Winter 2018 · 26. Jahrgang
Deutschland 4,50 €

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent – verständlich – patientengerecht

- Angst, Panikattacken & Depressionen
- Lungensport: Reha- und Rehasport
- Etablierung von Atemnotzentren

2. LUNGENTAGUNG POTSDAM
31. August 2019

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

LUNGENSYMPOSIUM WORMS
21. September 2019
+
Mitgliederversammlung

ENTWICKELT VON PATIENTEN FÜR PATIENTEN

AlphaCare –

das umfassende Serviceprogramm für Alpha-1-Patienten, Angehörige und Interessierte

/// Spezialisierte Ansprechpartner für alle Fragen rund um die Erkrankung

/// Konkrete Unterstützung im Umgang mit der Krankheit (neben der Arztpraxis)

/// Hilfe zur Selbsthilfe durch konkrete Services und durch die Gewissheit, nicht allein zu sein

/// Hochwertiges Servicematerial

/// Kostenlos, unverbindlich und ohne Teilnahmeeinschränkungen

Machen Sie sich selbst ein Bild auf **www.alpha-care.de**

AlphaCare

GRIFOLS

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

BR/PR/0617/0045

Liebe Leserinnen und Leser,

wissen Sie, warum Schneegänse im geordneten Formationsflug fliegen? Beim Keilflug kann jeder Vogel seinen Flugkameraden sehen, ohne dass er dessen Luftwirbel als Widerstand überwinden muss. So wird der Strömungswiderstand kräftesparend verringert, denn es gilt ja, gemeinsame Ziele auch gemeinsam zu erreichen. Das ist auch das Verständnis unserer Selbsthilfe: Nur so können wir überhaupt etwas bewegen und nicht nur uns selbst. Wir wissen, mit einem „Flügelschlagen" erreichen wir nichts, damit beeindrucken wir auch niemanden. Gemeinsam aber und ohne locker zu lassen, geht es, wenn auch oft nur in „Trippelschritten" voran.

Sachlich kann man nicht mehr wegdiskutieren, dass moderne Impfstoffe und Impfungen zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen in der Medizin gehören. Auch hier geht es nicht nur um den Individualschutz des einzelnen rechtzeitig Geimpften, sondern mit einer weitgehenden Durchimpfung schützen wir nicht nur andere Betroffene, Familienangehörige und Freunde, sondern letztendlich auch wieder uns selbst. Endlich wird in dieser jetzt laufenden Impfsaison der Vierfachimpfstoff gegen die saisonale Grippe von der ständigen Impfkommission und dem G-BA als von den gesetzlichen Krankenkassen verbindlich zu bezahlende Impfung anerkannt. Damit ist ein wichtiges Ziel erreicht! Es kann nicht sein, dass die Grippeviren schneller sind. Bis zum April dieses Jahres waren noch fast 1.000 Patienten durch Influenzaviren verstorben. Gehen Sie deshalb JETZT - zumindest als chronisch kranker Patient mit COPD und im Alter von mehr als 60 Jahren – zur Grippeimpfung!

Natürlich gibt es auch im nächsten Jahr noch viel zu erreichen. Gerne werden wir Sie hierzu immer informieren, vertreten Sie und unsere gemeinsamen Interessen in Gremien und Verbänden und hoffen auch dabei auf Ihre Unterstützung! Aber vergessen Sie nicht, was schon Augustinus wusste: „Die Seele ernährt sich von dem, worüber sie sich freut."

Wir wünschen Ihnen und Ihren Lieben ein frohes und friedvolles Weihnachtsfest mit besinnlichen Stunden und ein gutes und glückliches Neues Jahr 2019 bei allzeit bestmöglicher Gesundheit!

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

Foto: AdobeStock / Maksim Pasko

Asthma und COPD
6 5.000 Tonnen Feinstaub in nur einer Nacht!
7 Angst, Panikattacken & Depression
10 Pilotprojekt zur Etablierung von Atemnotzentren
12 Asthma – wenn Atmen schwer fällt

Lungensport
14 Lungensport: Reha-Nachsorge und Rehasport
17 Handbuch Lungensport

Zu Ihrer Information
18 Arzneimittelallergie: Nicht so komplex, wie befürchtet!
19 DGP: Personalmangel lässt sich nicht durch Untergrenzen beheben
20 Mangelndes Know-how und Finanzierungslücken bremsen Digitalisierung in deutschen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aus
34 Vorstellung von Viomedo
36 Lungenentzündung: Übertragungswege
37 Lungenfibrose: Gene sagen den Krankheitsverlauf vorher

Klinikvorstellung
22 Kreiskliniken Reutlingen / Ermstalklinik

Über den Tellerrand hinaus
26 Das Aktionsbündnis Patientensicherheit
29 Patientensicherheit: Neuer Ratgeber hilft Patienten, Fehler anzusprechen
31 Patienteninitiative – Contaminated Cabin Air e.V.
33 Videosprechstunden kaum genutzt

Aktuelles
38 Diskriminierung findet täglich statt!
39 Gesundheitliche Risiken von Tabakerhitzern
40 Physiotherapie – Schneller Therapiebeginn und wenig Bürokratie – für viele Menschen der Schlüssel zu mehr Lebensqualität

Selbsthilfe
41 Gemeinsame Tagesfahrt der COPD Gruppe Rüsselsheim und des OV Wiesbaden
42 Dank an Krankenkassen und Unterstützer
43 Flyer der Atemwegsliga
44 OxyCare Medical Group spendet für schwerkranke Kinder
45 IGeL-Leistungen
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
51 Lungensymposium Worms

DVD - 3. Lungentagung Worms

Fünf namhafte Experten und Professoren haben Vorträge über
- Was bedeuten die neuen Leitlinien zu Asthma und COPD für Patienten?
- Häufige Begleiterkrankungen bei Asthma und COPD
- Allergien bei Asthma und COPD
- Behandlungsmöglichkeiten beim schweren Asthma bronchiale
- Körperliche Aktivitäten bei Atemwegserkrankungen gehalten.

