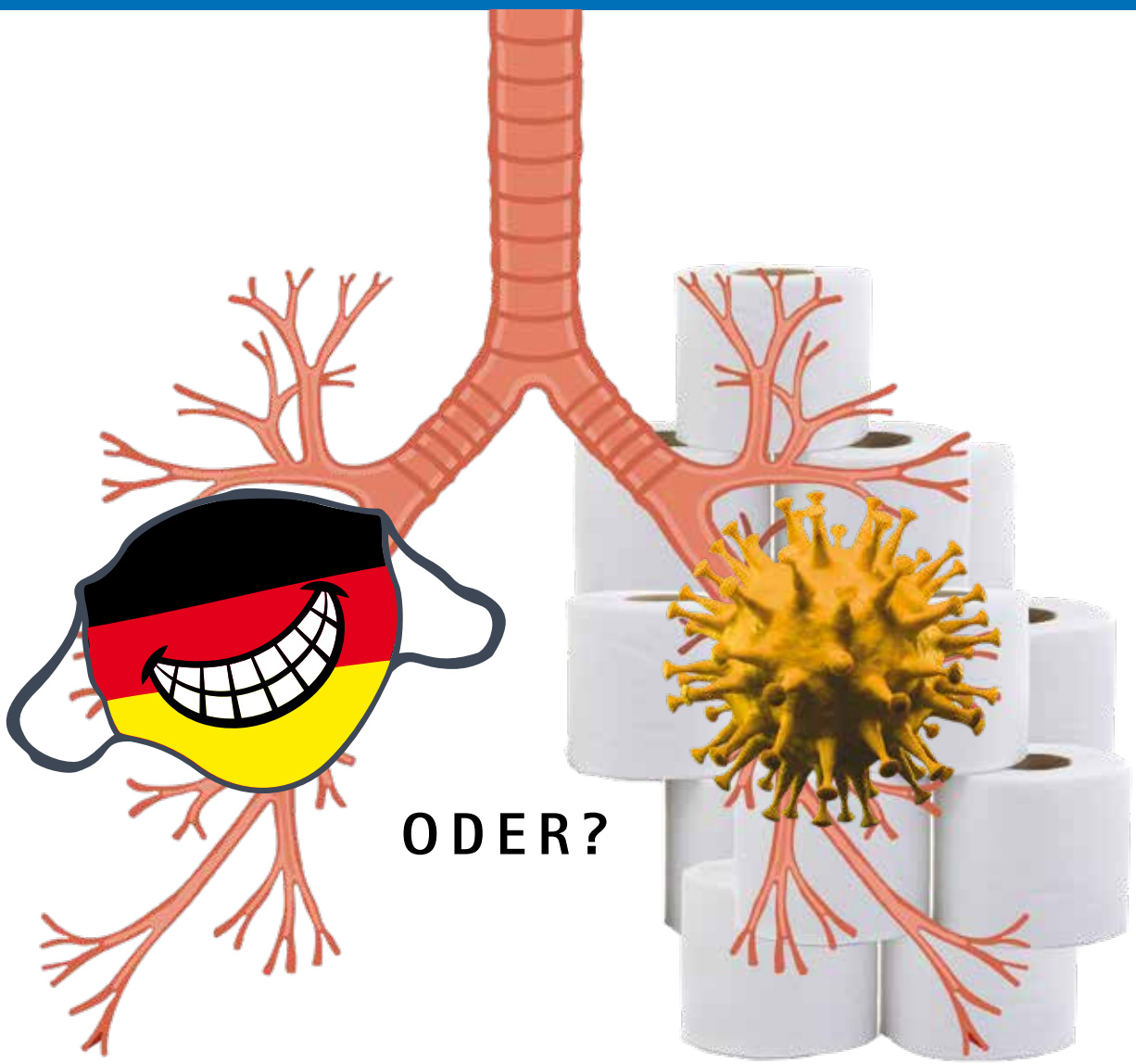
Herbst 2020 · 28. Jahrgang
Deutschland 4,50 Euro

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent – verständlich – patientengerecht



- Atemnot – Ursachen bis Notfallmanagement
- Jetzt impfen gegen Grippe und Pneumokokken!
- Neu: Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Asthma

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

Liebe Leserinnen und Leser,

kennen Sie die Stadt Hagen in Westfalen? Hagen hat rund 190.000 Einwohner. Sogar mehr, als diese Zahl an Einwohnern, sind bis jetzt in den USA mit und an Corona verstorben. In Deutschland gehen wir auf bald 10.000 an COVID-19 verstorbene Menschen zu. Sicher, die USA haben viermal so viele Einwohner. Dieser Vergleich zeigt, Verstorbene einer zu viel ist, wie effektiv letztendlich unser Gesundheitswesen und das Zusammenwirken aller Behörden und Verwaltungen sind.

Danken müssen wir in diesem Zusammenhang auch unseren 375 Gesundheitsämtern. Lange galten Sie als vernachlässigte Krisenhelfer. Ihre Ausstattung hatte oft den Charme der Vergangenheit. Einen Job mit Glamourfaktor hat hier niemand vermutet. Und die Gehälter: Nicht konkurrenzfähig zu den im Krankenhaus beschäftigten Fachkräften und Ärzte. Eine aktuelle Stellenanzeige einer Hansestadt für einen „Stadtarzt / Stadtärztin" im Deutschen Ärzteblatt vom 11. September 2020, erwartet neben den fachlichen Qualifikationen auch den „Besitz der Fahrerlaubnis für PKW" und die „Bereitschaft zum Einsatz des privaten PKW für dienstliche Zwecke gegen Zahlung einer Entschädigung". Mit Verlaub, dem Angestellten einer Filiale eines Discounters wird ein PKW – auch zur privaten Nutzung – zur Verfügung gestellt!

Sind das verlockende Angebote für einen äußerst wichtigen ärztlichen Arbeitsbereich, für den innerhalb der nächsten 2 Jahre mindestens 5.000 Ärzte und Fachpersonal, d.h. 10 - 20 Stellen pro Gesundheitsamt gesucht werden? So der „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst" vom Anfang September 2020. Derzeit liegen in den Gesundheitsämtern oft die vielfältigen Regelaufgaben fast zu 100% brach. Coronabedingt herrscht hier Dauerstress. Und das bei im Durchschnitt 42 Planstellen, von denen aktuell oft nur 39 besetzt sind. Ähnlich ist dort die Ausstattung mit modernen elektronischen Kommunikationsmitteln. Arbeit auf Zetteln und Meldung an das RKI per Fax (!) sind heute noch regelhaft. Hier hat die Politik die langjährige Vernachlässigung erkannt. Hier kann man nur Erfolg wünschen! Aber bis es soweit ist, werden hier Überstunden und Wochenenddienste geleistet, um Infektionsketten nachzuverfolgen und die Quarantäne zu überwachen. Es gibt eine breite Skala zwischen eindeutigem Beweis und angenommenen Wahrscheinlichkeiten.

Trotzdem – auch bei uns sind die Infektionen an COVID-19 seit Ende August wieder stark angestiegen. Und das noch vor dem nahenden Winter, mit stark eingeschränkten Lüftungsmöglichkeiten, z.B. in den Schulen. Dennoch – betrachten wir die Situation in unseren Nachbarländern, sind wir noch immer, was die Infektions- und Sterbezahlen an Corona betrifft, deutlich besser und stehen aktuell nicht vor den dortigen drakonischen Maßnahmen. Das soll auch so bleiben! Aber dafür müssen wir uns längerfristig auch an die Hygienemaßnahmen, Maskenpflicht, Abstandsregeln und die Einschränkungen unserer sozialen Kontakte halten. Es geht nicht nur um unsere persönliche Gesundheit, die unserer Familien, Angehörigen und Freunde, sondern Aller. Dem sollen auch die „Fieberambulanzen" dienen.

Inzwischen haben alle Mitglieder unserer DPLA die Unterlagen und die Einladung zu unserer vom Mai auf den 12. Oktober 2020 verschobenen Mitgliederversammlung nach Mainz, erhalten. Selbstverständlich unter den coronabedingten Hygienemaßnahmen. Turnusgemäß stehen auch unsere regulären Vorstandswahlen mit Veränderungen an. Nach einem Gesetz vom 28. März 2020, hätten wir auch eine Online-Mitgliederversammlung durchführen können. Dagegen haben sich aber nach sorgfältiger Abwägung alle Vorstandsmitglieder einstimmig ausgesprochen. Wir sehen die persönliche Mitwirkung unserer engagierten Mitglieder in einer realen Mitgliederversammlung mit Wahlen als derzeit nicht ersetzbar. Vorschläge, Diskussionen und persönliche Entscheidungen, sind der Kern einer jeden lebendigen Mitgliederversammlung.

Die DPLA braucht auch für die Zeit nach Corona Menschen, die organisieren, engagiert Anderen helfen und so Hilfe zur Selbsthilfe leisten. Seien Sie bereit, selbst mitzuarbeiten! Denn, nach Joseph Brodsky (1940 – 1996, Nobelpreis für Literatur 1987) „Ein noch so tiefes Ausatmen garantiert im Kosmos kein Einatmen,...". Sehr wohl aber bei uns!

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

Mit luftigen Grüßen

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

COPD & Asthma

5 Schwerpunkt Atemnot – Idiopathische Lungenfibrose (IPF)
6 Atemnot – Ursachen bis Notfallmanagement
14 Mehr Impfen gegen „echte Grippe" (Influenza) und Lungenentzündungen durch Pneumokokken
16 Endlich rauchfrei in Zeiten von COVID-19
18 Neu: NVL Asthma

Klinikvorstellung

20 Evangelische Lungenklinik Berlin

Über den Tellerrand hinaus

25 Der Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter - BSK - stellt sich vor

Zu Ihrer Information

28 Spezielle Ernährung gegen Asthma-Anfälle?
30 COVID-19-Antikörpertest
31 Fernlinienbusse seit Januar barrierefrei unterwegs
32 Gefälligkeitsattest: Straf- und berufsrechtliche Risiken
34 Lungenkrebsscreening durch Niedrigdosis Computer Tomographie (Low-Dose-CT)

Aktuelles

36 Register für seltene Blutgruppen erleichtert Suche nach geeigneten Spendern
38 Meine Lungentransplantation verändert alles
39 Nachbericht zum Lungentag 2020
39 Nachruf Christoph von Loeben

Selbsthilfe

40 Leitungswechsel - gar nicht so einfach
44 Ertrinken in einem Meer von Luft
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

Ein Schwerpunkt der kommenden Winterausgabe 2020 der „Luftpost": COPD

Foto: Erbacher Hof, Mainz

Mitgliederversammlung 2020

der **D**eutschen **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA**

am **12. Oktober 2020**

im Erbacher Hof in Mainz, Grebenstr. 24-26

Programm:

10.00 – 11.00 Uhr	Vorstandssitzung
11.00 – 13.00 Uhr	Treffen der Vorsitzenden unserer Ortsverbände
13.00 – 14.00 Uhr	gemeinsames Mittagessen (nur nach vorheriger Anmeldung)
14.00 – 16.00 Uhr	Mitgliederversammlung mit Vorstandswahlen

Schwerpunkt Atemnot – Idiopathische Lungenfibrose (IPF)

Foto: AdobeStock / ashtproductions

Auch die **idiopathische Lungenfibrose (IPF)** – eine seltene, aber schwerwiegende Erkrankung des Lungenstützgewebes oder der Lungenbläschen - kann sich als **schwere Atemnot** bemerkbar machen. Es ist also nicht immer nur eine COPD oder eine Herzschwäche, die im fortgeschrittenen Alter, zwischen 50 und 70, und häufiger bei Männern, Luftnot verursacht. Bei den Lungenfibrosen, zu denen die idiopathische Lungenfibrose als größte Gruppe gehört, kommt es letztendlich durch verschiedene Einflüsse wie

- langjährigem Rauchen, aber auch der
- Einatmung von Metall-, Holz-, Kohlen-, Stein- oder auch anderen Stäuben am Arbeitsplatz sowie
- der Arbeit im Bereich der Landwirtschaft oder Viehzucht

zu einer **Vernarbung** des Lungenstütz- und -bindegewebes.

Eine wichtige Rolle spielen wohl auch Virusinfektionen(!).

Klinische Hauptsymptome sind:

- zunehmende Atemnot, anfangs vor allem bei Belastung,
- trockener, nicht produktiver Husten,
- abnehmende körperliche Belastbarkeit,
- Anstieg der Atemfrequenz sowie
- Kraftlosigkeit.

Später dann *trommelschlegelartige Verformungen* der Finger- und Zehenspitzen als Folge des Sauerstoffmangels.

Beim *Abhören der Lunge* während des Einatmens erkennt dann der Arzt ein *Knisterrasseln* wie beim Lösen eines Klettverschlusses.

Wichtig bei dieser zunehmend einschränkenden Erkrankung ist die *frühzeitige Diagnose*. Hier ist die Einbeziehung von Experten auf diesem Gebiet spezieller Lungenerkrankungen aus den Bereichen der Pneumologie, Radiologie (hochauflösende Computertomografie) und Pathologie unbedingt notwendig.

Entsprechend hierzu hat eine Leitlinienarbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. eine umfangreiche und bewertende medizinische Leitlinie zu möglichen Behandlungen nach den neuen Therapiestudien erstellt. Wichtig ist vor allem, dass an diese Erkrankung als Ursache einer zunehmenden Atemnot auch gedacht wird. In diesem Zusammenhang wurde auch ein umfangreicher und detaillierter **Patienten-Fragebogen** erstellt. Ausführlich erfasst er die Beschwerden - insbesondere auch die Atemnot. Dieser ist einsehbar unter: https://salk.at/DMS/Kreuter%20et%20al.%20Pneumologie%202018_3278296.pdf

Autor:

Dr. med. Michael Köhler
Vorsitzender der DPLA

Atemnot – Ursachen bis Notfallmanagement

von Dr. H. Isensee, Dr. A. Rupp und Dr. M. Köhler

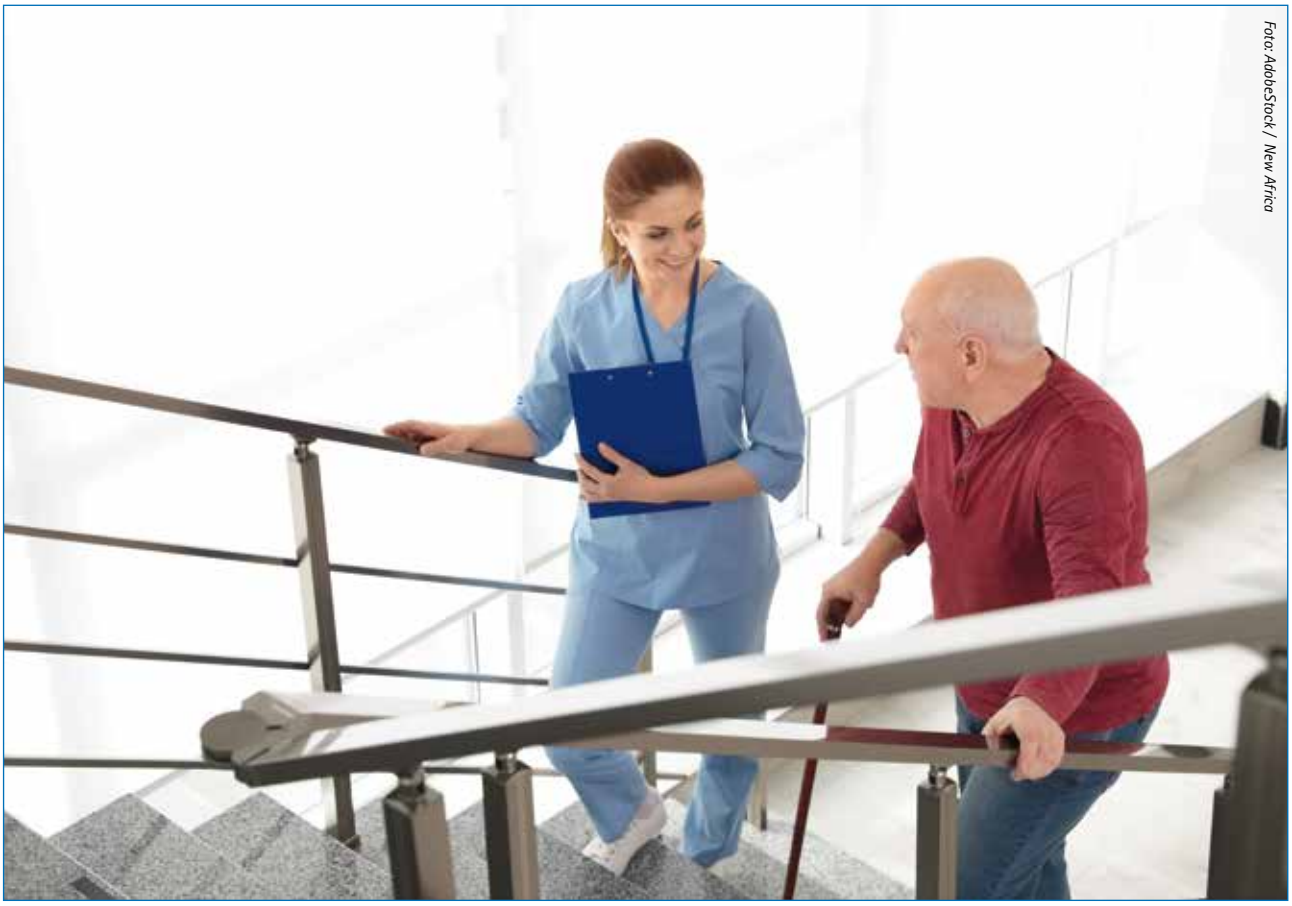


Foto: AdobeStock / New Africa

Unsere Lunge ist ein Hochleistungsorgan – sie atmet „verbrauchte" Luft aus und „frische" Luft ein, täglich ca. 20.000 Liter.