Die komplette Aufzeichnung aller Vorträge zur Nachbetrachtung unserer 3. Lungentagung Worms auf 2 DVD´s.

Die DVD´s zur 1. und 2. Lungentagung Worms sind ebenfalls noch zum Preis von 8,00 Euro bestellbar.

Ihre Bestellung an:
Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V.
– DPLA Geschäftsstelle –
Adnet-Str. 14, 55276 Oppenheim
Telefon: 06133 / 35 43, E-Mail: info@pat-liga.de
8,00 Euro (inkl. Versand), Rechnung anbei
Laufzeit: 209 Minuten

Schirmherrschaft:

Deutsche Atemwegsliga e.V.

und

DGP
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V.
DPLA

Zentralveranstaltung
Deutscher Lungentag
2019

2. Lungentagung Potsdam

Asthma, COPD und häufige Begleiterkrankungen

Informationen für Patienten mit Atemwegserkrankungen und Ihre Angehörigen.

Samstag, 31. August 2019 • 10.00 – 15.00 Uhr

Universität Potsdam, August-Bebel-Str. 89, Haus 6, direkt am S-Bahnhof Griebnitzsee

Tagungsleiter: Prof. Dr. Helmut Teschler, Essen

– Eintritt FREI –

Nach jedem Vortrag besteht immer die Möglichkeit zu direkten Fragen an die Referenten

Ab 10:00 Uhr — besteht die Möglichkeit zum Besuch der Ausstellung.

10:00 - 10:10 Uhr

Begrüßung
Dr. Michael Köhler, Oppenheim
Vorsitzender der DPLA
und Leiter des
Organisationsteams

10:10 - 11:00 Uhr

Was bedeuten die neuen Leitlinien zu Asthma und COPD für Patienten?
Prof. Dr. Helmut Teschler,
Essen

11:00 – 11:50 Uhr

Die neuen Behandlungs-möglichkeiten beim schweren Asthma bronchiale
Prof. Dr. Marek Lommatzsch,
Rostock

11:50 – 12:30 Uhr

Allergien bei Asthma – Spielen die eine Rolle?
Prof. Dr. Jörg Kleine-Tebbe,
Berlin

12:30 - 13:00 Uhr — Mittagspause für Imbiss und Ausstellungsbesuch

13:00 - 13:10 Uhr — Sportliche Auflockerung

13:10 - 14:00 Uhr

Häufige Begleiterkrankungen bei Asthma und COPD
Prof. Dr. Adrian Gillissen,
Reutlingen-Bad Urach

14:00 - 14:50 Uhr

Endlich! bedeutende Fortschritte beim Lungenkrebs
Prof. Dr. Wolfgang Schütte,
Halle - angefragt

14:50 – 15:00 Uhr

Zusammenfassung und Ausblick
Prof. Dr. Helmut Teschler,
Essen

Parallel 5 Workshops

zu krankheitsbezogenen Themen

5.000 Tonnen Feinstaub in nur einer Nacht!

Lungenärzte warnen: Silvesterfeuerwerk belastet Gesundheit und Umwelt

Am Neujahrstag erreicht die Feinstaubbelastung in Deutschland Spitzenwerte. Die Feinstaubmenge, die durch Raketen, Böller und Co. ausgestoßen wird, macht fast ein Fünftel der jährlichen Gesamtmenge durch den Straßenverkehr aus. Die verschmutzte Luft reizt die Atemwege. Besonders stark werden dadurch kleine Kinder, Senioren und Menschen mit chronischen Erkrankungen, vor allem der Lunge und des Herzkreislaufsystems, belastet. Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) ruft dazu auf, den Gebrauch von Feuerwerkskörpern zu reduzieren oder ganz darauf zu verzichten.

Foto: AdobeStock / IrisImages

Laut Umweltbundesamt schießen die Deutschen in jeder Silvesternacht 5.000 Tonnen Feinstaub mit Feuerwerkskörpern in die Luft. „Das sind extrem hohe Werte, die die allermeisten Städte an keinem anderen Tag im Jahr erreichen", sagt Professor Dr. Holger Schulz vvom Helmholtz Zentrum für Gesundheit und Umwelt in München. Laut Gesetz darf der Tagesmittelwert für Feinstaub (PM10) an jeder Messstelle höchstens 50 Mikrogramm pro Kubikmeter Luft betragen. Am letzten Neujahrsmorgen wurde dieser Grenzwert an 32 Stationen um ein Vielfaches überschritten. Besonders hoch waren die Werte in Leipzig (1860 µg/m³), München und Nürnberg (>1000 µg/m³) (1). Wie schnell die Feinstaubbelastung nach dem Silvesterfeuerwerk abklingt, hängt vor allem von den Wetterverhältnissen ab. Bei windstillem Wetter kann die verschmutzte Luft mehrere Tage über der Region „liegen bleiben" und sich in den unteren Schichten der Atmosphäre anreichern.

Wie sehr Feinstaub und andere Luftschadstoffe die Gesundheit belasten, ist durch viele internationale Studien gut belegt. Die DGP hat den aktuellen Kenntnisstand dazu kürzlich in einem Positionspapier veröffentlicht (2). Langfristig schadet die schmutzige Luft nicht nur der Lunge, sondern auch dem Herz-Kreislauf-System, dem Stoffwechsel und beeinträchtigt sogar die Entwicklung von Föten im Mutterleib. Kleine Kinder, Senioren und Menschen mit chronischen Erkrankungen leiden an den ersten Tagen im neuen Jahr besonders häufig unter Husten und Atembeschwerden und müssen vermehrt mit akuten Problemen ins Krankenhaus eingeliefert werden. Schutzmöglichkeiten gibt es für diese Patientengruppen kaum, da die gängigen Atemschutzmasken die gefährlichen Partikel nur unzureichend herausfiltern können. „Halten Sie sich bevorzugt in dünn besiedelten Gebieten jenseits der großen Städte auf, wo die Luft sauberer bleibt", rät Experte Schultz.

Privates Feuerwerk stark einzuschränken oder sogar ganz darauf zu verzichten, ist aus vielen Gründen eine gute Idee, findet DGP-Präsident Professor Dr. med. Klaus Rabe. „Raketen und Böller verursachen eine starke Schadstoffbelastung, der sich niemand entziehen kann. Zumindest aus Rücksichtnahme auf weniger gesunde Mitmenschen, sollte man den privaten Gebrauch überdenken." Jedes Jahr werden außerdem viele Menschen durch Feuerwerkskörper schwer verletzt – meist handelt es sich bei den Betroffenen um unbeteiligte Zuschauer, die selbst gar keine Rakete gezündet hatten. Viele erleiden bleibende Schäden an Augen, Ohren oder Händen. Nicht zuletzt hinterlassen die Knallkörper am Neujahrsmorgen auch riesige Müllberge, die aufwändig und teuer entsorgt werden müssen. „Weniger Raketen und Böller oder gar der Verzicht auf das Feuerwerk hilft vielen Menschen und unserer Umwelt. Den Betrag einer wohltätigen Organisation zu spenden wäre ein zusätzlicher positiver Schritt ins neue Jahr", schließt Schulz.

Quellen:
(1) Umweltbundesamt
(2) Atmen: Luftschadstoffe und Gesundheit, Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

Angst, Panikattacken & Depression

von M. Selle

Angst ist häufig bei der Chronisch-Obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Sie ist nicht nur ein Begleitsymptom. Sie kann oft einen stark negativen Einfluss auf die Erkrankung haben.

Eine chronische Erkrankung führt immer zu körperlichen Einschränkungen und häufig auch zu psychischen Belastungen, die zu bewältigen sind. Hinzu kommen äußere (exogene) und innere (endogene) Einflüsse. Es kommt zur reduzierten Leistungsfähigkeit im Alltag, zu Einschränkungen und weiteren Folgen der Erkrankung mit Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung, das Familienleben, den Beruf, die Sozialkontakte und Hobbys. Die Folge ist oft Furcht, ja Angst vor Reaktionen des Umfeldes und ein weiterer Verlust der Lebensqualität. Daraus können ernst zu nehmende Ängste, Depressionen und sogar Panikattacken entstehen.

Es gibt jedoch auch Regulationsprozesse, die die seelische und körperliche Befindlichkeit verbessern und somit das Leben wieder angstfrei und sinnvoll gestalten lassen.

Angst

Angst gehört zum Leben. Sie ist eine Schutzfunktion vor Gefahren, über die in der Regel jeder Mensch verfügt. Einige Menschen sind ängstlicher, andere weniger. Manche trauen sich auch mehr zu als andere. Der eine hat vor einer Situation Angst, ohne diese Situation schon einmal erlebt zu haben, andere haben weniger Angst, trotz einer erlebten Angstsituation.

Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse (1856 - 1939), unterteilte die *Angst in drei Formen*.

Bei der „*Real-Angst*" handelt es sich um eine Bedrohung aus der realen Umwelt. Die „*Neurotische Angst*" verbirgt eine Gefahr, die wir nicht genau kennen. Phobien zählen da weitestgehend dazu. Und bei der „*Moralischen Angst*" tut man etwas, was gegen die bestehenden Normen verstößt. Die Folgen sind Schuld und Scham.

In unserer Umgangssprache kennen wir viele Ausdrücke der Angst wie „er zitterte vor Angst", „die Angst raubte mir den Schlaf", „vor lauter Angst bekam ich weiche Knie", „sie war gelähmt vor Angst", „ die Angst saß mir im Nacken", „vor Angst versagte ihr die Stimme", „es hat mir die Luft zum Atmen genommen" und viele weitere.

Angst und Atmung

Bei Patienten mit Lungenerkrankungen können verschiedene Angstformen beobachtet werden. Neben der Angst Atemnot zu bekommen, gibt es auch die Angst vor Verschlimmerung der Krankheit bis hin zur Todesangst. Bei endoskopischen oder chirurgischen Eingriffen kann es zu Ängsten vor physischer Verletzung und vor Schmerzen kommen. Auch Phobien (spezifische Ängste) können eine Rolle spielen bei der Auslösung von Atemnot und Exazerbationen. Panikattacken, die oft aus heiterem Himmel kommen, können sogenannte frei flottierende (schwankende, wechselnde) Ängste erzeugen, die langsam und schleichend beginnen bis hin zu einem chronischen Verlauf. Sie gründen dabei häufig auf Lebensumständen, Alltagssituationen, oder auch gewöhnlichen Alltagssituationen und Problemen. Soziale Ängste können durch persönliche Handycaps wie z.B. die Nasenbrille im Gesicht, die für jeden sichtbar ist, den Arbeitsverlust, die Frühverrentung, fehlende Hilfsmittel, „Stress" z.B. beim Verlassen des Hauses unter größter körperlicher Anstrengung und bei Beobachtung durch Andere, entstehen.
Auch Medikamente können Ängste auslösen, wie z.B. Schilddrüsenhormone, Neuroleptika, Antibiotika.