Ohne Atmung (und somit ohne Sauerstoffzufuhr) tritt bereits nach 3 Minuten Atemstillstand eine irreversible, d.h. nicht mehr rückgängig zu machende Schädigung des Gehirns und weiterer Organe ein.

Atemnot (Dyspnoe) kann viele Ursachen haben:

1) Akute oder chronische Entzündungen der Atemwege z.B. bei Asthma bronchiale und COPD (chronic obstructive pulmonary disease) mit oder ohne Emphysem,
2) Infekte (Viren, Bakterien, selten Pilze oder Mischformen),
3) allergische Reaktionen,
4) Umwelteinflüsse (z.B. Feinstaub/Qualm/Ruß) oder auch eine geringere Sauerstoffkonzentration, z.B. in großer Höhe oder im Flugzeug,
5) hohe körperliche Belastung,
6) andere Erkrankungen (als Grund- oder Begleiterkrankungen), wie z.B. Herzschwäche,
7) intensives Rauchen (das inhalierte Kohlenmonoxid konkurriert um die Sauerstoffbindungsstellen an den roten Blutkörperchen),
8) Lungenemphysem, d.h. die Umwandlung vieler Lungenbläschen (Alveolen) in funktionslose große Lungenblasen,
9) Seelische Belastungen, vor allem Angst. Angst bedingt Atemnot, Atemnot bedingt Angst! (Teufelskreis)

Peak-Flow, Husten und Schleim

Wie erkenne ich als Patient die *Verschlechterung* meiner Krankheit, *bevor* akute Atemnot auftritt?

1) *Regelmäßige Peak Flow Messung*: Bei einem Abfall der üblichen persönlichen Werte kann bereits eine Erkrankung „im Anmarsch" sein, obwohl man sich noch gesund fühlt.

   Die *Bestimmung des Peak-Flow-Wertes* sollte aufrecht stehend erfolgen und das Gerät waagerecht gehalten werden. Der gemessene Wert gibt das maximale Luftvolumen (in l/min) an, das nach

maximaler Einatmung unter stärkster Anstrengung schnellstmöglich in der 1. Sekunde ausgeatmet werden kann (FEV_1). Sinnvoll ist eine Messung 2 x (bis 3 x) morgens, (mittags) und abends. Die Messungen sollten zuverlässig vorgenommen werden, vor allem, wenn ein Bronchialinfekt besteht, wenn auf andere Medikamente gewechselt wurde oder wenn die Messwerte sehr stark schwanken. Bei Patienten mit Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD) ist in der Regel mit dem Arzt bereits die dann oft erforderliche Erhöhung (Eskalation) der inhalativen Therapie besprochen und ein Aktionsplan erstellt.

2) Vermehrte Schleimbildung
3) Zäherer Schleim als gewöhnlich
4) Vermehrter Husten

Anmerkungen:

Husten ist ein *natürlicher Reflex*, um Schleim, der auf Reize wie durch Rauchen, Entzündungen, inhalierten Staub vermehrt gebildet wird, zu mobilisieren und mithilfe der Flimmerhärchen aus den Atemwegen zum Mund zu transportieren.

Gelb-Grünlicher Auswurf spricht für eine bakterielle Infektion (nur dann macht ggf. ein Antibiotikum – in Absprache mit dem Arzt – Sinn).

Weißlicher Auswurf deutet eher auf einen viralen Infekt hin. Die Farbe des Sekretes ist ein Hinweis, ermöglicht alleine jedoch keine sichere Diagnose. Beweisender ist das C-reaktive Protein (CRP) im Blut.

Die *richtige Hustentechnik* ist wichtig. Man sollte nie versuchen, den Schleim mit Gewalt abzuhusten. Der Schleim sollte langsam und ohne Anstrengung zum Kehlkopf „hochgeatmet" und dann durch Räuspern ausgespuckt werden. Nach Möglichkeit sollte immer über die *„Lippenbremse"* abgehustet werden, dabei sollte nach 2-3 Hustenstößen wieder eingeatmet werden. Längere Hustenattacken – ohne Auswurf – sollten möglichst unterdrückt werden.

Bei *chronischen Rauchern* besteht die Gefahr einer chronischen Bronchitis. Dabei wird vermehrt Schleim gebildet, während die Flimmerhärchen durch Rauchschadstoffe geschädigt oder sogar zerstört werden. Dann fällt das Abhusten des oft zähen Schleimes immer schwerer.

Wichtig: Jeder Patient sollte eine Verschlechterung seiner Erkrankung selbst erkennen können und das *Selbstmanagement* (Notfallplan) beherrschen. Dazu gehören die

- vorab besprochene Erhöhung der inhalativen Therapie,
- die Anwendung der eingeübten Atemtechnik („Lippenbremse") und auch
- atemerleichternde Körperhaltungen.

In Eigenregie sollte auch die vom Arzt für den Fall der akuten Verschlechterung besprochene Anwendung des *„Notfallsprays"* und die *Erhöhung der Dauermedikation* und des *inhalativen Kortisons* (ICS) bis - bei starker Krankheitsverschlechterung – zur Einnahme von Kortison (oraler Steroidstoß = kurzzeitige Einnahme von Kortisontabletten) vom Patienten durchgeführt werden können.

Das Emphysem und die Lippenbremse

Beim Emphysem werden viele der etwa 200 Millionen Lungenbläschen (Alveolen) der Lunge in viel größere *funktionslose Blasen*, in denen kein Sauerstoffaustausch mehr erfolgen kann, unwiderruflich umgebaut. Auch die Atemwege (Bronchien) sind entzündlich verändert. Ein pfeifendes Geräusch beim Ausatmen („Stridor") weist auf eine Verengung („Verstopfung") z.B. durch Schleim hin. Schließlich entsteht eine immer stärkere *Überblähung der Lunge*, da immer mehr eingeatmete Luft nicht mehr abgeatmet wird und in den Emphysemblasen quasi „gefangen" bleibt.

Durch „Hochhalten" des Druckes beim Ausatmen, z.B. durch die *„Lippenbremse"*, kann die Luft aus den Lungenbläschen besser abgeatmet werden, da die Bronchien durch den nur verzögert abfallenden Druck offenbleiben.

Die *richtige Ausatem-Technik* bei der *„Lippenbremse"* sollte folgendermaßen geübt werden: Aus einer 10ml-

Einmalspritze wird der (oft grüne) Kolben, also das „Teil zum Drücken", entfernt. Dann umschließt man das hintere, breite und jetzt offene Ende der Spritze mit den Lippen und atmet nur durch die kleine Spritzenöffnung aus.

Langsames und dosiertes Ausatmen über die „Lippenbremse" führt zu einer weitgehend vollständigen Ausatmung. Anschließend kann wieder mehr und tiefer eingeatmet werden.

Tipps zum besseren Schleimlösen:

- Vermehrt trinken (Achtung: Z.B. bei Nierenerkrankungen oder Herzschwäche darf die Trinkmenge nicht zu sehr erhöht werden, hier sind die Anweisungen des behandelnden Arztes zu beachten)
- Leichtes Klopfen auf den Rücken
- Tief durchatmen
- Körperliches Training (Ausdauertraining und auch Krafttraining)
- Schleimlösende Medikamente (Pflanzenextrakte von Thymian, Efeu, Primel) aber auch pharmakologische Schleimlöser können hilfreich sein. Eine vermehrte Schleimproduktion ist jedoch zu vermeiden.
- Atemphysiotherapie
- Vibrationsmassage, z.B. mit Vibrationsgerät oder manuell durch Atemphysiotherapeuten

Bei akuter Verschlechterung der Atemnot*:*

- Medikamentöse Therapie: Kortison-Tabletten über 5 Tage – bei bakteriellem Infekt kann auch ein Antibiotikum erforderlich sein (beide in Absprache mit dem Arzt und nach Notfallplan).
- Düsenvernebler: Mit z.B. Salz-Sole (zum Selber-Herstellen: 9g Salz mit 1l Wasser aufkochen, bzw. 1 gestrichener nicht gehäufter! Teelöffel mit 0,5 l Wasser ergibt eine isotonische Kochsalzlösung) oder als Ampullen (Fertiglösung).
  Bei *anfallsartiger Atemnot* (typisch beim Asthma bronchiale) mit krampfartig verengten Atemwegen ggf. Inhalation von 1-2 Hüben eines kurzwirksamen Betamimetikums (z.B. Salbutamol) oder Anticholinergikums (Ipratropiumbromid, dies allerdings mit verzögertem Wirkeintritt) und eventueller einmaliger Wiederholung nach 5 Minuten.
- Bei *akuter Verschleimung*: Anwendung eines *Flutters* oder *RC Cornets*. Mit diesen Geräten werden Schwingungen beim Ausatmen erzeugt, die auf die Atemwege übertragen werden und dadurch festsitzendes Bronchialsekret ablösen und so zum Abhusten mobilisieren.

Auch durch *Blasen mit einem Strohhalm* in ein mit Wasser gefülltes Glas, dem „Blubbern", kann ein ähnlicher Effekt erzielt werden.

Exazerbationen

Unter Exazerbation versteht man eine *akute Krankheitsverschlechterung* oft in Folge von Atemnot und der Notwendigkeit einer Therapieerweiterung (Eskalation). Dies ist häufig bei einer COPD (Grad II-IV), vor allem im Winter (durch Infekte, Luftverschmutzung, häufig auch aufgrund unbekannter Ursachen) oder auch bei allergischen Asthma bronchiale der Fall (z.B. durch Schimmelpilze).

Folgende *Anzeichen* sprechen *für* eine *akute Exazerbation*:

1) akuter Infekt mit Fieber, Halsschmerzen, Schnupfen, starker Müdigkeit, Abgeschlagenheit, u.a.
2) stark vermehrter Husten
3) Aufwachen durch nächtlichen Husten und/oder Atemnot, die oft nicht mehr schlafen lassen
4) verstärkte Atemnot - zuerst bei körperlicher Belastung
5) stark verringerte körperliche Belastbarkeit mit Atemnot bereits in Ruhe

Foto: R. Cegla

RC-Cornet

Foto: HoB GmbH

Flutter

6) stark reduzierte Peak Flow-Werte
7) „Bedarfsspray" muss mehrmals pro Woche angewendet werden

(Anmerkung: Das *„Bedarfsspray"* sollte bei Krankheitsverschlechterung mit Luftnot frühzeitig angewendet werden. Nach Inhalation von 1-2 Hüben des Sprays sollte innerhalb von 1-2 Minuten eine deutliche Verbesserung der Atemnot erfolgen)
8) Wenn nach 5 Minuten keine Besserung eingetreten ist, kann die Inhalation einmalig wiederholt werden. Tritt dann keine Besserung ein: Notarzt rufen (112)!

Therapieänderungen bei Exazerbation
Diese sollten nach dem mit dem behandelnden Arzt besprochenen und ausgehändigten *Notfallplan* erfolgen:

- *Erhöhung der Hubzahl* des bronchienerweiternden Notfallsprays bzw. zusätzliche Inhalationen, z.B. über einen Düsenvernebler.
- *Entzündungshemmende medikamentöse Therapie*, nach Erhöhung der Dosis des inhalativen Kortisons (s. Beipackzettel), eventuell zusätzlich Kortison in Tablettenform.
- Bei eitrigem Auswurf, oder bei hohem Fieber, oder bei Laborwerten, die auf eine Entzündung hinweisen, und/oder bei Veränderungen im Röntgenbild des Brustkorbs (Infiltrat): Einsatz eines Antibiotikums (nach ärztlicher Verordnung).
- Bei ständiger starker Atemnot: Prüfung der Verordnung von *Sauerstoff (O_2)* durch den behandelnden Lungenarzt (über Nasensonde/Maske oder eines Sauerstoffkonzentrators / evtl. nichtinvasive Ventilation, NIV).
- Bei schlechtem Allgemeinzustand, sehr starker anfallsartiger oder ständiger Atemnot, zunehmender respiratorischer Insuffizienz (d.h. der Sauerstoffgehalt im Blut ist viel zu niedrig, der CO_2-Gehalt viel zu hoch): ärztlich veranlasste *dringende Krankenhauseinweisung*.

Symptome einer schweren Atemnot

Das können z.B. folgende sein:

- Die Atmung ist schnell und flach, der Patient ist ängstlich oder panisch
- Engegefühl im Brustraum, evtl. Schmerzen
- hörbare Atemgeräusche
- Die Haut ist blass oder blau-violett, besonders die Lippen und Fingernägel
- Der Patient versucht sich mit den Armen abzustützen, um instinktiv die Atemhilfsmuskulatur zu aktivieren
- Oft kalter Schweiß

Andere akute Notsituationen der Lunge

Pneumothorax:
Luftansammlung im Brustfellraum, der zu einem „Zusammenfallen der Lunge" führt. Ein Pneumothorax kann durch Verletzungen oder im Verlauf einer bestehenden Grunderkrankung, z.B. Emphysem, aber auch spontan entstehen. Die Behandlung besteht darin, dass mittels eines Schlauches (Drainage) diese Luftansammlung wieder abgesaugt wird.

- Symptome: akuter Schmerz im seitlichen Brustkorb, ausstrahlend in die Schulter
- Reizhusten
- Akute Atemnot, evtl. Blaufärbung der Lippen und Fingernägel
- „Gluckerndes" Geräusch im Brustkorb, mit der Zeit nachlassender Schmerz
- Schwaches bis gar kein Atemgeräusch auf der Seite

Lungenentzündung (Pneumonie)
Entzündung des Lungengewebes, meist durch eine Infektion mit Bakterien, Viren oder Pilzen, selten auch toxisch durch Einatmung giftiger Stoffe (Rauch) oder durch immunologische Vorgänge hervorgerufen.

- Symptome: langsamer, atemabhängiger Aufbau des Schmerzes
- Fieber, starkes Krankheitsgefühl

Ursachen: Keime (Bakterien, Viren, selten Pilze) sind in die Lunge gelangt und verursachen eine Entzündung mit vermehrter Flüssigkeitsbildung, schleimig-eitrigem Auswurf (evtl. blutig), Allgemeinbefinden stark verschlechtert, Rasselgeräusche und hohes Fieber.

Lungenembolie:
Verschluss einer oder mehrerer *Lungenarterien* z.B. durch Blutgerinnsel. Blutgerinnsel entstehen am häufigsten in den Beinen, z.B. nach Operationen oder Unfällen, oder auch durch sehr langes unbewegliches Sitzen z.B. im Auto oder Flugzeug. Diese Blutgerinnsel können sich ablösen, gelangen mit dem Blut in den Kreislauf und bleiben schließlich in den zuführenden Lungengefäßen stecken.

- Der Puls ist höher als 100/min in Ruhe, der Blutdruck häufig erniedrigt (systolisch < 100 mmHg)
- Die Atemfrequenz ist oft massiv erhöht, akute Atemnot!
- Blutiger Auswurf, starke Schmerzen beim Einatmen

Aktionsplan

Der Aktionsplan bzw. Notfallplan enthält die Medikamente und Maßnahmen, die man in verschiedenen Stadien der Erkrankung selbst anwenden muss.

Der Aktionsplan muss vom behandelnden Arzt erstellt werden. Es ist wichtig, die entsprechenden Medikamente stets griffbereit zu haben. In den Urlaub etc. sollte man diese auch immer mitnehmen. Jeder Patient mit z.B. Asthma oder COPD sollte selbst erkennen können, wann er von einer stabilen Phase seiner Erkrankung in eine bedrohliche Krankheitsphase gelangt und dann die medikamentöse Therapie entsprechend des mit seinem Arzt gemeinsam erstellten Notfallplanes erweitern oder erhöhen sollte. Ein persönlicher Asthma- bzw. COPD-Aktionsplan kann auf der Homepage der Deutschen Atemwegsliga (DAL) unter www.atemwegsliga.de heruntergeladen oder bei der Geschäftsstelle der DAL bestellt werden.

Notfallplan:

Soll vom Arzt gemeinsam mit seinem Patienten erstellt werden und immer mitgeführt werden.
Wichtig sind folgende Informationen:

- Der Patient hat folgende Erkrankung ..... und folgende weitere Erkrankungen ..... .
- In welcher Dosierung wendet der Patient welche Medikamente regelmäßig an?
- Welche Medikamente soll der Patient bei bedrohlicher Verschlechterung seiner Krankheit und in welcher Dosis anwenden?
- Kontaktdaten der nächsten Angehörigen und des behandelnden Arztes (Hausarzt)
- Informationen zu den persönlichen Peak-Flow-Werten
- Hinweis auf eine ggf. bestehende Patientenverfügung
- Wann soll oder muss der Notarzt gerufen werden?

Es gibt zusätzlich einen europäischen Notfallausweis als Vordruck in vielen Sprachen.

Dieser ist (meist gegen Gebühr) z.B. in Apotheken, bei vielen Hausärzten, der Deutschen Atemwegsliga oder im Internet erhältlich. Es ist sinnvoll, diesen Ausweis auch auf Reisen immer mitzuführen.
Besseres Atmen: *wie bekomme ich „einfacher" Luft?*

- Ausatmung über die „Lippenbremse" (besonders bei Anstrengung)
- Atemerleichternde Körperhaltungen
- Tief Luft holen, besonders vor körperlichen Belastungen
- Bei Anstrengung ausatmen, bei Entspannung einatmen

Die *atemerleichternden Körperhaltungen* helfen dabei, die Atemhilfsmuskeln, die beim „normalen" Atmen kaum arbeiten müssen, zusätzlich zu aktivieren. Dabei handelt es sich um Muskeln der Schultern, des Brustkorbes, des Halses und des Rückens. Weil das Gewicht der Arme nicht mehr „gehalten werden" muss, sind diese Muskeln kraftvoller.