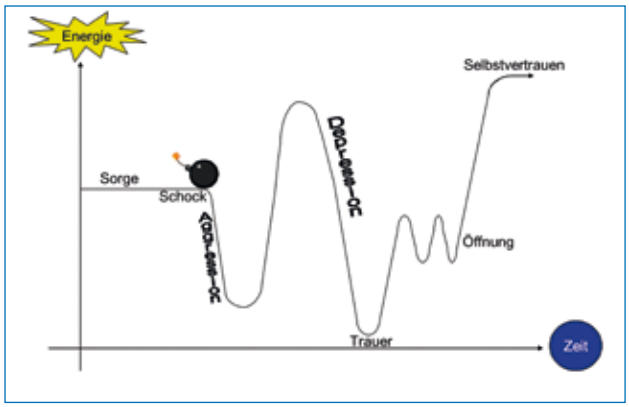
Anzeichen der Angst

Bei Angst können sowohl psychische als auch physische Symptome auftreten. Hierzu zählen:

- Niedergeschlagenheit,
- Beklemmungsgefühle,
- innere Angespanntheit,
- Unruhe,
- Luftnot,
- weit aufgerissene Augen,
- angstvoller Gesichtsausdruck,
- Zittern,
- anämische (blasse, fahle) Hautfarbe,
- Herzklopfen,
- Pulsrasen,
- Schwindel,
- Herzrhythmusstörungen,
- Druckgefühle auf der Brust,
- Schlafstörungen und
- nächtliches Aufschrecken.

Der Teufelskreis der Angst

Dieser entsteht, weil ein äußeres Ereignis Angst macht und somit körperliche Reaktionen auslöst. Es entsteht eine Verunsicherung, die Dauerstress zur Folge hat, vor allem bei kontinuierlicher und gesteigerter Selbstbeobachtung. Durch die ständige Kortisolausschüttung (ein „Stresshormon") aus der Nebenniere in den Blutkreislauf wird der Körper bzw. das Immunsystem geschwächt, ein Rückfall ist eher möglich. Dies erhöht wiederum die bestehende Angst und ein Rückfall / eine Exazerbation erfolgt quasi als „selbsterfüllende Prophezeiung". Die Angst hat sich bestätigt, der „Teufelskreislauf" geht von vorne los.



Energiespiegel bei Veränderungsprozessen
Grafik: Margrit Selle 2009©

Panikattacken

Atemwegserkrankungen sind oft mit Angstgefühlen verbunden. Atemnot gehört dabei zu den häufigen Symptomen einer Panikattacke. Die Betroffenen atmen zu flach oder zu hastig. Manche haben das Gefühl, die Kehle sei wie zugeschnürt. Diese erschwerte Atmung verstärkt die Angstgefühle. Auch bei Hustenanfällen kann es zu Angstzuständen kommen.

Therapie von Angststörungen

Zuerst sollte jedem Erkrankten bewusst sein, dass sich sein „Energiespiegel" durch eine neue Situation verändert. Jedes Lebens-Ereignis, egal ob eine schwerwiegende Diagnose, eine akute Exazerbation, der Partner- oder Arbeitsplatzverlust, ein Umzug etc. kann erst mal einen Schock auslösen (in der Grafik als Bombe dargestellt). Danach folgt meist eine aggressive Phase, da die (negativ gefühlte) Situation nicht akzeptiert oder sogar abgelehnt wird. Darauf folgen Phasen der Gleichgültigkeit (Depression) und der Trauer über den Verlust. Oft kann man sich erst danach öffnen, d.h. der Situation stellen und evtl. neue Wege oder Möglichkeiten und Alternativen finden bzw. erarbeiten.

Da Menschen sich unterschiedlich lang in diesen Phasen bewegen – dies geht auch keineswegs nur linear Schritt für Schritt weiter – ist es für Partner, Angehörige und Freunde oft schwierig den Betroffenen in seiner jeweiligen Situation zu verstehen. Meist machen sie selbst vergleichbare Phasen in diesen Umbruchsituationen durch und sind gerade nicht am selben Punkt angelangt. Dann kann es zu Kommunikationsproblemen bis zum Streit und Unverständnis kommen – außer man weiß um diesen Entwicklungsprozess Bescheid und bleibt verständnisvoll.

Es sollten auch nicht nur die Symptome beseitigt werden, das macht wenig Sinn. Schließlich kann man einen Brand ja auch nicht löschen, indem man nur den Feuermelder abstellt.

- Wichtig ist es, sich mit der realen Situation auseinanderzusetzen und die Angst und Panik nicht zu bekämpfen. Es sollte die Angst „zugelassen werden", nur so kann die eigene Hilflosigkeit auch überwunden werden.
- Das Erlernen von Entspannungstechniken wie Autogenem Training, Muskelrelaxation nach Jacobson, Meditationen und Phantasiereisen können helfen .
- Um eine Kapitulation vor der Angst zu vermeiden, sollte versucht werden positiv zu denken, da sich sonst in bestimmten Situationen schnell negative Gedanken wie „ich schaffe das nicht", oder „ich halte das nicht mehr aus" breitmachen .
- Manch Einem hilft es auch ein Angsttagebuch zu führen und darin den genauen Zeitpunkt, die auslösende Situation, die Intensität der Gedanken, die Folgehandlung (Flucht...), aber auch Übungsziele und Trainingserfolge zu notieren.
- In einer Verhaltenstherapie kann der kontrollierte Umgang mit der Angst erlernt werden.
- Sich moderat bewegen und körperlich betätigen ist auch bei Atemnot wichtig (Heimfahrrad, Treppen steigen, Spazieren gehen), so werden auch körperbezogene Ängste verringert.
- Medikamente können unterstützen, müssen aber immer mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden, denn Beruhigungsmittel können zwar die Symptome lindern, verhelfen aber nicht zu einer besseren Bewältigung der Angst und sollten nicht auf Dauer eingenommen werden.
- Schon Kinder spüren bei Angst, dass nahe Bezugspersonen sie beruhigen und dass sich so

Erregungszustände beherrschen lassen. Hier kann der Partner, ein guter Freund oder auch die SHG (Selbsthilfegruppe) z.B. mit einer Telefonliste von Ansprechpartnern „in der Not" hilfreich sein.

Studien belegen übrigens, dass eine *pneumologische Rehabilitation* Angsterkrankungen positiv beeinflussen kann.

Depressionen

Das Wort „Depression" leitet sich vom lateinischen Verb „deprimere" ab und bedeutet umgangssprachlich so viel wie psychische Niedergeschlagenheit.

Es gibt unterschiedliche Depressionsformen. Sie werden in Körper entstehende (endogene), körperlich bedingte (somatogene), psychogene Depressionen und Depressionen in besonderen Lebenslagen eingeteilt. Dies ist wichtig für die Therapie, die sehr unterschiedlich sein kann und in die Hand eines erfahrenen Arztes gehört.

Depressionen bei chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen gehören zu den körperbezogenen Formen. Als Unterklassifikation zählt Depression hier einerseits zu den symptomatischen Depressionen, andererseits können aber auch durch Medikamente Depressionen ausgelöst werden.

Symptome und die Depressionsspirale

Klagen über Veränderungen der Stimmungslage, Abnahme von Interessen, zunehmende Verständniseinschränkungen, rasche körperliche Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Schlaflosigkeit oder Dauerschläfrigkeit, Schuldgefühle und Versagensängste, eine oft gequälte Stimmungslage, verbunden mit einer Selbstwertstörung, sowie längerdauernde Appetitlosigkeit mit Gewichtsverlust sind dafür Beispiele.

Bei der Depressionsspirale sind Denken, Fühlen und Handeln eng verwoben und verstärken sich gegenseitig. Die Betroffenen fühlen sich subjektiv gefangen und glauben von sich selbst, eine Last für andere zu sein. Es entsteht eine Hilflosigkeit, die auch das Denken beeinflusst und sich auf negative Denkmuster fixieren kann. Deswegen erfolgt oft ein totaler Rückzug mit Passivität, depressiven Verstimmungen, sozialer Kontaktmeidung bis hin zur völligen Isolation.

Die Depression ist eine sehr häufige Erkrankung, die oft nicht frühzeitig erkannt und nicht zutreffend diagnostiziert wird. Es gibt jedoch die Geriatric Depression Scale (GDS) als nützliches und zeitsparendes Verfahren für den Arzt zur Diagnose von Depressionen.
Auch im Internet gibt es entsprechende Depressionstests. Diese ersetzen jedoch keine sorgfältige ärztliche Diagnose.

Wege aus der Depression

Es gibt verschiedene Psychotherapien, um aus der Antriebslosigkeit und Depression herauszukommen. Eine Möglichkeit bietet die Kognitive Verhaltenstherapie, die in mehreren Schritten erfolgt und ggf. medikamentös unterstützt werden kann. Es kann aber auch eine Interpersonelle Therapie oder eine analytische Psychoanalyse oder eine tiefenpsychologische Psychotherapie sinnvoll sein. Wichtig ist dies mit einem erfahrenen Arzt zu besprechen.

Angehörige von depressiv erkrankten Menschen brauchen sehr viel Geduld, sollten anteilnehmend zuhören können und gesprächsbereit sein. Die Kommunikation sollte positiv fundiert sein. Nichtdepressive Verhaltensweisen sollten verstärkt werden. Auf keinen Fall sollten depressiv Erkrankte ständig ermahnt oder mit Vorwürfen konfrontiert werden, da die Betroffenen meist durch ihre Antriebsschwäche schon genug Schuldgefühle haben. Eigeninitiative sollte gefördert und positiv bestärkt werden, ebenso wie körperliche Bewegung.

Quellen:
Unterrichtskript Margrit Selle (IWK 2009)
Psychologie für Pflegeberufe, Ekert/Ekert, Thiemeverlag 2005
Psychologie-Sozialmedizin-Rehabilitation, Willi et al., Selbstverlag Willig 2002

Die Autorin:

Margrit Selle
Dipl.-Pflegewirtin (FH)

Pilotprojekt zur Etablierung von Atemnotzentren (ANZ)

– Verbesserte pneumologische Notfallversorgung

Foto: AdobeStock / benjaminnolte

Die COPD gehört in Deutschland mit einer Häufigkeit (Prävalenz) von etwa 13 Prozent zu den häufigsten chronischen Erkrankungen der Menschen über 40 Jahre. Durch die demografische Entwicklung ist mit ihrer weiteren Zunahme zu rechnen. Unter den zehn am häufigsten zum Tode führenden Erkrankungen ist die COPD die einzige mit zunehmender Häufigkeit. Die Prognose der Erkrankung wird durch den Schweregrad der Atemwegsverengung (Obstruktion) und der Lungenüberblähung (Emphysem) sowie die Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) und ganz entscheidend durch die Anzahl und Schwere der Exazerbationen bestimmt. Die Sterblichkeit (Mortalität) ist eng mit der Häufigkeit der akuten Exazerbationen korreliert. Das **Leitsymptom**, mit dem COPD-Patienten mit einer akuten Exazerbation ein Krankenhaus aufsuchen müssen, ist **akute Atemnot**. Eine europäische COPD-Studie in 13 Ländern und mit 422 Krankenhäusern, hat einige inakzeptable Mängel bei der Notfallversorgung von COPD-Patienten mit Atemnot in den Krankenhäusern aufgezeigt.