Kutschersitz: mit hüftbreit geöffneten Beinen auf einem Stuhl sitzen, ggf. eine Ecke der Sitzfläche nach vorne. Der Oberkörper wird leicht nach vorne gebeugt mit geradem Rücken, die Hände bzw. die Ellenbogen stützen den Oberkörper ab (fast bis an die Knie vorgreifen). Die *Torwartstellung*: leicht in die Hocke gehen, Oberkörper leicht nach vorne, Rücken gerade. Auch hier wird der Oberkörper mit den Händen auf den Oberschenkeln (etwas über den Knien) abgestützt.

Abstützen im Stehen z.B. an Stuhllehne (oder auf Walking-Stöcken) mit beiden Händen: In Schrittstellung wird der Oberkörper auch mit geradem Rücken leicht nach vorne geneigt, die Arme stützen den Oberkörper an der Stuhllehne etc. ab. Das Abstützen geht auch nur mit einer Hand zur Seite hin.

„Schülersitz" (geht nur auf einem Stuhl mit Lehne): „Falschherum" auf den Stuhl setzen, die Unterarme auf der Lehne und den Kopf auf den Armen ablegen.

Die atemerleichternden Positionen sind – zusammen mit der Lippenbremse und dem „Notfallspray" – die beste Voraussetzung, um bei akuter Atemnot wieder besser Luft zu bekommen.

Richtige Haltung für Herzdruckmassage: Ellenbogen durchgestreckt, Schultern senkrecht über Händen.

Was tun bei akuter Atemnot?

- Ruhig bleiben und – wenn möglich - einen ruhigen Platz aufsuchen
- Einengende Kleidung v.a. am Hals öffnen
- Notfall- bzw. Bedarfsmedikament nach ärztlichem Notfallplan inhalieren und nach 5 Minuten ggf. wiederholen
- Ruhig einatmen und über die Lippenbremse ausatmen
- Atemerleichternde Haltung einnehmen
- Wenn nach 15 Minuten keine Besserung eintritt: **Notarzt rufen 112!**
- Bei Besserung sollte dennoch in den nächsten ein bis zwei Tagen der Arzt aufgesucht werden.

Aufgaben des Ersthelfers

- Patient beruhigen, es soll auf keinen Fall Panik aufkommen
- Patient sitzend und ruhig lagern (der Patient soll sich nicht bewegen)
- Enge Kleidung, vor allem am Hals, öffnen
- Achtung bei „Frischluftzufuhr" durch Öffnen eines Fensters: Beachte: Bei Asthmatikern kann plötzlich einströmende kalte Luft einen Bronchospasmus auslösen oder verschlechtern. Bei Allergikern können vermehrte Pollen in der Luft die Atemnot ebenfalls verschlechtern
- Bewusstseinslage des Patienten durch Ansprechen oder Berühren regelmäßig überprüfen
- Umstehende auf die Notfallsituation verständlich aufmerksam machen
- *Wenn* sich die *Situation nicht umgehend verbessert:* Nicht zögern, sondern den **Notarzt rufen 112.** Klare Positionsangabe
- Klar verständlich *Aufgaben verteilen*: Wer ruft 112 an, wer geht z.B. vor das Gebäude, um den Rettungsdienst zum Patienten zu führen, wer bleibt

beim Patienten für eine eventuelle Wiederbelebung zu zweit

- *Beim Notruf 112* die Informationen ruhig und vollständig übermitteln: Wer/Wo/Krankheit/ akute Atemnot (bzw. Atemstillstand) und auf Rückfragen der Rettungsleitstelle warten (nicht von selbst auflegen!)
- Regelmäßig die Atmung kontrollieren
- *Wenn keine Atmung (Kreislaufstillstand)* mehr feststellbar ist, *Wiederbelebungsmaßnahmen* ergreifen - **Herzdruckmassage**: Betroffenen in Rückenlage und mit überstrecktem Kopf auf eine harte Fläche legen, dann das Brustbein ungefähr in der Mitte des Brustkorbs 30x etwa 4-6 cm kurz tief und kräftig eindrücken (mit einer Frequenz von mind. 100 und max. 120 Kompressionen pro Minute) unterbrochen von einer zweimaligen z.B. Mund zu Mund-Beatmung. Dies solange wiederholen, bis der Notarzt da ist. Der Rhythmus vom Song „Staying alive" der BeeGees gilt als ideal für die Herzdruckmassage. **Man kann bei der Reanimation nichts falsch machen. Der größte Fehler ist, keine Reanimation bei Kreislaufstillstand durchzuführen.**

Wichtig ist, dass der Ersthelfer ruhig und besonnen bleibt.

Vorsorge: Bevor erstmals eine Notsituation eintritt, sollte der Patient seinen Partner und/oder enge Familienangehörige, Kollegen oder Freunde ausführlich informieren, was im Ernstfall zu tun ist und wo was zu finden ist.

Aus der Erkenntnis, dass akute Atemnot das Leitsymptom ist, mit dem COPD-Patienten mit einer akuten Exazerbation ein Krankenhaus aufsuchen müssen entstand eine Initiative. In einer europäischen COPD-Studie in 13 Ländern mit 422 beteiligten Krankenhäusern halten sich einige inakzeptable Mängel bei der Notfallversorgung von COPD-Patienten mit Atemnot in den Krankenhäusern gefunden.

Dies hat im Verband Pneumologischer Kliniken (VPK) die Forderung zur Etablierung von **Atemnotzentren** für diese Patienten ausgelöst.

Die geplante bundesweite Einrichtung und wissenschaftliche Überprüfung von Atemnotzentren (engl. Respiratory Failure Units - RFU) soll in Analogie zu den sehr erfolgreichen Schlaganfall-Zentren in der Neurologie und den Brustschmerz-Zentren in der Kardiologie erfolgen. Zu den wesentlichen Strukturvorgaben muss ein erfahrenes Team von Pneumologen mit Beatmungserfahrung, die Möglichkeit zur sofortigen Analyse der Lungenfunktion und der Blutgase, der Sonografie und der Echokardiografie sowie der vor Ort einleitbaren, nicht invasiven Beatmung (NIV) gehören.

Dies ist umso wichtiger, da viele Studien gezeigt haben, dass 25 bis 35 Prozent der Patienten mit akuter schwerer Atemnot in einem Zeitraum von 90 Tagen nach ihrer Entlassung wieder wegen Atemnot ein Krankenhaus aufsuchen müssen.

Erweiterte Fassung des Artikels aus Alpha1-Journal 1/2020

Autoren:

Dr. Heike Isensee,
Alpha1 Patientin
und Gruppenleiterin
der Region Stuttgart Alpha-1
Deutschland e.V.

Dr. med. Alexander Rupp,
Pneumologische Praxis,
Stuttgart

Dr. med. Michael Köhler,
Vorsitzender der DPLA

Eine Initiative aus dem Pfizer-Patienten-Dialog

Ich beim Arzt

Fragen vorher notieren

Alles sagen

Nachfragen

Wichtiges notieren

Alles klar?

Die 5 wichtigsten Punkte im Gespräch mit dem Arzt

Weitere Informationen unter **www.ichbeimarzt.de**

Jetzt im Herbst:

Mehr Impfen gegen „echte Grippe" (Influenza) und Lungenentzündungen durch Pneumokokken

Foto: AdobeStock / 103tnn

GUT GESCHÜTZT

Jetzt impfen lassen!

Eine Impfung gegen die „echte Grippe" und die Pneumokokken schützt zwar nicht vor COVID-19 – vermindert aber Ihr Risiko für gleichzeitige Infektionen!

Corona-Pandemie und kommende Grippewelle: Präsident der Bundesärztekammer ruft zu mehr Impfungen gegen Influenza auf.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. med. Klaus Reinhardt, hat eine möglichst lückenlose Grippeimpfung auch des pädagogischen Personals in Deutschland gefordert. Die in den kommenden kalten Monaten zu erwartende Grippewelle dürfe nicht noch zusätzlich den Betrieb von Kitas und Schulen gefährden.

Nicht nur die Kinder, ihre Eltern und Großeltern, sondern auch das Personal müssen deshalb „so umfänglich wie möglich" gegen Grippe geimpft werden, betonte er. Nur so könne das deutsche Bildungs- und Gesundheitssystem intakt bleiben.

Gripppe-Impfung besonders für Risikogruppen empfohlen

In der aktuellen Corona-Pandemie mit jetzt wieder ansteigenden Infektionszahlen, wird eine **Indikations-Impfung** besonders für **Risikogruppen** wie alle Patienten mit chronischen Erkrankungen

- des Herzens (Herzschwäche),
- der Atemwege (Asthma und COPD),
- des Stoffwechsels (Zuckerkrankheit),
- und neurologischen Erkrankungen (z.B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose),
- Leber- und Nierenerkrankungen,
- Angeborene oder erworbene Immunschwäche (z.B. HIV), sowie
- Schwangere (ab dem 2. Trimenon), und
- Bewohner von Alters- und Pflegeheimen,

- beruflich gefährdeten Personen (medizinisches Personal), und
- Personen mit umfangreichen Personenkontakten, empfohlen.

Einerseits, um gleichzeitige Doppelinfektionen mit Viren wie der „echten Grippe" (Influenza) und COVID-19 zu vermeiden, andererseits, um die Zahl der Krankenhausaufenthalte wegen Grippe möglichst gering zu halten.

Zusätzlich wird eine **Standard-Impfung** bei allen Personen

- über 60 Jahren empfohlen.

Die Grippeimpfung wird rechtzeitig vor Beginn der Grippe-Saison im Oktober oder November empfohlen. Damit wären rund 40 Millionen Menschen in Deutschland zu impfen.

Das wissenschaftliche Paul-Ehrlich-Institut (PEI) hält gegenwärtig die Mengen an Grippeimpfstoff vor der kommenden „Influenzasaison" für ausreichend. Man könne derzeit keinen Mangel an Grippeimpfstoff für die Influenzasaison 2020/21 in Deutschland erkennen, sagte Prof. Klaus Cichutek, Präsident des PEI. „Wir gehen davon aus, dass die Hersteller ausreichend Impfstoffdosen bereitstellen werden."

13,6 Millionen Impfdosen seien nach Chargenprüfung derzeit für Impfungen in Deutschland freigegeben, eine übliche Menge. Nach eigenen Angaben orderte das Bundesgesundheitsministerium weitere sechs Millionen Dosen, die vorrangig im November und Dezember geimpft werden sollen. In der vergangenen Saison hatten insgesamt 21 Millionen Dosen zur Verfügung gestanden.

„Trainingsprogramm" für das Immunsystem

Auch Ärztepräsident Reinhardt rechnet aber nicht mit einer „bundesweiten Mangellage". Angesicht der erhöhten Impfbereitschaft in diesem Jahr könne es allerdings zu örtlichen Engpässen in einzelnen Praxen kommen.

Reinhardt sagte auch, es sei gut möglich, dass die Grippewelle in diesem Herbst und Winter harmloser verlaufe als in früheren Jahren: „Durch die „Corona-Routine", also durch häufigeres Händewaschen, Händedesinfektion, Maskentragen, Abstandhalten und das Bewusstsein für erhöhte Infektionsgefahren, werden Ansteckungen insgesamt wohl reduziert werden."

Eine Grippeimpfung könne zudem einen positiven Effekt auf das Risiko einer Infektion mit dem Coronavirus haben. Die Grippeimpfung führe zwar nicht zu einer spezifischen Immunisierung gegen das Coronavirus, könne aber das Immunsystem derart stärken, dass eine Infektion mit dem neuartigen Erreger harmloser verlaufe. Jede Impfung sei „ein Trainingsprogramm für das Immunsystem", so Reinhardt.

Ergänzung durch Pneumokokken-Impfung erforderlich

Die in diesem Herbst/Winter zu erwartende vermehrte Besiedelung der durch Viren (COVID-19 und „echte Grippe") vorgeschädigten Luftwege mit Bakterien – hier vor allem Pneumokokken – ist dabei eine der gefährlichsten Komplikationen. Eine so verursachte *Pneumokokken-Lungenentzündung* (Pneumonie), kann vor allem bei den oben aufgeführten Patienten mit chronischen Erkrankungen (wie Asthma und COPD) und bei über 60-jährigen *lebensgefährlich* sein.

In einer 2018 publizierten wissenschaftlichen Untersuchung wurde nachgewiesen, dass Grippeeimpfungen in Verbindung mit einer Pneumokokken-Impfung das Risiko einer Pneumokokken-Lungenentzündung und von tödlichen Verläufen reduzieren konnten. Dies sowohl im Vergleich zur alleinigen Pneumokokken- oder Grippeimpfung bzw. zu Placebo. In der kommenden Wintersaison haben wir aber zusätzlich noch das diese Gefahr zusätzlich verstärkende Risiko einer begleitenden COVID-19-Infektion.

Hier empfiehlt die **STIKO** (Ständige Impfkommission) in ihrer neuesten Übersicht vom 20.08.2020 - analog wie die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. bereits seit 2015 - bei Patienten dieser Risikogruppen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung, die nacheinander folgende (sequenzielle) Impfung zuerst mit dem 13-valenten Konjugat-Impfstoff (PCV 13), gefolgt von PPSV 23 nach 6 bis 12 Monaten.

Quellen: Nach aktuellen Medienmeldungen vom 03.09.2020 erweitert.

Endlich rauchfrei in Zeiten von COVID-19

Lungenexperten empfehlen Entwöhnungsprogramme statt E-Zigaretten

Foto: AdobeStock / UsedomCards.de

Nach der „Europäischen Tabakkontrollskala 2019", die im Rahmen der „European Conference on Tobacco or Health (ECToH)" vorgestellt wurde, belegt Deutschland bei der im europäischen Vergleich den letzten Platz. Fast ein Drittel der Erwachsenen in Deutschland raucht klassische Tabakzigaretten; bei Kindern und Jugendlichen sind es knapp zehn Prozent. Zwar geht der Anteil der jugendlichen Tabak-raucher in Deutschland zurück, der Konsum von E-Zigaretten nimmt –vor allem bei jungen Erwachsenen – jedoch kontinuierlich zu. Dass E-Zigaretten Gesundheitsgefahren bergen und keine Alternative für Menschen sind, die mit dem Rauchen aufhören möchten, darauf weist die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) gemeinsam mit der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP) anlässlich des Weltnichtrauchertages hin. Zur Raucherentwöhnung sind in erster Linie strukturierte Entwöhnungsprogramme hilfreich.

Jedes Jahr sterben in Deutschland rund *121.000* Menschen an Erkrankungen, die durch das Rauchen zumindest mitverursacht werden. „Dazu zählen vor allem *Herz-Kreislauf-*, *Lungen-* und *Krebserkrankungen*", sagt Professor Dr. med. Robert Bals, Direktor der Klinik für Pneumologie, Allergologie, Beatmungs- und Umweltmedizin des Universitätsklinikums des Saarlandes in Homburg. „Wer raucht, gehört außerdem zur Risikogruppe für das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2. Im Fall einer Infektion kann es zu einem besonders schweren Verlauf der Viruserkrankung kommen." Da die Abwehrkräfte des Bronchialsystems bei Rauchern nur noch eingeschränkt funktionieren, besteht zudem eine erhöhte Infektionsgefahr.

E-Zigaretten stehen fälschlicherweise im Ruf, deutlich weniger gesundheitsschädlich zu sein als herkömmliche Tabakzigaretten. Denn je nach E-Zigarettentyp und Zusammensetzung des verwendeten Liquids enthalten die elektronischen Verdampfer atemwegsreizende Substanzen wie Propylenglykol, krebserregende Substanzen wie Formaldehyd und teilweise gesundheitsschädigende Metalle wie Blei, Chrom und Nickel. „Die Langzeitfolgen des Konsums lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt noch gar nicht umfassend abschätzen", so Bals. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat ihre Warnung vor E-Zigaretten kürzlich noch einmal verschärft.

Die DGP empfiehlt daher dringend, die gegenwärtige Corona-Pandemie zum Anlass zu nehmen, mit dem Rauchen aufzuhören. „So kann man nicht nur die Gefahr für zahlreiche Folgeerkrankungen verringern, sondern auch das Risiko für eine COVID-19-Infektion und ihren lebensbedrohlichen Verlauf", so Professor Dr. med. Michael Pfeifer, Präsident der DGP. E-Zigaretten sind zur Tabakentwöhnung nicht geeignet. „Denn wer E-Zigaretten raucht, ist keineswegs abstinent, sondern ersetzt lediglich ein schädliches Produkt gegen ein anderes, von dem wir annehmen dürfen, dass es ebenfalls schädlich und hochgradig suchterzeugend ist". So belegt eine Studie, dass E-Zigaretten unter kontrollierten klinischen Bedingungen zwar kurzfristig einen positiven Entwöhnungseffekt haben, langfristig aber und in der Realität die Rauchabstinenz erschweren. „Als Entwöhnungshilfe sind E-Zigaretten daher sehr kritisch zu sehen und nicht geeignet für eine Abstinenzbehandlung", so Professor Pfeifer.