Bei nur etwa 50 Prozent der 16 016 Patienten in dieser, der Realität entsprechenden Untersuchung, waren die Daten einer *Lungenfunktionsuntersuchung* verfügbar. Diese Werte aber sind entscheidend, um den Schweregrad der Erkrankung rechtzeitig zu erkennen. Obwohl die *Analyse der Blutgase* entscheidend für eine an der Krankheitsschwere orientierte Versorgung der Patienten ist, wurde diese Analyse nur bei 82 Prozent der Patienten mit Luftnot durchgeführt. Von diesen Patienten wiesen 45 Prozent eine Erhöhung des Kohlendioxids (CO2) im Blut auf und 19 Prozent wiesen im Blut eine Übersäuerung (respiratorische Azidose) auf. Diese beiden Veränderungen sind jedoch kennzeichnend für die Schwere der akuten Erkrankung und ein entscheidendes Kriterium für die zu wählende Behandlung und damit letztlich über die Sterblichkeit im Krankenhaus sowie in den folgenden 90-Tagen nach Entlassung der Patienten. Trotz der nachgewiesenen hohen Therapie-Effektivität erhielten nur 45 Prozent der Patienten mit leichten und 77 Prozent mit schwerwiegenden Blutgasveränderungen (Übersäuerung) eine Beatmung. Angesichts einer für die nicht invasive Beatmung (NIV) nachgewiesenen Zahl von acht zu behandelnden Patienten zur Vermeidung eines Todesfalles Ihre rechtzeitige Behandlung entscheidet ist dies inakzeptabel.

Elf Prozent dieser 16 000 Patienten verstarben während der Beobachtungsphase, davon 46 Prozent noch im Krankenhaus. Nur eine ausreichende Zahl von pneumologischen Spezialisten pro 1000 Kranken-

hausbetten konnte die Sterblichkeit im Krankenhaus verringern.

Diese besorgniserregenden Daten haben im Verband Pneumologischer Kliniken (VPK) zur Entwicklung eines Pilotprojektes zur Verbesserung der Notfallversorgung von Patienten mit Atemnot geführt. Bisher gibt es keine einheitlichen Vorgaben zur Struktur (vor allem Geräteausstattung und Personal) sowie zu einer risikoadjustierten Notfallversorgung von diesen Patienten mit COPD und dem Leitsymptom **Luftnot**. Geplant ist die Einrichtung und wissenschaftliche Überprüfung von Atemnotzentren (engl. Respiratory Failure Units - RFU) in Analogie zu den sehr erfolgreichen Schlaganfall- Zentren in der Neurologie und den Brustschmerz-Zentren in der Kardiologie. Zu den wesentlichen Strukturvorgaben muss ein erfahrenes Team von Pneumologen mit Beatmungserfahrung, der Möglichkeit zur sofortigen Analyse der Lungenfunktion und der Blutgase, der Sonografie und der Echokardiografie sowie der vor Ort einleitbaren nicht invasiven Beatmung (NIV) gehören. Diagnostische und therapeutische Abläufe müssen angepasst an die Risikofaktoren im Sinne einer gesicherten Behandlungsqualität etabliert werden. Dies ist umso wichtiger, da viele Studien gezeigt haben, dass 25 bis 35 Prozent dieser Patienten in einem Zeitraum von 90 Tagen nach ihrer Entlassung wieder wegen Atemnot im Krankenhaus aufgenommen werden müssen.

Es gilt Behandlungsstrategien zur deutlichen Senkung dieser hohen Rückfallquoten gemeinsam zu entwickeln.

Erforderliche Strukturvorgaben für Atemnotzentren

- ein erfahrenes Team von Pneumologen mit Beatmungserfahrung
- die Möglichkeit der akuten Bestimmung von Lungenfunktion und Blutgasen
- Sonografie und Echokardiographie
- an Ort und Stelle einleitbare nicht invasive Beatmung (NIV)
- Endoskopie der Atemwege in räumlicher Nähe
- Ausstattung einer Notfallambulanz

Quelle:
DGP-Kongress 2018
Dr. med. Thomas Voshaar, Chefarzt der Medizinischen Klinik III am Krankenhaus Bethanien, Moers, Präsident des Verbandes Pneumologischer Kliniken und Ehrenpreisträger der DPLA 2018

ANZEIGE

GTI medicare
Oxygen Technology

HOMECARE

Zen-O
Ein Gerät für alle Anforderungen!

Vorteile die überzeugen:
- Dualbetrieb (Konstantflow & atemzuggesteuerter Modus)
- Benutzerfreundlich
- Tragbar
- Zuverlässig
- Langlebig

Flexibilität zum Mitnehmen

Der neue mobile Sauerstoff-Konzentrator Zen-O verbindet die Vorteile eines stationären mit denen eines mobilen Gerätes.

GTI medicare GmbH • info@gti-medicare.de • www.gti-medicare.de
Hattingen • Hamburg • Bielefeld • Dessau • Römhild • Idstein
Karlsruhe • Neunkirchen • Ulm • Nürnberg • München

Servicetelefon Hattingen 0 23 24 – 91 99-0
Servicetelefon Hamburg 0 40 – 61 13 69-0

Zur Diskussion

Liebe Leserinnen und Leser,
*heute drucken wir erstmals eine **aktuelle Patienteninformation** zum **Asthma bronchiale** aus. Erarbeitet wurde sie vom **Ä**rztlichen **Z**entrum für **Q**ualität in der Medizin (ÄZQ), einem gemeinsamen Institut der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Wir möchten Sie fragen, ob sie Ihrer Meinung nach allgemein und gut verständlich ist. Es interessiert uns auch, ob Sie Ihre konkrete Krankheit Asthma bronchiale zutreffend dargestellt finden. Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen zum Stichwort „PI Asthma".*

ASTHMA – WENN ATMEN SCHWER FÄLLT

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

bei Asthma sind die Atemwege ständig entzündet. Sie schwellen an und werden eng. Dadurch bekommt man schlecht Luft. Das kann bedrohlich sein. Viele Menschen brauchen dann dauerhaft Medikamente.

Diese Information soll Sie und Ihre Angehörigen unterstützen, die Erkrankung zu verstehen, und Ihnen Hinweise und Hilfen zum Umgang mit ihr geben.

Auf einen Blick: Asthma

- Asthma ist eine häufige Erkrankung der Atemwege. Etwa jeder 20. Mensch hat Asthma.
- Betroffene reagieren auf verschiedene Auslöser mit einer Entzündung der Atemwege. Auslöser wie Pflanzen-Pollen, Hausstaubmilben, Stress oder Infekte können zu Atembeschwerden führen.
- Es gibt verschiedene Behandlungen: Auslöser meiden, Medikamente nur nach Bedarf bei Beschwerden, Dauermedikamente; ergänzend: nicht rauchen, Schulungen besuchen, Atemtechniken erlernen, sich körperlich bewegen.

Was ist Asthma?

Bei Asthma sind die Atemwege dauerhaft entzündet. Sie schwellen an und verengen sich. Dadurch kann man nicht mehr ungehindert ein- und ausatmen.
Fachleute unterscheiden allergisches und nichtallergisches Asthma. Häufige Beschwerden sind:

- **Luftnot, die wiederholt anfallsartig auftritt**
- **pfeifendes Atemgeräusch**
- **Engegefühl in der Brust**
- **Husten mit oder ohne Schleimbildung**

Die Beschwerden können mal stärker und mal schwächer sein. Es gibt auch Zeiträume ohne Beschwerden.

Foto: Africa Studio / AdobeStock

Bei plötzlichen starken Beschwerden mit Luftnot liegt ein Asthma-Anfall vor. Das kann zum Notfall werden.

Auslöser für Beschwerden

Menschen mit Asthma haben überempfindliche Atemwege. Sie reagieren auf unterschiedliche Auslöser:

- Allergene
  sind Stoffe, auf die Menschen allergisch reagieren. Häufige Allergene sind zum Beispiel Pflanzen-Pollen, Hausstaubmilben oder Tierhaare.
- Tages- und Jahreszeit
  spielen für den Krankheitsverlauf häufig eine Rolle.
- Körperliche Belastung
  vor allem ein plötzlicher Wechsel zwischen Entspannung und Belastung kann die Luftwege verengen.
- Infekte der Atemwege
  können zu asthmatischen Beschwerden führen.
- Medikamente,
  die die Luftwege verengen, können die Beschwerden verschlimmern.
- Gefühle,
  etwa viel Stress, können möglicherweise zu verstärkten Beschwerden führen.

- Reizstoffe,
  die Sie zu Hause oder unterwegs einatmen. Solche Reizstoffe sind zum Beispiel verschmutzte Luft oder Tabakrauch.

Wie wird Asthma festgestellt?

Eine Asthma-Erkrankung und mögliche Auslöser werden durch verschiedene Untersuchungen festgestellt:

- Befragung und körperliche Untersuchung
- Messen der Lungenfunktion: Bei der Spirometrie wird gemessen, wie gut oder schlecht die Atemluft durch die Luftwege strömen kann.
- Allergie-Tests

Behandlung

Die Behandlung richtet sich nach Ihren Beschwerden, dazu zählen auch mögliche Asthma-Anfälle.

Die Fachleute sind sich einig: Am wichtigsten bei allergischem Asthma ist es, den Auslöser – soweit möglich – zu meiden. Wenn das allein nicht hilft, kommen Medikamente zum Einsatz. Fachleute empfehlen bevorzugt Mittel, die eingeatmet – also inhaliert – werden können. Die Nebenwirkungen im Körper sind dann geringer. Wichtig ist, dass Sie in der Arztpraxis oder Apotheke erlernen, wie Sie das Inhalier-Gerat richtig benutzen.

Um plötzliche Beschwerden rasch zu lindern, gibt es Bedarfsmedikamente, die die Atemwege in der Lunge sofort erweitern. Dazu eignen sich vor allem kurzwirkende Betamimetika als Spray.

Wer mehr als 2 x pro Woche Bedarfsmedikamente braucht, soll eine Langzeitbehandlung beginnen. Kinder sollen ihren Alltag komplett ohne Bedarfsmedikamente bewältigen können. Das wichtigste Dauermedikament ist inhalierbares Kortison als Spray oder Pulver. Es wirkt gegen die Entzündung und damit gegen die Ursache der Beschwerden. Es ist wichtig, das Kortison regelmäßig zu inhalieren, damit die Entzündung nicht wiederkommt. Wer es dauerhaft anwendet, hat seltener einen Asthma-Anfall und kommt seltener deswegen ins Krankenhaus. Kortison kann auch Todesfälle durch Asthma verhindern. Wenn das Kortison allein nicht ausreicht, kommen weitere Medikamente dazu.

Fachleute empfehlen ergänzende Maßnahmen, um den Erfolg der Behandlung zu verbessern. Dazu gehören: nicht rauchen, an Asthma-Schulungen teilnehmen, Selbsthilfe-Techniken bei Atemnot erlernen sowie ein regelmäßiges körperliches Training.