„Vielmehr umfasst eine erfolgreiche Tabakentwöhnung viele Einzelbausteine, wie

- eine individuelle Beratung,
- Gruppentherapien,
- Nikotinersatzpräparate und
- spezielle Medikamente",

erklärt Bals. Ein Problem in Deutschland ist jedoch die Finanzierung solcher Entwöhnungsprogramme. Denn die Erstattung der Kosten für Betroffene und für Anbieter ist nicht einheitlich geregelt. Die DGP und die GPP fordern daher professionelle Entwöhnungsprogramme, die *Rauchern kostenfrei* und *flächendeckend* angeboten werden. „Davon gibt es in Deutschland noch viel zu wenige", so Prof. Pfeifer.

Eine besondere Zielgruppe bei der Tabakkontrolle sind Jugendliche. Darauf weist Professor Dr. med. Matthias Kopp, Präsident der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP), hin: „Denn fast 80 Prozent der Raucher haben ihre erste Zigarette vor dem 18. Lebensjahr geraucht. Bei unseren Anstrengungen zur Tabakentwöhnung und Raucherprävention müssen wir Jugendliche und junge Familien mit stark gefährdet, mit dem Rauchen zu beginnen, wenn in ihrer Familie oder im Freundeskreis aktiv geraucht wird.

„Große Erfolge können auch mit Maßnahmen zur Tabakkontrolle erzielt werden", so ergänzt Professor Pfeifer. Länder wie Großbritannien oder Frankreich, die eine strengere Tabakkontrolle als Deutschland verfolgen – z.B. durch

- umfassende Werbeverbote,
- nachdrückliche Anti-Raucher-Kampagnen,
- nationale Rauchentwöhnungsangebote und
- hohe Tabakpreise

weisen einen eindrucksvollen Rückgang der aktiven Raucher auf. „In Deutschland werden Maßnahmen wie Rauch- und Werbeverbote oder höhere Tabaksteuern leider nur zögerlich umgesetzt. Es passiert zumeist nicht mehr als das gesetzliche Minimum. Es ist daher aus Sicht der DGP unverantwortlich, dass das Verbot der Außenwerbung für E-Zigaretten erst ab dem 1. Januar 2024 und nicht schon 2022 erlassen werden soll."

Quelle: nach einer Pressemeldung der DGP und der GPP zum Weltnichtrauchertag 2020.

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

NEU • NEU • NEU • NEU • NEU • NEU • NEU • NEU • NEU

NVL Asthma

Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) sind in Deutschland wissenschaftlich erarbeitete Behandlungsempfehlungen zu ausgewählten und weitverbreiteten Erkrankungen (derzeit insgesamt 7). Sie entsprechen dem jeweils besten und aktuellen Stand der medizinischen Kenntnisse. Sie entstehen in Abstimmung und gemeinsam mit allen an der Versorgung der entsprechenden Krankheit beteiligten Fachdisziplinen und Fachberufe. Einbezogen werden auch betroffene Organisationen und Patientenvertreter. So wird ein Konsens erarbeitet. Ziel ist die ausdrücklich gewünschte gemeinsame Entscheidungsfindung im Sinne einer jeweils bestmöglichen Asthmakontrolle. Sie sollen so das Arzt-Patient*in–Verhältnis fördern und werden durch qualitativ hochwertige Patienteninformationen und Entscheidungshilfen unterstützen.

Foto: AdobeStock / REMINDFILMS

NVL Asthma – Was ist wichtig?

Das Wichtigste der 4. Auflage im Überblick

Asthmakontrolle

Die Klassifikation und Behandlung des Asthmas richten sich nach der Asthmakontrolle. Sie ergibt sich aus der Symptomatik und dem Risiko für eine Verschlechterung des Asthmas.

Inhalative Corticosteroide (ICS) als Basis der Langzeittherapie

Wenn die Bedarfsmedikation nicht ausreicht, um die Beschwerden zu kontrollieren, sollen Erkrankte ICS erhalten. ICS behandeln die Entzündung, die der Erkrankung zugrunde liegt.

Keine Monotherapie mit langwirkenden Beta-2-Sympathomimetika (LABA)

LABA lindern Asthmasymptome, aber nicht die zugrundeliegende Entzündung. Eine Monotherapie mit LABA ohne ICS führt zu mehr Exazerbationen. Sind ICS und LABA indiziert, sollen Betroffene bevorzugt eine Fixkombination erhalten.

Einweisung in das Inhalationssystem

Wer ein neues Inhalationssystem erhält, benötigt eine Einweisung. Patient*innen üben in der Arztpraxis die korrekte Handhabung ein und führen sie vor. Auch die Apotheke kann hier unterstützen.

Monoklonale Antikörper

Monoklonale Antikörper sind erst in der letzten Therapiestufe vorgesehen, um die Langzeittherapie mit oralen

Corticosteroiden zu vermeiden. Zuvor sollen alle anderen medikamentösen Optionen ausgeschöpft werden.

Schulung für alle

Schulungen unterstützen das Selbstmanagement und helfen, mit der chronischen Erkrankung umzugehen. Betroffenen, die eine Langzeittherapie bekommen, soll die Teilnahme an Schulungen empfohlen und ermöglicht werden.

Körperliche Aktivität ist möglich und wichtig

Menschen mit Asthma sollen zu körperlicher Aktivität ermutigt werden. Voraussetzung für die sportliche Betätigung ist eine gut eingestellte medikamentöse Therapie.

Die Leitlinie, Patientenmaterialien und weitere Dokumente finden Sie unter
www.asthma.versorgungsleitlinien.de

NVL Asthma – Was ist neu?

Wichtige Änderungen in der 4. Auflage

Stufe 1 und 2: Fixkombination aus ICS niedrigdosiert und Formoterol

Für Patient*innen ab 12 Jahren ist in Stufe 1 und 2 alternativ eine ausschließlich bedarfsorientierte Anwendung der Fixkombination aus einem ICS in niedriger Dosis und Formoterol möglich. Die Empfehlungen entsprechen einem Off-Label-Use.

Selbsthilfemaßnahmen: das A & O beim Asthmaanfall

Selbsthilfemaßnahmen können die Angst bei einem Anfall verringern. Es hilft, wenn der Schweregrad eingeschätzt, die Bedarfstherapie eingesetzt und atmungserleichternde Körperhaltung sowie dosierte Lippenbremse angewandt werden.

Kein Antibiotikum beim Asthmaanfall

Wenn es keine hinreichenden Belege für eine bakterielle Infektion gibt, sollen zur Behandlung eines Asthmaanfalls keine Antibiotika eingesetzt werden.

Verdacht auf Asthma mit Arbeitsplatzbezug

Empfehlungen zur Aufgabe der Berufstätigkeit oder zum Berufswechsel greifen stark in das Leben Betroffener ein und müssen gut überlegt sein. Vorab soll eine ausreichende Sicherung der Diagnose durch einen Spezialisten erfolgen.

Berufswahl

Es gibt Berufe, die für Menschen mit Asthma weniger geeignet sind. Bei Jugendlichen mit Asthma soll daher die anstehende Berufswahl thematisiert werden.

Komplementäre und alternative Therapie

Akupunktur, Homöopathie und Hypnose sollen zur Behandlung des Asthmas nicht empfohlen werden.

Asthma in der Schwangerschaft

Die Diagnose Asthma begründet allein nicht die Indikation für einen Kaiserschnitt. Frauen mit Asthma sollen über die Bedeutung der Asthmakontrolle und die Sicherheit der während der Schwangerschaft fortzuführenden medikamentösen Therapie beraten werden.

Rehabilitation

Vor Intensivierung der medikamentösen Therapie zur Stufe 5 bzw. 6 und nach asthmabedingten Krankenhausaufenthalten wird empfohlen, die Indikation zu einer Rehabilitation zu prüfen.

Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien in der Trägerschaft von Bundesärztekammer (BÄK),

Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV)

und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Evangelische Lungenklinik Berlin

International anerkannte Spitzenmedizin im historischen Ambiente in Berlin-Buch

Evangelische Lungenklink Berlin

Bei seiner Gründung als „**F**orschungsinstitut für **L**ungenkrankheiten und **T**uberkulose" (FLT) 1952, wurde der heutigen Evangelischen Lungenklinik Berlin vom Gesundheitsministerium der damaligen DDR der Auftrag erteilt, sich neben der Behandlung von Patienten mit Lungenerkrankungen und Tuberkulose auch der Erforschung dieser Krankheiten zu widmen. Das FLT war damals direkt dem Gesundheitsministerium unterstellt und stand an der Spitze aller (Tuberkulose-) Einrichtungen der gesamten DDR.

Nach der friedlichen Wende erfolgte die Umbenennung in „Fachkrankenhaus für Lungenheilkunde und Thoraxchirurgie", 2006 dann in „**E**vangelische **L**ungen**k**linik Berlin" (**ELK**), doch den traditionellen Auftrag zur Behandlung und Erforschung von Erkrankungen der Lunge verfolgt die Klinik bis heute. Im Nordosten Berlins residiert die Fachklinik in historischen Gebäuden der ehemaligen Krankenhausstadt Berlin-Buch, die um 1900 erbaut wurde, mit dem Ziel, eine ansprechende Anlage zu erschaffen, die auch zur seelischen Gesundung der Kranken beitrug. Noch heute profitieren die Patient*innen der ELK von dem grünen Ambiente, das die komplett restaurierten und modernisierten Häuser umgibt. Es bestehen enge Kooperationen auf dem Klinik-Campus (Klinikum der Maximalversorgung/Rheumaklinik) sowie mit Partnerkliniken und niedergelassenen Kolleg*innen, sodass ein nahtloser Übergang zwischen ambulanter und stationärer Betreuung möglich ist.

Die Evangelische Lungenklinik zählt zu den bundesweit anerkannten Exzellenzzentren. 2008 war die Abteilung für Thoraxchirurgie eine Pilotklinik für die Zertifizierung als „Kompetenzzentrum Thoraxchirurgie" der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie. Schon 2009 wurde die Evangelische Lungenklinik als „Lungenkrebszentrum" der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert, 2011 dann als „Weaningzentrum" durch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. Nur ganz wenige Kliniken in Deutschland unterziehen sich dermaßen umfassend der regelmäßigen Kontrolle durch die Fachgesellschaften wie die ELK.

Die Chefärzte der Kliniken für Pneumologie und Thoraxchirurgie, Prof. Dr. med. Christian Grohé und Dr. med. Gunda Leschber, sind seit vielen Jahren auf der „Focus-Liste" der besten Ärzte für ihr Fachgebiet zu finden, und die Klinik wird auf der „Focus-Liste" der

besten Kliniken für Lungenerkrankungen geführt. Die Chefärztin trägt zudem den Titel „Spezielle Thoraxchirurgie" der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie.

Die hohe medizinische Kompetenz ist gepaart mit einer dem Menschen zugewandten Betreuung durch die Ärzte, das Pflegepersonal und alle Mitarbeiter der Klinik. Als Einrichtung der Johannesstift-Diakonie mit dem Leitgedanken „Gutes tun. Jeden Tag" steht der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen im Vordergrund. So wurde einer Station 2017 die Auszeichnung „Beste onkologische Pflege Deutschlands" verliehen.

Über 15.000 Patienten pro Jahr unterziehen sich hier einer Behandlung (stationär/ambulant) aller Krankheitsbilder der Lunge und der Atemwege (z.B. bei Tumoren, COPD (Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung), interstitiellen Lungenerkrankungen, Lungenemphysem etc.). In den täglichen Konferenzen mit allen Abteilungen werden die einzelnen Patient*innen mit ihren Krankheitsbildern besprochen und die jeweils bestmögliche individuelle Therapie festgelegt, entsprechend den aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien und Standards, die teilweise durch das Expertenteam der ELK mit erarbeitet wurden.

Die hohe fachliche Kompetenz aller Mitarbeiter*innen wird durch permanente Fortbildung sichergestellt. Viele Ärzte sind regelmäßig durch Vorträge auf Kongressen vertreten, wo sie die Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Arbeiten präsentieren, was den Austausch mit Kolleg*innen aus aller Welt fördert. Im Zusammenhang mit der COVID-19 Epidemie hat Chefarzt Dr. Hartmut Brestrich ein viel beachtetes Lehrvideo zu den Grundlagen der schonenden Lungenbeatmung im Internet veröffentlicht, Chefarzt PD Dr. Dag Wormanns befasst sich auch international mit dem Lungenkrebs-Screening, also der Krebs-Vorsorgeuntersuchung. Prof. Dr. Christian Grohé ist Herausgeber der Fachzeitschrift „Pneumologie" und arbeitet in verschiedenen Gremien zu vielen speziellen Themen der Lungenheilkunde. Die Chefärztin Dr. Gunda Leschber steht als Past-Präsidentin der Deutschen und der Europäischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie in engem Kontakt mit ihren internationalen Fachkolleg*innen, 2015 leitete sie den Kongress der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie. Als akademisches Lehrkrankenhaus der Charité – Universitätsmedizin Berlin, ist die Evangelische Lungenklinik in die Studentenausbildung integriert.

An (inter-)nationalen Studien mit neuartigen Medikamenten zur Behandlung von Lungenerkrankungen ist die Klinik regelmäßig beteiligt. Zum Teil wurden Studien initiiert und mit Mitteln der Deutschen Forschungsgesellschaft (DFG) finanziert. Um Patient*innen auch neueste Therapien anzubieten, wird über das Studienzentrum der Einschluss in laufende Therapiestudien geprüft.

Klinik für Pneumologie

Chefarzt Professor Dr. med. Christian Grohé

Hier erfolgen die Diagnostik und Therapie von akuten und chronischen Erkrankungen der Atemwege, der Lunge und des Brustkorbes.

Die Endoskopieabteilung bietet modernste Diagnostik per Atemwegsspiegelung (Bronchoskopie), inklusive endobronchialer Ultraschall-Untersuchung (EBUS). Dabei werden mit einem kleinen biegsamen Gerät die Bronchien von innen auf Krankheiten untersucht und ggf. Gewebeproben entnommen. Schonende Therapien wie die Lungenvolumenreduktion z.B. mittels Ventilen beim Emphysem oder die Entfernung von Tumoren bzw. das Einsetzen von Röhrchen zur Überbrückung von Engstellen in den Bronchien (endobronchialen Stents) sind Routine.
In der Funktionsabteilung werden Patienten zur

Beurteilung der Leistungsfähigkeit ihres Herz-Lungen-Systems untersucht. Dies geschieht mittels Lungenfunktion, 6-min-Gehtest, Spiroergometrie oder Ultraschalluntersuchung des Herzens. Ein Raucherentwöhnungsprogramm wird ambulant angeboten, ebenso eine Atemsportgruppe für Patienten mit Lungenerkrankungen. Bei chronischen Lungenerkrankungen, wie z.B. Lungenfibrose oder Lungenhochdruck, wird ein langfristiger Therapieplan erstellt und regelmäßig der Erfolg der Therapie überprüft, um bei einer eventuellen Verschlechterung des Gesundheitszustandes rasch zu behandeln.

Bei einer lebensbegrenzenden Erkrankung erfolgt die Behandlung auf der Palliativstation. Dort liegt das Hauptaugenmerk auf der Symptomlinderung und dem Erhalt der jeweils bestmöglichen Lebensqualität, um ein selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende zu ermöglichen. Patienten und ihren Angehörigen steht dafür ein erfahrenes ärztlich-pflegerisches Team, unterstützt durch Psychologen, Seelsorger, Physiotherapeuten und Sozialarbeiter zur Seite.

Auf der Infektionsstation werden Patienten mit Lungenentzündung, Bronchiektasen oder Tuberkulose betreut. Der Behandlungsplan wird in Zusammenarbeit mit Spezialisten der Mikrobiologie erstellt, um die effektivste Antibiotikatherapie zu wählen, die eventuell dann über Monate hinweg durchgeführt werden muss.

Ambulanzzentrum/Fachambulanz

Das Ambulanzzentrum bietet eine umfassende Beratung, aber auch die Möglichkeit zur Einholung einer Zweitmeinung an, dies insbesondere bei bösartigen Erkrankungen der Lunge, bei Mukoviszidose, Lungenhochdruck, Tuberkulose, Insektengiftallergien oder Alpha-1-Antitrypsin Mangel und weiteren seltenen Lungenerkrankungen. Schlafbezogene Atmungsstörungen (Schlafapnoe) sowie chronisch-respiratorische Insuffizienz gehören hier auch zum Spektrum der behandelten Krankheiten, wie die umfassende Versorgung beatmeter Patienten. Zudem stehen wohnortnah unsere medizinischen Versorgungszentren in Berlin Kreuzberg, Oranienburg und Weißensee zur Verfügung.

Institut für Radiologie

Chefarzt PD Dr. med. Dag Wormanns

Oft präziser als eine Röntgenuntersuchung erlaubt die Computertomographie (CT) eine Beurteilung des Lungengewebes bzw. des gesamten Körpers. Hierbei handelt es sich um ein Verfahren, in dem der Körper und seine Strukturen in einzelnen Schichten genauestens dargestellt werden, um vorhandene krankhafte Veränderungen aufzuspüren. Die ELK verfügt neben zwei CT-Geräten über eine MRT-Einheit (Magnet-Resonanz Tomographie), die ganz ohne Strahlenbelastung auskommt und Zusatzinformationen zu Gewebsstrukturen liefert, wie ebenso die Ultraschalluntersuchungen.

Die Ärzte können auch durch CT-gesteuerte Punktionen Gewebeproben in örtlicher Betäubung entnehmen und damit die Diagnose sichern, wenn z.B. über die Bronchienspiegelung das krankhafte Gewebe nicht erreicht werden konnte und eine Operation vermieden werden soll. Zur Therapie von einigen Tumoren oder Tochtergeschwülsten (Metastasen) kann eine Mikrowellenbehandlung angeboten werden, ein Verfahren, das nur in wenigen Kliniken in Deutschland zur Anwendung kommt.

Klinik für Thoraxchirurgie

Chefärztin Dr. med. Gunda Leschber

Schon seit langem wird der überwiegende Teil aller Operationen auf minimalinvasivem (sog. „Schlüssellochchirurgie") Wege durchgeführt, wobei in Vollnarkose über lediglich 1 bis 2 kleine Schnitte an der Seite des Brustkorbes eingegangen wird. So sind viele Operationen an der Lunge, dem Rippenfell und der Brustwand durchführbar, gleichzeitig werden Folgeschmerzen deutlich verringert. Das Ziel ist es, die Patienten nach der Operation rasch wieder in die Selbständigkeit zu entlassen. Daneben werden alle bewährten Techniken der Thoraxchirurgie zur Erhaltung gesunden Lungengewebes angewendet, z.B. die Laserchirurgie bei Tumorabsiedlungen (Metastasen) oder die sog. Manschettenresektionen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Chirurgie des Mittelfellraumes, des Lungenemphysems oder einer Einengung der Luftröhre.

Anästhesie und Intensivmedizin

Chefarzt Dr. med. Hartmut Brestrich

Die erfahrenen Anästhesisten sichern die weitestgehende Schmerzfreiheit der Patient*innen bei allen Operationen oder Eingriffen in der Bronchoskopie oder Radiologie ab. Alle modernen und schonenden Narkoseverfahren finden hier Anwendung, ebenso wie eine ausgeklügelte Behandlung in der Schmerztherapie. Nach einer Operation bzw. bei schweren Krankheitsverläufen überwachen die Ärzt*innen und Pflegekräfte auf der Intensivstation die Patient*innen, führen sie durch diese Phase bzw. entwöhnen sie baldmöglichst von dem Beatmungsgerät, wenn dessen Einsatz z.B. wegen einer Lungenentzündung (Pneumonie) oder Verschlechterung einer COPD notwendig war.

Weaningzentrum

Ein Team von Ärzt*innen der Anästhesie und Pneumologie, unterstützt von besonders ausgebildeten Pflegekräften und Atemtherapeut*innen, führt auf dieser hoch spezialisierten Station neben der schrittweisen Entwöhnung von einem Beatmungsgerät (Respirator) auch die Beatmungstherapie bei akuten Atemstörungen z.B. von chronisch kranken Lungenpatienten (obstruktive und restriktive Ventilationsstörungen) durch. Mit psycho-sozialer Unterstützung - auch der Angehörigen - erfolgt die Behandlung unter Berücksichtigung der persönlichen Gesamtsituation der Betroffenen nach hohen ethisch-moralischen Kriterien. Große Expertise besteht in der Einleitung und Überprüfung von außerklinischer Beatmung (Heimbeatmung). Die Nachbetreuung außerhalb der Klinik erfolgt entsprechend den hohen Qualitätsstandards in der Versorgung langzeitbeatmeter Patienten.

Die Behandlung und Überprüfung schlafbezogener Atemstörungen (Schlafapnoe) erfolgt in unserem Zentrum für Schlafmedizin, wo maßgeschneidert individuelle Behandlungspläne erstellt werden.

Zertifiziertes Lungenkrebszentrum

Ein Schwerpunkt der ELK liegt in der Versorgung von Lungenkrebspatienten. Dies geschieht umfassend, d.h. beginnend vom ersten Verdacht, über die Diagnostik, Therapie und Nachsorge bis zu einer Betreuung auch in der Endphase. Hier ist der Patient als kranker Mensch in kompetenten und erfahrenen Händen. Täglich finden „Tumorkonferenzen" statt, bei denen sich die Experten der Klinik über die Befunde austauschen und eine maßgeschneiderte Behandlung für jeden einzelnen Patienten festlegen (2019: 2.100 Patienten). Dort wird diskutiert und entschieden, ob eine Operation, Bestrahlung, ob und welche Medikamente oder eine Kombination dieser Behandlungen den besten Erfolg versprechen. Das Vorgehen wird nach dem neuesten Stand der Medizin und den nationalen und internationalen Standards festgelegt, wobei die Molekularpathologie (Spezialuntersuchung am Tumorgewebe) extrem wichtig ist, da eine Reihe neuartiger und gut verträglicher Immun- oder zielgerichteter Tumortherapien die konventionelle Chemotherapie ersetzen oder ergänzen können. Die Behandlungen können oft im Ambulanzzentrum erfolgen teilweise auch stationär. Sofern eine Bestrahlungstherapie erforderlich ist, erfolgt diese in enger Kooperation im benachbarten Helios-Klinikum. Das Hand-in-Hand-Arbeiten von Spezialisten ist bei lebensbedrohlichen Erkrankungen oft entscheidend und gewährleistet den bestmöglichen Erfolg für den betroffenen Patienten.

Autorin:

Dr. med. Gunda Leschber,
Chefärztin

Klinik für Thoraxchirurgie
Evangelische Lungenklinik
Lindenberger Weg 27
13125 Berlin

Anzeige

Der Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter – BSK – stellt sich vor

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V.
BSK

Kollegen der Repräsentanz in Berlin

Der Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (BSK) ist eine bundespolitisch aktive Vereinigung von Menschen mit und ohne Körperbehinderung. Mit Sitz in Krautheim bei Heilbronn wurde der Verein 1955 von Eduard Knoll gegründet und ist damit eine der ältesten Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit Behinderung in Deutschland. Er hat über 25 000 Mitglieder und Förderer und ist vor Ort in über 100 Untergliederungen deutschlandweit organisiert.

Seine *Verbandsziele* hat der BSK in seiner Satzung ausführlich formuliert. Folgende Punkte sind hervorzuheben:

- Chancengleichheit statt Chancengerechtigkeit
- Besondere Berücksichtigung der Belange behinderter Frauen
- Selbstbestimmung in der Globalisierung
- Wohlfahrtsstaatsgestaltung
- Selbstverständliche Teilhabe statt fremdbestimmter Stellvertretung
- Bildung durch Vielfalt
- Arbeit und Beschäftigung für behinderte Menschen fördern und sichern
- Neue Formen der Arbeit für behinderte Menschen umsetzen und ausbauen
- Vorrang von eigenständigem Wohnen für Alle
- Eigenständige Lebensführung durch Umsetzung des Persönlichen Budgets ermöglichen
- Barrierefreier ÖPNV für mehr Lebensqualität
- Barrierefreier Tourismus

Wie alles begann

1990 wurde der „Initiativkreis Gleichstellung Behinderter" gegründet – ein verbandsübergreifendes Bündnis. Der Initiativkreis hat den „Düsseldorfer Appell" herausgegeben und 1994 eine Verfassungsänderung erreicht. Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 des Grundgesetzes

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden" ist auf diesen Initiativkreis zurückzuführen.

Um sich Gehör zu verschaffen, ist dem BSK der ständige Kontakt zur Politik am wichtigsten. In regelmäßigen Abständen gibt es Gesprächs- und Dialogrunden (u.a. „BSK im Dialog") mit Vertretern des BSK-Vorstands und der Politik, wie z.B. der Behindertenbeauftragten der Bundesregierung und den behindertenpolitischen Sprechern der Bundestagsfraktionen.

Seit 2010 gibt es eine BSK-Repräsentanz in Berlin, um einen noch intensiveren Kontakt zur Bundespolitik zu halten. Der BSK vertritt also die Interessen körperbehinderter Menschen bei Gesetzesinitiativen u.a. durch die Abgabe von Stellungnahmen und die *Mitwirkung* bei *verbandsübergreifenden Gremien und Aktionsbündnissen*. Dazu gehören u.a.:

- Deutscher Behindertenrat (DBR)
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAGS)
- Nationale Koordinationsstelle Tourismus für alle (NATKO)
- Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit
- Monitoringstelle für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention beim Deutschen Institut für Menschenrechte
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- Kuratorium Aktion Mensch

Unter maßgeblicher Beteiligung des BSK wurde erreicht, dass die „Fernbusrichtlinie" (Personenbeförderungsgesetz) geändert wurde, damit Fernbusse in verschiedenen Abstufungen bis 2020 barrierefrei werden.

UN-Behindertenrechtskonvention als eine der Leitlinien des Verbands

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) wurde von der Bundesrepublik Deutschland am 24.02.2009 ratifiziert und ist somit auch in Deutschland unmittelbar geltendes Recht. Im Alltag zeigt sich leider, dass es von der Ratifizierung bis zur Umsetzung noch ein langer Weg ist.

Der BSK geht mit gutem Beispiel voran und hat zusammen mit seinen Tochtergesellschaften eine Selbstverfplichtungserklärung zur Umsetzung der UN-BRK in den eigenen Reihen unterschrieben. Darüber hinaus soll aber die Umsetzung der UN-BRK in allen Lebensbereichen vorangetrieben werden.

Dazu hat sich der BSK auf folgende Schwerpunkte bei den Handlungsfeldern innerhalb der UN-BRK festgelegt:

- Bewusstseinsbildung (Artikel 8)
- Barrierefreiheit (Artikel 9)
- Gesundheit (Artikel 25)

Mitgliederservice

Seinen Mitgliedern bietet der BSK einen bundesweiten Beratungsservice an, teils durch Mitarbeiter in der *Geschäftsstelle, Krautheim*, teils durch Fachteams sowie Kooperationsanwälte zu verschiedenen sozialen und rechtlichen Themen.

2011 bekam der BSK als erster Behindertenselbsthilfeverband die *Anerkennung als Antidiskriminierungsverband*, d.h. der BSK hat nun die Möglichkeit, in Diskriminierungsfragen zu beraten und ggf. zu klagen.

Das verbandseigene **Magazin Leben & Weg** erscheint viermal im Jahr – inklusive seiner Vorgängerversionen – seit 1958. Die Zeitschrift fungiert einerseits als ein sozial-politisches Informationsblatt mit einem umfangreichen Service- und Nachrichtenteil, andererseits als Mitgliederzeitung.

Darüber hinaus bietet der Verein seinen ehrenamtlichen Mitarbeitern jährlich mehrere Tagungen und Schulungen zur Weiterbildung an.

Auch ein eigener Reiseservice gehört ins Verbands-Repertoire. Er bietet Pauschal- und Individualreisen an, bildet Reiseassistenten aus und vermittelt diese an interessierte Reisende.

Der BSK in der Zukunft

Am 5.5.20 machte der BSK durch die aktuelle Corona-

Lage in Deutschland ein Experiment – den modernen *Online-Protest*.

Der Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e. V. hatte einen der wenigen von 650 Förderanträgen bundesweit bei Aktion Mensch gestellt, die sich mit dem Thema Online-Lifestream beschäftigten.

Der Verband trat nach Genehmigung des Antrags mit seinen verschiedenen Fachteams je eine Stunde in der FaceBook-Öffentlichkeit in Erscheinung und zeigte damit, dass er mehr als eine Stimme hat.

Auch in Zukunft wird seitens des BSK angestrebt, eine Meinungsbildung über Social Media und andere Kanäle wie YouTube zu erreichen, um mit Interessierten, Betroffenen und Politikern auf diese moderne Art und Weise in Kontakt zu knüpfen.

Autorin:

Anna Koch

Online-Redakteurin BSK e.V.

Anzeige

EOSINOPHILES ASTHMA

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt
Diese Checkliste hilft Ihnen dabei

Machen Sie jetzt den Asthma-Test

Erfahren Sie mehr auf
www.eosinophiles-asthma.de

DE-25789/20

AstraZeneca

Spezielle Ernährung gegen Asthma-Anfälle?

Foto: AdobeStock / aamulya

Kann eine spezielle Diät – die sogenannte ketogene Ernährung – gegen bestimmte Formen von Asthma helfen? Eine Studie an einem Tiermodell der Universität Bonn liefert dazu zumindest Hinweise. Die Ergebnisse wurden in der Fachzeitschrift „Immunity" veröffentlicht.

Menschen mit **allergischem Asthma** reagieren oft schon auf geringe Konzentrationen mancher Allergene mit heftigen Entzündungen der Bronchien. Eine zentrale Rolle spielen dabei bestimmte Zellen des angeborenen Immunsystems, die **I**nnate **L**ymphoid **C**ells (ILC, eine spezielle Art weißer Blutkörperchen). Normalerweise übernehmen sie in der Lunge eine wichtige Schutzfunktion, indem sie spezielle Entzündungsbotenstoffe aussenden und damit geschädigte Schleimhäute zur Reparatur anregen. Bei Menschen mit Asthma fällt die Entzündungsreaktion aber weit stärker und länger aus – die ILCs vermehren sich rasant und schütten übermäßig viele Botenstoffe aus. Die typischen **Asthma-Symptome** sind die Folge. Ziel der Forschenden war es daher, die Zellteilung der ILCs zu bremsen, um so die überschießende Reaktion in den Griff zu bekommen.

Zellstoffwechsel stellt sich um

Zunächst analysierten sie, welche Stoffwechselvorgänge während der Zellteilung besonders aktiv sind, um diese anschließend blockieren zu können. Unter anderem fanden sie heraus, dass die ILCs in der Vermehrungsphase Fettsäuren aufnehmen, um daraus die Zellmembran, also die Hülle der neu entstehenden Zelle herzustellen. Doch was würde geschehen, wenn man die Zellen zwingt, die Fettsäuren anderweitig zu verwenden?

Um diese Frage zu beantworten, setzten die Forschenden *Mäuse mit Asthma* auf eine spezielle Diät, die vor allem aus Fetten bestand, aber kaum aus Kohlehydraten und Proteinen (Eiweißen). Diese Ernährungsweise wird auch als ketogen bezeichnet. Der Stoffwechsel der Zellen stellt sich dabei um: Da keine Kohlehydrate

mehr verfügbar sind, gewinnen die Zellen die Energie, die sie brauchen, nun aus der Fettverbrennung. Dadurch können sie die Fettsäuren aber nicht mehr für die Bildung neuer Membranen und somit für die Zellteilung einsetzen.

In der Folge ging die Teilungsaktivität der ILCs bei den entsprechend gefütterten Tieren zurück. Normalerweise erhöhe sich die Zahl der Immunzellen in den Bronchien um das Vierfache, wenn sie Kontakt mit Allergenen haben, betonen die Autoren. Mit der ketogenen Ernährung blieb sie dagegen nahezu konstant. Entsprechend verringerten sich sowohl die Schleimproduktion als auch andere Asthmasymptome.

Ketogene Ernährung ist langfristig nicht unproblematisch

Die Autoren wollen nun untersuchen, ob eine ketogene Ernährung auch bei Menschen Asthmaschübe verhindern kann. Bei anderen Erkrankungen, wie beispielsweise bei bestimmten Formen der Epilepsie wird diese Form der Ernährung bereits als eine Therapieoption eingesetzt.

Langfristig ist eine ketogene Diät allerdings nicht ganz unproblematisch und sollte nur nach Absprache mit den behandelnden Ärzten durchgeführt werden. Als Nächstes soll untersucht werden, welche Komponenten der Nahrungsumstellung für diesen Effekt verantwortlich sind. Dies könnte dann möglicherweise Wege zur Entwicklung neuer Medikamente eröffnen.

Quelle:
Universität Bonn: Forscher schlagen eine spezielle Diät gegen Asthma vor. Pressemitteilung vom 7. April 2020.

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

Neu bei den IGeL-Leistungen:

COVID-19-Antikörpertest

Foto: AdobeStock / BERLINESTOCK

Verbesserungspotenziale gibt es auch beim Umgang mit den COVID-19-Antikörpertests. Im Juli 2020 hat der MDS (Medizinische Dienst) eine ergänzende Befragung von gesetzlich Krankenversicherten und eine zusätzliche stichprobenartige Recherche in 50 Arztpraxen durchführen lassen. Ziel war es, herauszufinden, ob COVID-19-Antikörpertests als zusätzliche IGeL-Leistung angeboten, nachgefragt und angenommen werden und wie es dabei um die Aufklärung der Patienten steht. Von den 50 Arztpraxen bot die Hälfte Antikörpertests an, und nur zwei lehnten sie explizit ab. Meist wurden Labortests angeboten, zum Teil aber auch Schnelltests, von denen sowohl das Robert Koch-Institut (RKI), als auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Fachgesellschaft der Hausärzte abraten.

Zu ihren *Erfahrungen mit COVID-19-Antikörpertestungen* wurden fast 6.800 gesetzlich Krankenversicherte befragt. Sechs Prozent der Befragten haben bereits einen COVID-19-Antikörpertest angeboten bekommen oder selbst danach gefragt. Die Initiative ging jeweils zur Hälfte vom Patienten oder vom Arzt aus. Am häufigsten haben Patienten danach gefragt, wenn sie Wochen oder Monate vor dem Test coronaverdächtige Symptome hatten. Andererseits berichteten 54 Prozent der Befragten, dass sie den Antikörpertest angeboten bekamen, obwohl sie keinerlei entsprechende Symptome hatten.

Die Versicherten wurden auch zur *Motivation für* den *COVID-19-Antikörpertest* befragt. Demnach stand der Wunsch, abklären zu lassen, ob man die Erkrankung bereits überstanden hatte und somit wahrscheinlich eine Immunität erworben wurde, im Vordergrund. Andere Teilnehmer verbanden damit die Hoffnung auf mehr Bewegungsfreiheit. *„Die Rolle der COVID-19-Antikörpertests zur Feststellung der Immunität ist aber noch ungewiss. Es gibt noch keine sicheren Erkenntnisse dazu, ob und wie lange eine Immunität nach einer Infektion anhält"*, stellt hierzu Dr. Michaela Eikermann, Leiterin des Bereichs „Evidenzbasierte Medizin" des MDS fest.

Bei der *Interpretation der Testresultate* wurden die Patienten häufig alleine gelassen. Über ein Viertel der Getesteten wurde im Unklaren darüber gelassen, wie sich ein positiver Test auf die Immunität auswirkt. Mehr als ein Drittel der Versicherten, die einen COVID-19-Antikörpertest, d.h. *die Untersuchung auf eine durchgemachte* COVID-19-Infektion, erhalten hatten, erhielten keine Informationen über die mit den Tests verbundenen Unsicherheiten. Knapp die Hälfte der Befragten wurde nicht darüber aufgeklärt, dass falsch positive Ergebnisse relativ häufig möglich sind. *„Besonders falsch positive Ergebnisse bergen aber die Gefahr, dass sich Menschen in trügerischer Sicherheit wiegen"*, erklärt Frau Dr. Eikermann. Und weiter: „Sie denken COVID-19 kann ihnen nichts mehr anhaben und nehmen deshalb die Abstands- und Hygieneregeln möglicherweise nicht mehr so ernst. Dadurch können sie sich und andere gefährden."

Quelle: nach einer Pressemeldung des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS), www.igel-monitor.de

Fernlinienbusse seit Januar barrierefrei unterwegs

Foto: AdobeStock / Petair

Fernlinienbusse sind seit 2013 eine günstige Alternative zum Auto oder der Bahn. Seit Januar dieses Jahres sind die Betreiber von Fernlinienbussen verpflichtet, ihre gesamte Flotte barrierefrei und somit für alle Menschen zugänglich und nutzbar anzubieten.

Dadurch wird nun für Menschen mit Behinderung, vor allem Rollstuhlnutzer/-innen, die Teilhabe und die Mobilität auf allen Strecken der Fernlinienbusse bei allen Busbetreibern gestärkt.

Der Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V., BSK, hat sich von Beginn an dafür eingesetzt, dass in Fernlinienbussen mindestens zwei Plätze für Menschen, die auf ein Hilfsmittel angewiesen sind, vorhanden sind. Dazu hat der BSK die „Meldestelle für barrierefreie Fernlinienbusse" eingerichtet. Hier können sich unter anderem Fahrgäste mit Behinderung hinwenden, die bereits eigene Erfahrungen mit Fernlinienbussen gemacht haben.

„Wir würden es begrüßen, wenn möglichst viele betroffene Menschen das Angebot der Fernlinienbusse nutzen und uns im Nachgang ihre Erfahrungen mitteilen", betont Julia Walter, Mitarbeiterin der Meldestelle und Referentin für Barrierefreiheit beim BSK. Bei Fragen, Problemen oder Anregungen zu den Angeboten hilft die Meldestelle gerne weiter.

www.barrierefreifueralle.de
(dort unter „Barrierefreie Mobilität")

oder telefonisch: Tel.: 030 814 5268-51

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

- **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: 695,00 € *

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 Vorrat reicht

Finger-Pulsoxymeter, z.B. OXY 310 34,60 € *

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

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

Gefälligkeitsattest: Straf- und berufsrechtliche Risiken

Foto: AdobeStock / Martina Taylor

Gesundheitszeugnisse spielen im Rechtsverkehr eine erhebliche Rolle, da von ihnen in der Regel finanzielle Leistungen oder andere Vorteile abhängen. Nicht nur in Zeiten der Pandemie stellen Gefälligkeitsatteste ein Problem dar. Während aktuell Blanko-Atteste zur Befreiung von der Maskenpflicht diskutiert werden, sind es sonst primär „verdächtige" Arbeitsunfähigkeits- (AU) oder Schulunfähigkeitsbescheinigungen, die zu Beschwerden bei der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) führen.

1. Problemlage

Selbst wenn Patienten mit einer gewissen Selbstverständlichkeit erwarten, die von ihnen „angeforderte" Bescheinigung zu erhalten, darf ein Attest nur bei entsprechender ärztlicher Überzeugung auf Basis erhobener Befunde ausgestellt werden. Auch in einer guten Arzt-Patient-Beziehung verbietet sich, selbst wenn durch Hilfsbereitschaft motiviert, die „Gefälligkeit" des Ausstellens falscher Gesundheitszeugnisse – der Patient fordert schließlich in der Regel eine Beihilfe zum Betrug ein. Diesem Ansinnen zu entsprechen, schadet nicht nur der eigenen ärztlichen Integrität, sondern auch dem Ansehen des Berufsstandes. Konsequenz ist neben den mit einem Beschwerdeverfahren bei der LÄKH verbundenen Unannehmlichkeiten und etwaigen berufsrechtlichen Folgen das Risiko eines Strafverfahrens.

2. Rechtslage

Sollte es zu Diskussionen mit dem Patienten kommen, kann auf die den Arzt bei Ausstellung eines Gefälligkeitsattests treffenden straf- und berufsrechtlichen Konsequenzen sowie die zivilrechtlichen Risiken hingewiesen werden:

Gemäß § 25 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen (BO) haben Ärzte bei Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen.

Nach § 2 Abs. 2 BO haben Ärzte ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

Gemäß § 278 Strafgesetzbuch (StGB) werden Ärzte, die wider besseres Wissen ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherung ausstellen, mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Begehrt beispielsweise ein Patient – ohne krank zu sein – ein Attest, um nach Abschluss einer Reiserücktrittsversicherung die Stornierung der Reise zu begründen, und stellt der Arzt es aus, macht er sich strafbar. In Betracht kommt auch die Strafbarkeit wegen Beihilfe zum Versicherungsbetrug (§ 263 StGB). Der Arzt muss mit Durchsuchung und Beschlagnahme rechnen, da die Staatsanwaltschaft durch Einsichtnahme in die Krankenakte ermitteln kann, ob Befunde erhoben wurden oder nicht bzw. ob der Patient überhaupt vorstellig wurde.

Der Arzt muss bei Ausstellung eines Gefälligkeitsattestes damit rechnen, dass er sich gegenüber Arbeitgeber, Krankenversicherung, Behörde etc. schadensersatzpflichtig macht und in Regress genommen wird.

Nach § 275 Abs. 1a SGB V sind Zweifel an der AU anzunehmen, wenn „Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt oder die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt festgestellt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit

auffällig geworden ist." Bei der Krankenkasse kann in diesem Fall die Überprüfung der AU beantragt werden. Sie wird von dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durchgeführt. Der Arzt ist dem MDK gegenüber auskunftspflichtig (§ 6 Abs. 1 AU-Richtlinie).

3. Fazit

Der Begriff des ärztlichen Zeugnisses deckt sich mit dem des Gesundheitszeugnisses. Es handelt sich um Feststellungen über den Gesundheitszustand eines Menschen aufgrund besonderer Sachkunde. Diese müssen sich nicht allein auf aktuelle Befunde beziehen, sondern können auch einen früheren Gesundheitszustand ebenso wie eine prognostische Einschätzung betreffen. Bei Ausstellung des Attests muss der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung wiedergeben.

Rückwirkende Atteste für Zeiträume vor Vorstellung des Patienten (§ 5 Abs. 3 AU-Richtlinie) sollten nur mit entsprechender Vorsicht ausgestellt werden. Das Attest sollte erkennen lassen, für welchen Zweck die Ausstellung erfolgt, um Missbrauch vorzubeugen.

Zudem sollte dafür Sorge getragen werden, dass das Risiko einer Fälschung von Attesten in der Praxis minimiert wird (es wird etwa berichtet, dass Mitarbeiter digital vorliegende Formulare und die Arzt-Unterschrift widerrechtlich verwenden und Atteste für Bekannte oder Verwandte „ausstellen").

In Fällen, in denen die ärztliche Bescheinigung in Zweifel gezogen wird, kommt der Dokumentation (§ 10 BO) entscheidende Bedeutung zu. Nicht ausreichend ist die alleinige Angabe der Diagnose. Auch Anamnese, Befunde, etwaige Konsile und die seitens des Arztes angestellten Erwägungen sollten zur eigenen Absicherung dokumentiert werden.

Der Artikel ist ein Nachdruck aus dem Hessischen Ärzteblatt 09/2020, abrufbar unter www.laekh.de

Autor:

Dr. jur. Kirsten Theuner
Rechtsreferentin,
Syndikusrechtsanwältin

Landesärztekammer Hessen
www.laekh.de

Foto: privat

ANZEIGE

ALLES AUS EINER HAND: GTI medicare

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

IMMER GUT 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

Lungenkrebsscreening durch Niedrigdosis Computer Tomographie (Low-Dose-CT)

Anhaltspunkt für einen Nutzen dieser Vorsorgeuntersuchung

Foto: AdobeStock / Werner

Im Auftrag des **G**emeinsamen **B**undes**a**usschusses (**G-BA**), dem höchsten Beschlussgremium gemeinsamer Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen, untersuchte das Institut für **Q**ualität und **W**irtschaftlichkeit **i**m **G**esundheitswesen (**IQWiG**), ob (ehemals) starke Raucherinnen und Raucher innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein Lungenkrebsscreening mit der Niedrigdosis-Computertomografie (Low-Dose-CT) als Vorsorgeuntersuchung angeboten werden sollte. Nach Auswertung der aktuellen Studienlage kam das Institut zu dem Ergebnis, dass für diese Zielgruppe mit erhöhtem Lungenkrebsrisiko der Nutzen größer ist als ein damit eventuell verbundener Schaden: Ein Lungenkrebsscreening mittels Low-Dose-CT bewahrt einige, der so untersuchten Exraucher davor, an Lungenkrebs zu sterben. Für Manche von ihnen verlängert sich dadurch möglicherweise sogar ihre Lebenszeit.

Lungenkrebs hat bislang eine hohe Sterblichkeit

Lungenkrebs ist in Deutschland die häufigste krebsbedingte Todesursache bei Männern, bei Frauen ist es die zweithäufigste (nach Brustkrebs). *Bei etwa neun von zehn erkrankten Männern* und *bei mindestens sechs von zehn erkrankten Frauen* wird der *Lungenkrebs auf aktives Rauchen zurückgeführt*. Meist wird der Lungenkrebs erst in einem späten Stadium entdeckt, woraus eine geringe 5-Jahres-Überlebensrate resultiert: Fünf Jahre nach der Erstdiagnose leben nur noch etwa 15 % der Männer und 21 % der Frauen.

Ein geeignetes Verfahren für die Früherkennung von Lungenkrebs könnte die Low-Dose-CT sein. Eine CT ist eine Röntgenuntersuchung, bei der man liegend durch ein ringförmiges Gerät gefahren wird. Dabei rotiert eine Röntgenquelle um die ausgewählte Körperregion und misst aus unterschiedlichen Richtungen deren Dichte. Ein Computer setzt die so gesammelten Daten später zusammen, es entsteht ein mehrdimensionales Schnittbild der betreffenden Körperregion. Jede CT-Aufnahme ist mit einer Strahlenbelastung verbunden. Bei der Low-Dose-CT wird durch die Veränderung verschiedener CT-Parameter wie Röhrenspannung und -strom eine Reduzierung der Strahlendosis erreicht – bei ausreichender Bildqualität für die Untersuchung.
Derzeit existiert in Deutschland keine systematische Vorsorgeuntersuchung auf Lungenkrebs, und die Low-Dose-CT-Untersuchung gehört bisher nicht zum Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Geringeres Risiko, an Lungenkrebs zu sterben

Die für den IQWiG-Vorbericht berücksichtigten acht Studien mit mehr als 90 000 Menschen zeigten, dass

das Low-Dose-CT-*Screening* bei (ehemals) starken Raucherinnen und Rauchern das Risiko für ein Versterben an Lungenkrebs verringert: 6 von 1000 Untersuchten werden davor bewahrt, an Lungenkrebs zu sterben. Auf Basis der Studienergebnisse lässt sich jedoch nicht statistisch nachweisen, dass die am *Screening* teilnehmenden Personen auch insgesamt länger leben. Wie kann das sein? Es ist denkbar, dass die vor einem Lungenkrebstod bewahrten Menschen stattdessen an weiteren mit dem früheren Rauchen verbundenen Erkrankungen versterben, also etwa an anderen Krebsarten oder an Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Das IQWiG-Projektteam hält es insgesamt dennoch für wahrscheinlich, dass sich die positiven Effekte des Low-Dose-CT-Screenings auf die lungenkrebsspezifische Sterblichkeit auch im Gesamtüberleben niederschlagen.

Falsche Befunde und Überdiagnosen

Dem Nutzen, bezogen auf den Überlebensvorteil des Low-Dose-CT-Screenings, steht ein möglicher Schaden gegenüber, der aus falsch positiven Befunden und Überdiagnosen resultiert. So kommt es den Studien zufolge wegen falsch-positiver Befunde bei 1 bis 15 von 1000 untersuchten (ehemaligen) Rauchern zu belastenden Eingriffen, die zur weiteren Abklärung ohne das *Screening* nicht durchgeführt worden wären. Diese können im Einzelfall Komplikationen wie etwa das Auftreten eines Pneumothorax (Ansammlung von Luft im Raum zwischen Lunge und Brustwand) verursachen. Bei geschätzt zwischen 0 bis 22 von 1000 vorsorglich Untersuchten wird als Diagnose Lungenkrebs festgestellt, der im Verlauf ihrer restlichen Lebenszeit keine Beschwerden verursacht hätte (Überdiagnose).

Fazit: Für (ehemals) starke Raucherinnen und Raucher ist damit der Nutzen eines Lungenkrebsscreenings größer als eine eventuelle Schädigung im Zusammenhang mit dieser Vorsorgeuntersuchung.

Quelle: https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/nichtmedikamentoese-verfahren/s-projekte/s19-02-lungenkrebsscreening-mittels-niedrigdosis-computertomografie.12379.html

Anzeige

Register für seltene Blutgruppen erleichtert Suche nach geeigneten Spendern

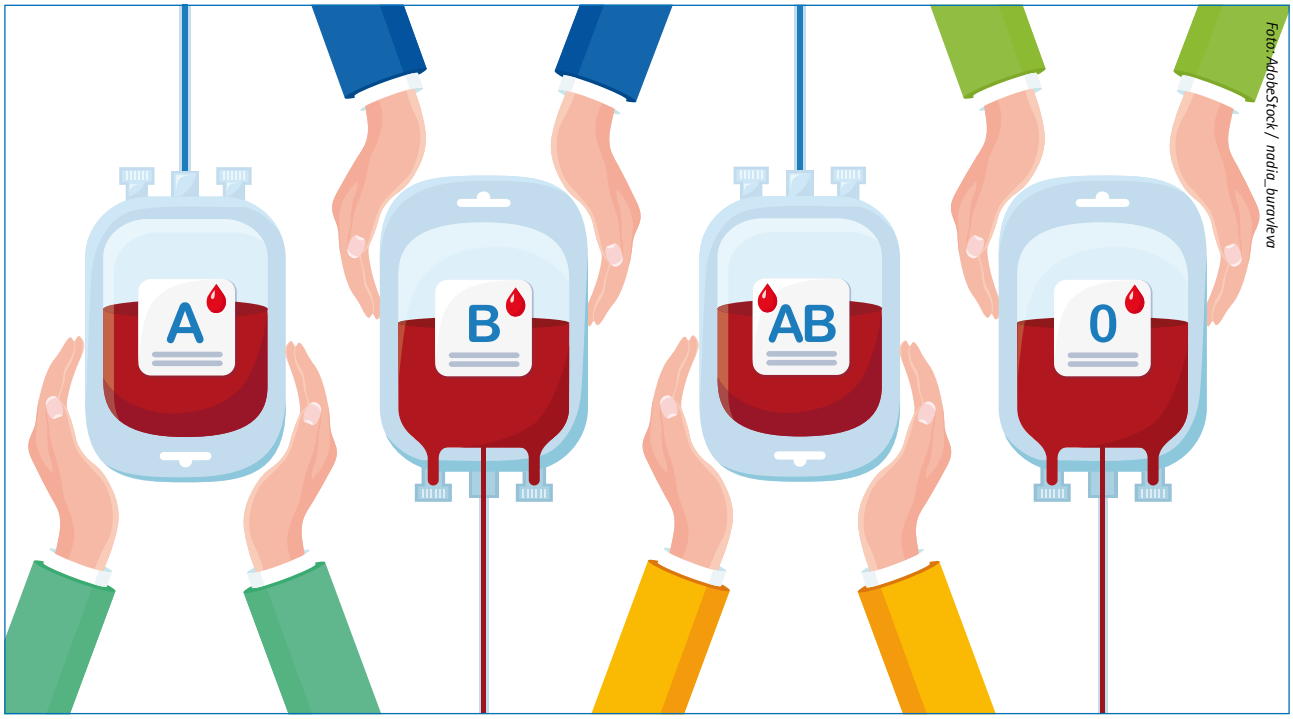


Foto: AdobeStock / nadia_buravleva

Durch die Corona-Pandemie kommt es aktuell auch zu Engpässen bei der Versorgung mit Blutprodukten. Damit Patienten weiterhin sicher mit Blutpräparaten in der Therapie, der Notfallversorgung und z.B. nach Operationen versorgt werden können, sind regelmäßige Blutspenden entscheidend. Abgesehen von der aktuellen Ausnahmesituation kann es bei Menschen mit *seltenen Blutgruppen* sehr herausfordernd sein, das für sie passende Blutpräparat zu finden. Ein Typisierungsprogramm der Deutschen Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie (DGTI) soll Spender und Empfänger in Zukunft schneller zusammenbringen.

Die *Blutgruppen A, B* und *0* sind den meisten Menschen bekannt. Doch was ist mit Jk(a), Kp(b), Yt(a) und 0h? „Insgesamt gibt es *mehr als 360 bekannte Blutgruppenmerkmale*, die derzeit *38 Blutgruppensystemen* zugeordnet werden", berichtet Dr. med. Christof Weinstock, Leiter der Abteilung Immunhämatologie und Blutgruppenserologie der Universitätsklinik Ulm.

Einige Blutgruppen sind sehr selten. Die Blutgruppe Bombay (0h) beispielsweise hat nur einer von 300.000 Blutspendern. Wenn nun dieser Mensch eine Bluttransfusion benötigt, kann die Suche nach passenden Blutpräparaten herausfordernd sein. „Etwa 3 bis 5 Prozent aller Menschen mit seltenen Blutgruppen haben *zusätzlich Antikörper gegen andere Blutgruppen*", erklärt Weinstock. Die Antikörper lösen nach einer Transfusion eine Immunabwehr gegen die fremden Blutzellen aus und zerstören sie. „Diese sogenannte Hämolyse ist eine schwerwiegende Komplikation, bei der rote Blutzellen (Erythrozyten) zerstört werden, die aber für den Sauerstofftransport im Blut lebenswichtig sind".

Eine serologische *Verträglichkeitsprobe („Kreuzprobe")* verhindert, dass es so weit kommt. Vor einer Bluttransfusion bringen Transfusionsmediziner in den Blutbanken die Blutprobe des Patienten mit einer Probe der vorhandenen Blutpräparate zusammen. Bei einer Unverträglichkeit kommt es zu einer sichtbaren Verklumpung der roten Blutzellen. Dieses Blutpräparat kann dann nicht verwendet werden.

Bei Menschen mit seltenen Blutgruppen werden unter Umständen viele Tests notwendig. „Hat ein Patient beispielsweise Antikörper gegen das Blutgruppenmerkmal Jk(a), müssen rein statistisch gesehen zehn Präparate untersucht werden, um zwei geeignete zu finden", berichtet Dr. Weinstock. „Weist dieser Patient zusätzlich noch Antikörper gegen das Merkmal M auf, müssen die Experten im Schnitt 50 Blutspenden testen, um das passende Präparat zu finden." Es gibt aber noch wesentlich kompliziertere Fälle. Weinstock:

„So kann es vorkommen, dass Personen Antikörper gegen Merkmale bilden, die aber 99,5 Prozent der Spender besitzen." Dann könnte selbst in großen Blutspendediensten kein passendes Präparat vorrätig sein.

Die Blutbanken sind auf diese Situation vorbereitet. „In einer überregionalen oder deutschlandweiten Suche finden wir häufig einzelne Präparate, die dann sogar per Kurier zum Krankenhaus gebracht werden müssen", erläutert er. Manchmal werden auch passende Spender telefonisch angefragt, ob sie zu einer sofortigen Spende bereit wären. Nach Erfahrung des Transfusionsmediziners scheitert dies jedoch häufig an zu großen Entfernungen zwischen Wohnort und der nächsten Blutspendeeinrichtung. Oder die Blutspender dürfen aktuell wegen einer Erkrankung oder nach einer Auslandsreise akut kein Blut spenden.

Für diese *Notfälle* werden an *zwei Standorten* in Deutschland *seltene Blutgruppen* in aufwändigen Verfahren *eingefroren* und *für zehn Jahre oder länger gelagert*. Aufgetaut sind diese Blutkonserven aber nur für 24 bis 48 Stunden haltbar. „Um sie verwenden zu können, sind enge Absprachen zwischen Klinik, Blutspendedienst und Transporteur erforderlich", sagt Weinstock.

Die DGTI möchte die Suche nach geeigneten Spendern in Zukunft erleichtern. „In mehreren großen Blutspendediensten sind vor Jahren moderne Typisierungsprogramme gestartet worden, um mehr Spender der seltenen Blutgruppen zu finden", berichtet der Vorsitzende der DGTI, Professor Dr. med. Hermann Eichler. „Bisher haben wir in diesen Programmen mehr als 100.000 Spender typisiert", berichtet Eichler, Direktor des Instituts für Klinische Hämostaseologie und Transfusionsmedizin an der Universität in Homburg, Saar.

Seit 2012 erstellt die DGTI daher auch ein Register für Spender mit seltenen Blutgruppen in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Die Blutspendedienste erfassen diese Spender pseudonymisiert unter der Angabe der Blutgruppe und mit einer Identifikationsnummer. Die Kontaktaufnahme mit dem jeweiligen potentiellen Spender erfolgt dann im Bedarfsfall durch die betreffende Blutspendeeinrichtung vor Ort. Auch bei einer Blutspende-Anfrage, werden die Daten des Spenders nicht weitergegeben. „Je mehr Spender registriert sind, umso schneller wird, besonders wichtig für die betroffenen Menschen mit seltenen Blutgruppen, ein passender Spender gefunden", so Eichler.

Nach einer Pressemeldung der Deutschen Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie (DGTI)

Anzeige

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

ZURÜCK IN EINEN LEBENSWERTEN ALLTAG.

Fachklinik für Psychosomatik, Pneumologie, Dermatologie, Orthopädie und HNO/Tinnitus
Fritz-Wischer-Str. 3 | 25826 St. Peter-Ording | Telefon 04863 70601
info@strandklinik-spo.de | www.strandklinik-spo.de

Meine Lungentransplantation verändert alles

Seit dem Herbst 2018 wartete ich als sauerstoffpflichtiger Alpha1-Patient, mit einer dadurch verursachten schweren COPD der Stufe 4, auf den Anruf des Transplantationsteams der UNI-Klinik Gießen. Am Abend des 10. Juni 2020 war es endlich soweit. Es kam der Anruf mit der Frage „Sind Sie Infektfrei und bereit zur Transplantation?" Beides konnte ich mit „Ja" beantworten.

Von Gießen aus wurde ein Krankentransport organisiert und kurz vor Mitternacht war ich in der Klinik. Nach den OP Vorbereitungen ging es am frühen Morgen in den OP. In einer 7-stündigen Operation wurde meine 58 Jahre alte Lunge herausgenommen und mir eine komplette „neue" Lunge eingepflanzt. Als ich dann aus der Narkose erwachte, atmete ich endlich wieder „frei"!

Die Komplikationen

Die ersten beiden Tage ging es mir relativ gut, allerdings kam es zu Nebenwirkungen. Diabetes wurde bei mir festgestellt und starke Wassereinlagerungen in den Füßen, so dass kein Schuh mehr passte. Eine Woche nach der Operation kam es zusätzlich zu einer Lungenembolie da eine Lungenarterie verstopft war. Ich wurde auf die Intensivstation verlegt und dort ausdauernd behandelt.

Der Medikamentenschrank

Nachdem dies glücklicherweise geschafft war, kam ich eine Woche später wieder auf eine andere Station. Dort wurde langsam mit der Mobilisierung zur Vorbereitung der Verlegung auf die „Normal"-Station und mit ersten Rehabilitationsmaßnahmen begonnen.

Insgesamt lag ich beinahe 8 Wochen fest im Bett und habe in der Zeit fast alle Muskelmasse und viel Gewicht – obwohl ich nach Aussagen Anderer schon vorher „dürr" war - verloren.

Nach der Verlegung auf die Normalstation fand man bei mir Flüssigkeit im Brustkorb zwischen Lunge und Rippen. Diese wurde durch Punktion entfernt und am 3. August, nach insgesamt 53 Tagen, konnte ich die Klinik, jetzt endlich ohne zusätzlichen Sauerstoff, verlassen.

Physiotherapie zuhause und Kontrollen in Gießen

Aufgrund der Corona-Pandemie war eine direkte Verlegung in eine Rehaklinik nicht möglich. Daher kommen Physiotherapeuten bis zum Rehabeginn zu mir nachhause und ich gehe zweimal pro Woche zum Gerätetraining in ein Wiesbadener Krankenhaus. Die ärztlichen Kontrollen erfolgen wöchentlich in der Transplantationsambulanz in der Uni-Klinik Gießen.

Was verändert sich durch die Transplantation?

- Kein NIV-Gerät (nicht invasive Beatmung) mit Maske mehr notwendig und
- Kein zusätzlicher Sauerstoff mehr erforderlich
- Meine Ernährung – als Diabetiker – muss komplett umgestellt werden
- Tägliche Dokumentation vieler Messwerte
- Selbstständige Medikamentensortierung
- Mehrfach tägliches Atemtraining und Inhalieren
- Leben mit einem Blutverdünner

Die Zeit nach der Transplantation hat begonnen...

So, nun bin ich also transplantiert, und habe das Glück eine kostbare „neue" Lunge zu besitzen. Jetzt liegt es an mir, wie schnell ich mich erhole und wieder zu Kräften komme. Auf das neue Organ muss ich achten und Warnsignale erkennen. Dabei ist Therapietreue extrem wichtig, was viel Disziplin erfordert. Mit meinem „Lungenaustausch" war es alles in allem – seit 2016 – ein langer aber letztlich lohnender Wegeerfolgreich!

Der Autor:
Jürgen Frischmann

ist stellvertretender
Vorsitzender der DPLA

Foto: privat

Nachbericht zum

Lungentag 2020

„COVID-19: Was ist für Lungenkranke zu bedenken?“

Erstmals live & interaktiv mit 8 Referenten
am 25. Juli 2020 von 11.00 Uhr bis 13.00 Uhr
kostenlos im Netz

Mit mehr als 420 Anmeldungen, von denen dann 288 an dem Webseminar teilnahmen, hat uns das große Interesse an dem interaktiven Live-Seminar zum diesjährigen Lungentag positiv überrascht. Aber nicht aus allen Anmeldungen sind Teilnehmer*innen geworden. Manchmal waren es technische Probleme mit der eigenen Ausrüstung, einige haben den Termin schlichtweg vergessen und viele wollen sich den einen oder anderen Beitrag noch einmal anschauen.

Deshalb sind auch die Videobeiträge der Referent*innen, beginnend mit dem Vortrag von Frau Karoline Preisler, Juristin und Politikerin aus Mecklenburg-Vorpommern, die im März dieses Jahres an COVID-19 erkrankt ist und sich bis heute noch nicht vollständig davon erholt hat, jetzt alle auf **www.lungentag.de** zum „nachschauen“ eingestellt.

Insgesamt erreichten mehr als 100 Fragen zum Thema die Experten. Sie stehen als FAQs – die am häufigsten gestellten Fragen - ebenfalls auf der Homepage (s.o.).

Nachruf Christoph von Loeben

Begegnungen mit Menschen sind mir Quelle der Kraft,
die mich fröhlich meine Straße ziehen lassen.
R.M. Rilke

Zwei Jahre nach seiner geliebten Frau, Rose Marie Freese-von Loeben, der Namensgeberin unserer Patientenzeitschrift „Luftpost“, ist nun auch Herr Christoph von Loeben, im 86. Lebensjahr, nach langer Krankheit, verstorben.

Vor vier Jahren konnten wir ihm noch zu unserer aller Freude und in großer Dankbarkeit für seine langjährigen Verdienste als Mitgründer und Initiator der damaligen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. beginnend in Essen, den Ehrenpreis unserer Selbsthilfeorganisation persönlich verleihen.

Ein langes und erfolgreiches Leben hat ihn von Dresden über Breslau, das Vogtland, die Nordseeküste, Berlin, Köln, Oberschwaben, schließlich nach Mainz und Oppenheim geführt. Auch damit ein Spiegelbild bewegter deutscher Geschichte.

Christoph von Loeben (rechts)
bei der Verleihung unseres Ehrenpreises 2016

Sein Engagement als Mitgründer, Ratgeber, Anreger und später immer freundlicher und hilfsbereiter Beobachter unserer Aktivitäten, die er auch über seine ehemaligen Mitarbeiterinnen in unserer Geschäftsstelle, von Frau Platacis bis zu Frau Kunze und Frau Fell heute, prägte, bleiben für uns Alle unvergessen.

Unser tiefes Mitgefühl gilt seiner Familie.

Leitungswechsel – gar nicht so einfach

Ein Erfahrungsbericht aus der SHG atemlos Köln

Michael und Daniela Stolzenburg

Schwere Entscheidung

Wie in jeder Familie, jedem Betrieb und jedem Verein kommt der Zeitpunkt, an dem der Staffelstab der Leitung weiter gegeben werden muss. Auch in einer Selbsthilfegruppe (SHG) ist es irgendwann so weit. In vielen Fällen verpasst man diesen Zeitpunkt - die alte Leitung stößt an ihre Grenzen. Die Mitglieder sind es so gewohnt, dass jemand Bestimmtes sich um Alles kümmert, dass sie sich kaum Gedanken darüber machen - frei nach dem Motto: „never change a winning team". Im Juni 2019 war es dann aber in der SHG atemlos Köln so weit - Michael Stolzenburg verkündete:

„Nach beinahe 9 Jahren Engagement für unsere Selbsthilfegruppe ist bei mir in doppelter Hinsicht die Luft raus. Bedingt durch die kontinuierliche Verschlechterung meines Allgemeinbefindens fällt es mir immer schwerer, den mir selbst gesetzten Ansprüchen an die Leitung der SHG gerecht zu werden. Außerdem möchten und müssen meine Frau und ich uns wieder etwas mehr um unser Privatleben kümmern. Die Arbeit für die SHG hat sich mit der Zeit zu einem ehrenamtlichen Vollzeit-Job entwickelt. Aus einer Aufgabe, die wir mit sehr viel Freude begonnen und gemacht haben, ist immer mehr eine Verpflichtung geworden, die viel mehr Zeit und Kraft in Anspruch nimmt, als wir dauerhaft dafür aufwenden können. Daher werden wir zum 31.12.2019 von der Leitung der SHG zurücktreten."

Erwartungsgemäß stieß diese Mitteilung auf erstaunte, ja erschrockene Reaktionen der Mitglieder. Kaum jemand konnte sich vorstellen, wie die SHG ohne Michas Leitung weiter bestehen könnte ... er hatte die Messlatte doch ziemlich hoch gelegt.

Rückblick

Michael Stolzenburg erinnert sich: "Als ich die Leitung der Gruppe Anfang 2011 übernahm, gab es ein monatliches Treffen, bei dem bei Kaffee und Keksen über die Krankheit COPD geredet wurde. Es gab eine Homepage, ein SHG-Telefon und eine E-mail-Adresse, über die die Mitglieder außerhalb der Gruppentreffen in Kontakt bleiben konnten. Neu-Interessierte suchte ich noch persönlich auf, um die ersten Informationen über unsere Krankheit weiter zu geben und sie über unsere Gruppe zu informieren. Da bei immer mehr Menschen eine COPD diagnostiziert wurde, bekamen wir regen Zulauf. Das stellte mich vor neue Herausforderungen: Zum einen mussten dringend neue und geeignete Räumlichkeiten her; größer, barrierefrei, gut zu erreichen und möglichst kostengünstig. Allen Ansprüchen gerecht zu werden, war schier unmöglich. Zum zweiten konnte ich nicht mehr jeden neuen Interessenten zuhause aufsuchen. Schließlich hatte mein Tag auch nur 24 Stunden und ich war durch meine Krankheit einfach nicht mehr so leistungsfähig. Da eine erste Information jedoch dringend notwendig ist, bevor die „Neuen" in die

konstruktive Gruppenarbeit mit einbezogen werden können, richtete ich einen gesonderten monatlichen Termin für Erstinteressierte und Ratsuchende ein. Die Fragen und Probleme von „Neulingen" mit COPD ähneln sich doch sehr, und nicht jeder Ratsuchende ist bereit und in der Lage, später an Gruppenveranstaltungen teilzunehmen. Trotzdem wollten wir auch diese Menschen unterstützen."

Bald wurde eine Teilnehmerzahl erreicht, die die Gruppenarbeit sehr mühsam machte. Also erweiterte die SHG atemlos Köln ihr Angebot. Neben einem monatlichen „rechtsrheinischen" Treffen und dem Erstlingstermin wurde nun auch „linksrheinisch" ein Gruppentermin angeboten. Zusätzlich organisierte Daniela Stolzenburg regelmäßig Treffen nur für Angehörige. Parallel dazu wurde die Homepage ausgebaut und ständig um neue Informationen und weiterführende Links ergänzt. Die SHG atemlos Köln ging Kooperationen mit einigen niedergelassenen Ärzten, Kliniken und Versorgern ein. Diese unterstützten die SHG durch regelmäßige Referate bei der Gruppentreffen und die Bereitstellung von Räumlichkeiten, neuen medizinischen Informationen und Anschauungsmaterial. Vorträge durch das Ehepaar Stolzenburg bei Veranstaltungen und in relevanten Institutionen gehörten genauso zum „Tagesgeschäft" wie kleine Themenreferate bei den Gruppentreffen. All dies wurde mit der Zeit immer zeit- und energieaufwendiger.

Gedanken zum Rücktritt

Michael Stolzenburg und seine Frau Daniela haben sich die Entscheidung zum Rücktritt nicht leicht gemacht: „Obwohl ich viel Freude bei der Leitung der SHG hatte, gab es ein Schlüsselerlebnis, das mich schlussendlich zum Rücktritt bewegte: Anfang 2019 hatte ich aus heiterem Himmel einen so schweren gesundheitlichen Einbruch, dass ich einige Monate Palliativpflege brauchte. In dieser Zeit hat meine Frau sich um die Belange der Gruppe gekümmert und die SHG-Arbeit wurde auf ein für mich kaum noch vertretbares Minimum reduziert. Zum Glück habe ich mich wieder gut erholt. Aber was ist, wenn sich das wiederholt, wenn ich von heute auf morgen einfach nicht mehr in der Lage bin, mich um die SHG zu kümmern? Was wird dann aus allen Informationen und der Gruppe? Meine Frau Daniela wäre dann mit der häuslichen Situation so ausgelastet, dass für die SHG einfach keine Energie mehr übrig bliebe. Dann doch besser eine rechtzeitige, geordnete Übergabe an einen Nachfolger, als ein Chaos zu hinterlassen."

Leitungswechsel: Thomas Bitter (links) und Michael Stolzenburg (rechts)

Die Hoffnung auf einen Nachfolger schwand jedoch in der zweiten Jahreshälfte 2019 zunehmend. Aus unterschiedlichen Gründen konnte und/oder wollte kein anderes Gruppenmitglied die Leitung übernehmen. Und so hieß es bei der Weihnachtsfeier im Dezember leider: Vielen Dank Micha und Dani - die SHG atemlos Köln stirbt! Für die ehemaligen Leiter der SHG war das kein einfacher Moment. In den vergangenen Monaten hatten sie ihre Entscheidung immer wieder überdacht und sich entschieden: „Wir ziehen das jetzt durch! Aber irgendwie tat das weh - schließlich hatten wir viel Zeit und Energie in die Gruppe und ihre Mitglieder investiert und die Vorstellung, dass dies alles jetzt vorbei sein sollte, war für uns einfach schrecklich."

„Rettung" in letzter Sekunde

Die gute Nachricht: Die SHG atemlos Köln wird weiter bestehen. Einige Mitglieder wollten den sang- und klanglosen Untergang ihrer liebgewordenen und als wichtig geschätzten Selbsthilfegruppe nicht akzeptieren und wurden aktiv; unter anderen Thomas Bitter. „Ich bin jetzt 68 und habe seit gut 10 Jahren COPD. Seit Jahresanfang benötige ich zusätzlich Sauerstoff. Als Dani und Micha ihren Rücktritt verkündeten, fand ich das überhaupt nicht lustig. Ich konnte aber die Gründe sehr gut nachvollziehen." erinnert sich Thomas Bitter. „Mein Freund Gert und ich haben uns viele Gedanken gemacht. Wir beide sind vor etwa 5 Jahren zur Gruppe gestoßen. Diese 5 Jahre haben uns gezeigt, wie wertvoll der persönliche Austausch für uns Erkrankte ist. Dieser Austausch in der Gruppe

Ärztefortbildung Severinsklösterchen Köln, Michael Stolzenburg bei der Öffentlichkeits-Arbeit

gibt gegenseitig Kraft, und die Energie der einzelnen Gruppenmitglieder potenziert sich und wirkt auch nach außen. Wir sind viel besser informiert und somit auch kompetente Gesprächspartner für Ärzte, Versorger, Krankenkassen und Behörden. Wir werden ganz anders wahrgenommen und erreichen Ziele. Dieser Erfolg stärkt uns und gibt Energie, die wir durch unsere Erfahrungen mit den anderen Gruppenmitgliedern teilen können."

Für Thomas Bitter war ganz klar: „Ein Leitungswechsel wird auf jeden Fall schwierig - ist aber auch eine Chance. Die SHG muss weiter leben! Das vorhandene Wissen, unsere Erfahrungen und die Infos dürfen auf gar keinen Fall verloren gehen! Und vor allem ist es wichtig, Menschen mit der für sie neuen COPD-Diagnose aufzufangen. Sie sollen nicht das gleiche erleben wie ich damals. Meine Informationen bekam ich von meiner Schwester, die ihr Wissen aus Zeitungsberichten bezog. Es war schwierig, an seriöse Informationen zu kommen. Ich wusste nicht, wo ich suchen sollte. Meine Erleichterung war groß, als ich dann die SHG atemlos Köln fand und vom Wissen und den Erfahrungen der anderen Mitglieder profitieren konnte."

Dennoch dachte er noch nicht daran, dass er selbst in der Leitung aktiv werden könnte. Sein Freund Gert und er machten sich viele Gedanken darüber, wer wohl bereit und in der Lage sein könnte, diese Funktion zu übernehmen. Auch der Gedanke, sich mit einer anderen SHG zusammen zu schließen, kam den Beiden. Im Lauf der nächsten Monate wurde ihnen immer klarer, dass sie sich selbst engagieren müssten, um die SHG „am Leben" zu halten. Sie sprachen weitere Gruppenmitglieder an; die Idee war, die Energien und Kompetenzen zu bündeln. Schnell fanden sie eine Mitstreiterin: Christine, die viel Erfahrung mit der SHG-Gruppenarbeit hat. Und auch Frau Dr. Sommerwerck, die Chefärztin der Pneumologie im Krankenhaus der Augustinerinnen (Severinsklösterchen) hatte starkes Interesse am Weiterbestehen unserer SHG und bot ihre tatkräftige Unterstützung an.

„Als Micha im Dezember wieder einmal im Krankenhaus lag, hatten wir ein intensives Gespräch mit Dani. Darauf hin wurden wir aktiv: Christine, ich und Micha trafen uns und besprachen alles wichtige, was mit der Leitung der SHG zusammen hing. Am Ende des Gesprächs war unser Konstrukt fertig. Meine 5 Jahre in der SHG sind eine gute Basis, auf der ich aufbauen kann. In Zusammenarbeit mit der Gruppe sollte möglichst viel so bleiben wie bisher. Dafür war es aber notwendig, dass wir Mitstreiter fanden" berichtet Thomas Bitter. „So fand Anfang Januar das erste Organisationstreffen mit den interessierten Mitgliedern, die am Neustart der Gruppe mitarbeiten wollten, statt."

Ein neues Konzept auf der Basis des Bewährten

„Relativ schnell kristallisierte sich heraus, dass jeder von uns eine spezielle Kompetenz besaß und wir einigten uns darauf, die Arbeit auf mehrere Schultern zu verteilen" erinnert sich Thomas Bitter. „Christine wird sich zukünftig um die interne und externe Kommunikation kümmern. Das ist eine wichtige aber auch zeitintensive Aufgabe, die viel Einfühlungsvermögen und Moderationstalent verlangt. Gert und ich werden die neuen Ansprechpartner der SHG sein, betreuen die Homepage, das SHG-Telefon und übernehmen die Organisation. Micha und Dani stehen uns für die Übergangszeit beratend zur Seite. Es gibt bis zur Jahresmitte weitere Treffen, die überwiegend für die Neuorganisation der Gruppe genutzt werden (natürlich sollen hier auch Erfahrungen ausgetauscht und wichtige Fragen besprochen werden). So war zumindest der Plan nach dem zweiten Organisationstreffen im Februar."

Neustart mit Hindernissen

So reibungslos ging es dann doch nicht: Zuerst kamen im März die Einschränkungen durch Corona und dann verstarb Gert im Juni plötzlich und unerwartet. „Aber auch das konnte uns nicht bremsen" erzählt Thomas Bitter. „Aufgrund der Corona-Einschränkungen konnten wir uns plötzlich nicht mehr persönlich treffen. Also mussten wir innovativ werden. Gert hatte noch die Idee von Internet-Video-Konferenzen. Das Durchschnittsalter unserer Mitglieder liegt bei etwa 70 Jahren. Trotzdem arbeiteten wir uns in die Tücken dieser

Symbol-Bild der Homepage unserer SHG atemlos Köln

für uns neuen Möglichkeit ein. In unserem Alter sind viele Menschen mit den digitalen Medien nicht sonderlich gut vertraut. Trotzdem haben wir es geschafft, im März, April, Mai und Juni konstruktive Orga-Treffen durchzuführen - per Internet. Im Nachhinein denke ich, dass auch das eine Erfahrung war, die uns gestärkt und viel Energie freigesetzt hat. Und dann verstarb unser Ideengeber Gert Ende Juni. Wir waren ein gutes Team geworden und konnten uns gut und schnell abstimmen. So haben wir zusammen die Umgestaltung der Homepage geplant. Sie sollte moderner werden, logischer und einfacher zu bedienen. Leider konnten wir das nicht mehr gemeinsam umsetzen. Parallel dazu scheiterten wir an der Bürokratie: wir hatten es zeit- und nervenaufwändig geschafft, die SHG-Telefonnummer und die E-mail-Adresse auf Gert umzumelden. Nach seinem so überraschenden Tod konnte dies nicht mehr rückgängig gemacht werden und so bekam die SHG eine neue Kontaktnummer und Mailadresse" erinnert sich Thomas Bitter.

Seit Juli kann sich die SHG - dank Frau Dr. Sommerwerck - wieder persönlich im Severinsklösterchen treffen - mit Auflagen natürlich, denn es gelten noch immer die Corona-Einschränkungen. Diese Treffen dienen bis jetzt überwiegend unserer internen Organisation und der zusätzlichen Ressourcenerschließung. Geplant ist, dass sich einzelne Gruppenmitglieder ganz speziell in bestimmte Themenbereiche, wie Sauerstoff, Pflegegrad, Schwerbehinderung oder Reha einarbeiten. Dadurch stehen dann bei künftigen Gruppentreffen immer kompetente Ansprechpartner bereit, die im Bedarfsfall ihr Wissen an die anderen Gruppenmitglieder fundiert weitergeben können.

Zukunftsgedanken

Die Zukunft der SHG atemlos Köln stellt sich Thomas Bitter wie folgt vor: "Wir bauen auf dem auf, was in den letzten Jahren erarbeitet wurde. Dieses Wissen und die Erfahrungen müssen weiter gegeben werden. Wir sind offen für neue Mitglieder - auch wenn der Kontakt aktuell nur per Telefon oder E-mail stattfinden kann. Aufgrund der Corona-Einschränkungen sind die Gruppentreffen leider momentan auf 10 Teilnehmer beschränkt. Mit Frau Dr. Sommerwerck steht uns eine kompetente Unterstützerin zur Seite. Es verspricht eine interessante Zusammenarbeit zu werden, da sie ein breites Spektrum an Wissen und Erfahrungen im Bereich unserer Erkrankung COPD und viele Ideen einbringen kann. Sie hat eine herrlich unkomplizierte Art, Patienten auf Augenhöhe zu begegnen. Es ist eine win-win-Situation: Sie unterstützt uns in unserer Gruppenarbeit und bekommt durch die Gruppe mehr Kontakt zu Patienten. Auch Dani und Micha Stolzenburg bleiben unserer Gruppe treu und bringen Ihre Erfahrungen und ihr Wissen ein."

Wir wollen die Organisation und den Aufbau unserer Selbsthilfegruppe transparenter machen und mithilfe von Organigramm und Dokumentation in der Cloud jederzeit verständlich und nachvollziehbar sein. Thomas Bitters Ziel ist es: „Wenn ich aufhöre, soll jeder Interessierte mit Engagement die Struktur unserer Gruppe ohne Probleme übernehmen können. Außerdem werden wir jetzt noch mehr nach außen gehen und auch zu anderen Gruppen. So können wir uns über Schwierigkeiten, Gedanken und Lösungsansätze austauschen und voneinander lernen. Vielleicht beginnt das ja schon mit diesem Artikel und eine andere Gruppe kann von unseren Erfahrungen mit dem Leitungswechsel profitieren."

Alles in allem war es für alle Beteiligten ein interessantes Jahr seit der Ankündigung des Rücktritts von Michael Stolzenburg. Trotz einiger Schwierigkeiten ist es gemeinsam doch gelungen, die SHG atemlos auf einen neuen, hoffentlich weiterhin erfolgreichen Weg zu bringen. Viele von uns haben Kräfte und Ressourcen in sich entdeckt, die ihnen vorher nicht bewusst waren.

Autorin:
Daniela Stolzenburg

SHG atemlos Köln
Tel. 0221 / 27 13 990
selbsthilfe-atemlos@outlook.de
www.selbsthilfe-atemlos.de

Ertrinken in einem Meer von Luft

Martin Scattergood – Erfahrungen eines Überlebenden mit dem Guillain-Barré-Syndrom (GBS) und akutem Atemversagen.

Meine besten Ratschläge für das Zusammentreffen mit schwerkranken oder behinderten Menschen:

★ Sprechen Sie ruhig in normalem Tonfall und mit normaler Geschwindigkeit. Ich war nicht dumm oder taub, nur weil ich mich nicht bewegen konnte.

★ Sprechen Sie mit Ihrem Gesprächspartner auf Augenhöhe. Falls die Person in einem Rollstuhl sitzt, bücken Sie sich. Falls die Person im Bett liegt, setzen Sie sich auf einen Stuhl. Es ist nicht schön, wenn auf jemanden herabgeblickt wird.

★ Falls der Patient gelähmt ist und nicht sprechen oder sich bewegen kann, versuchen Sie, einen Kontakt herzustellen. Fragen Sie, ob er Sie hören kann. Dann kann er durch Nicken, Händedruck oder Schließen der Augen antworten. Nehmen Sie sich Zeit dafür, damit die Person, die Sie besuchen, das Gefühl hat, ein besonderer Mensch zu sein – sie wird Sie dafür lieben.

★ Suchen Sie die Nähe des Patienten. Ich sehnte mich nach Menschen, die meine Hand nahmen und Körperkontakt mit mir hatten. Bitte fragen Sie den Patienten vorher; ich bin mir jedoch sicher, dass er immer zustimmen wird.

★ Machen Sie es der Person bequemer. Schütteln Sie die Kissen auf oder stellen Sie das Kopfende des Bettes höher, damit es ihr leichter fällt, Sie anzusehen. Jede Geste dieser Art vermittelt der Person ein gutes Gefühl – fragen Sie jedoch vorher.

★ Helfen Sie dem Patienten, sein Aussehen zu verbessern; kämmen Sie ihm z.B. seine Haare (was bei mir nicht nötig war), rasieren Sie ihn oder pflegen Sie seine Nägel. Auch, als es mir sehr schlecht ging und ich eher tot als lebendig war, wollte ich so gut wie möglich aussehen.

★ Vermeiden Sie Geschenke, die den Patient überfordern. Falls der Patient nicht lesen kann, wie es bei mir der Fall war, bringen Sie ihm keine Zeitschriften oder Bücher mit. Andererseits habe ich mich immer über Kartengrüße und Blumen gefreut. Meine schönsten Geschenke waren Fotos von meiner Familie und meinen Freunden mit einer „Zen"-Grafik, die an der Wand hingen, sodass ich sie mir jeden Tag ansehen konnte.

★ Massieren Sie die Person. Einmal massierten vier Personen gleichzeitig meine Hände und Füße. Der Körperkontakt mit Ihnen war wunderbar und ich fühlte mich sehr gut.

★ Falls es der körperliche Zustand des Patienten zulässt, gehen Sie mit ihm aus dem Zimmer und falls möglich, nach draußen. Ich liebte es sehr, mit meinem Besucher aus meinem Zimmer herauszukommen. Es diente der Zerstreuung.

★ Falls die Person nicht essen oder trinken kann, tun Sie es auch nicht und vermeiden Sie, darüber zu sprechen. Mir passierte dies mehrmals und es hat mich richtig aufgeregt!

★ Auch wenn ein Gespräch unmöglich ist, Ihre Anwesenheit tut genauso gut. Besuchen Sie den Patienten immer wieder.

★ Ich schätzte es, wenn jemand Humor hatte. Achten Sie auf die Reaktion des Patienten.

★ Behandeln Sie den Menschen so, wie Sie ihn normalerweise in gesundem Zustand behandelt hätten. Falls Sie ihm immer einen Kuss gaben, tun Sie es weiterhin.

★ Zu guter Letzt, seien Sie positiv! Der Patient möchte nicht, dass Sie ihn bemitleiden oder ihm Ihre Probleme schildern.

Taschenbuch: 326 Seiten. 14,99 Euro
Verlag: Independently published (25. Januar 2019)
ISBN: 978-1-72894-853-9

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

Informationen zur Maskenpflicht in Pandemiezeiten, zu den unterschiedlichen Masken-Typen, dem Gebrauch und ihren Reinigungsmöglichkeiten gibt der Flyer 16a der Deutschen Atemwegsliga e.V.

In Zeiten einer Covid-19-Pandemie ist Maskentragen in Deutschland allgegenwärtig geworden. Viele nützliche Informationen vom Gebrauch bis zur möglichen Reinigung gibt der Flyer 16a der Deutschen Atemwegsliga e.V.

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

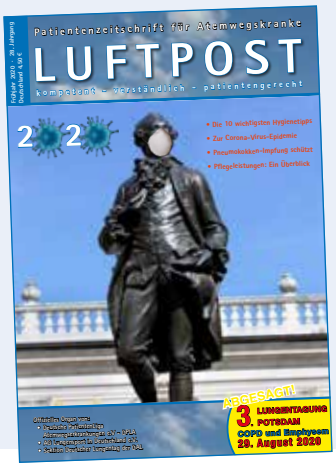
Selbstverständlich können Sie auch weitere Informationen oder eine Beratung in unserer **Geschäftsstelle** erhalten:

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: Wolfgang Pulfer (Kirchenfenster Heilig Kreuz Giesing), AdobeStock, Andreas Prott
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 stehen 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

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

Roche

GEMEINSAM IST VIELES LEICHTER!

Sie sind von einer **idiopathischen Lungenfibrose** betroffen und möchten individuelle Unterstützung beim Leben mit der Erkrankung? Wir sind für Sie da! Melden Sie sich zum kostenlosen **Therapiebegleitprogramm IPF CARE** an.

Auch Ihre Angehörigen können von der persönlichen telefonischen Beratung und den hilfreichen Informationen zum Alltag und Umgang mit IPF profitieren.

Telefonisch unter 0800 100 56 56
zwischen 10.00 und 18.00 Uhr

Mehr Informationen unter
www.fightipf.de/ipf-care

fightipf.de
KÄMPFEN. ATMEN.
LEBEN.

Janina, Teil des IPF CARE-Teams