Was Sie selbst tun können

- Sie können lernen, wie man richtig inhaliert. Zum Inhalieren gibt es ein weiteres Informationsblatt: siehe grauer Kasten.
- Es ist ratsam, sich selbst zu beobachten. Als Hilfe können Sie Ihre Beschwerden in einem Asthma-Tagebuch aufschreiben. Dadurch erhalten Sie einen Überblick über den Verlauf der Erkrankung.
- Körperliche Bewegung tut gut. Wichtig ist, sich vor jeder sportlichen Betätigung aufzuwärmen, und am Ende die Belastung langsam zu verringern. Besprechen Sie mit Ihrem Behandlungsteam, welches Medikament Sie bei Bedarf einnehmen können.
- Sie können bestimmte Atemtechniken erlernen, zum Beispiel die Lippenbremse. Zudem gibt es atemerleichternde Körperhaltungen, wie etwa den Kutschersitz oder die Torwarthaltung.
- Versuchen Sie, mit dem Rauchen aufzuhören. Das gilt auch, wenn Ihr Kind Asthma hat. Gute Studien zeigen: Menschen mit Asthma, die weniger Tabakrauch ausgesetzt waren, hatten seltener einen schweren Asthma-Anfall und mussten deshalb seltener notfallmäßig behandelt werden.
- In einer Schulung lernen Sie unter anderem, wie die Dosierung der Medikamente an die Beschwerden anzupassen ist.

Sie können an einem Asthma-Versorgungsprogramm teilnehmen (kurz: DMP Asthma). Ziel ist, dass Ihre Versorgung durch die verschiedenen Haus- und Facharztpraxen auf einander abgestimmt ist. Sprechen Sie Ihr Behandlungsteam darauf an.

äzq

Quelle:
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
Gemeinsames Institut von BÄK und KBV
TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106-108,
10623 Berlin

Lungensport: Reha-Nachsorge und Rehasport

von M. Frisch

Um die zeitlich beschränkten Rehabilitationsmaßnahmen und den während der Rehabilitation erzielten Behandlungserfolg nachhaltig zu stabilisieren, ist ein entsprechendes *Nachsorge-Programm* vor allem für den Bereich der chronisch Erkrankten eine sinnvolle Ergänzung zum medizinisch-therapeutischen Klinik-Konzept einer Rehabilitationsfachklinik. Denn zu den wichtigsten Zielen einer pneumologischen Rehabilitation ist die *Hilfe zur Selbsthilfe* und die Modifizierung des Verhaltens und des Lebensstils hin zu einer andauernden *lebenslangen gesundheitsbewussteren Lebensweise* entscheidend.

Das Reha-Nachsorge-Konzept orientiert sich – wie die Rehabilitation selber – am biopsychosozialen Krankheitsmodell nach Internationaler Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Damit ist es Aufgabe der Rehabilitation Förderfaktoren zu schaffen und potentielle Hindernisse zu reduzieren, denn eine erfolgreiche Rehabilitation benötigt eine qualifizierte, individualisierte Nachsorge, um nahtlos in eine *kontinuierliche Eigenaktivität* überzuleiten. Die Wichtigkeit dieses Bausteins wird unterstrichen durch die Tatsache, dass die Vorbereitung und Einleitung der Reha-Nachsorge Gegenstand der Qualitätssicherung der Kranken- und Rentenversicherung darstellt. Die Planung der Reha-Nachsorge muss gemeinsam mit dem Rehabilitanden unter Berücksichtigung seiner individuellen Lebens- und Arbeitssituation erfolgen. Um die Motivation und Bereitschaft zu fördern, ist es grundlegend, dass das gesamte Reha-Team bei den zielgruppenorientierten und indikationsspezifischen Vorträgen und den Schulungen überzeugend die Notwendigkeit der *eigenverantwortlichen Nachsorge* vermittelt.

Inhalte sind: Peak-Flow-Meter, Hilfsmittel (Flutter, Cornet etc.), Rollator, Dosieraerosole, Langzeitsauerstofftherapie (LTOT), NASA (Asthma)- / COBRA (COPD)- Schulung, Treppenschulung, Lungenhygiene, Nasenhygiene, Sturzprävention / -prophylaxe und nicht zuletzt die Bewegungstherapie.

Im Nachsorgegespräch z.B. mit dem Nachsorgebeauftragten wird der konkrete *Nachsorgebedarf* definiert

und die Möglichkeiten für die zeitnahe Umsetzung (evtl. schon während der Rehabilitation) besprochen. Hierbei wird ein Überblick der vorhandenen Programme sowohl der verschiedenen Kostenträger, als auch anderer Anbieter (Volkshochschule, Nachbehandler im Bereich Physiotherapie oder Psychologie, Selbsthilfeorganisationen, usw.) idealerweise in Form einer Checkliste oder eines Nachsorgeplans benannt und verordnet. Beispiel:

Lungenfachklinik Klinik St.Blasien

Rehabilitations-Nachsorgeempfehlung

Die zeitlich begrenze Rehabilitation kann nur einen Anstoss zur Verhaltensänderung darstellen und eine langfristige Änderung hin zu einem gesundheitsbewussteren Lebensstil einleiten. Um den Behandlungserfolg zu verfestigen werden folgende Nachsorgeangebote empfohlen und mit dem Patienten besprochen:

- ☐ Lungensport
  - ☐ Verordnung DRV
  - ☐ Ziele und Inhalte
  - ☐ Formular 56
  - ☐ Adressen
- ☐ Selbsthilfegruppe _____
  - ☐ Adresse Regionalgruppe _____
  - ☐ Unterlagen der SHG

Die Verbindlichkeit der Entscheidung zur individualisierten Nachsorge wird durch die Dokumentation im ärztlichen Entlassbericht unterstrichen.

Zwei Beispiele der Möglichkeiten im Bereich Nachsorge:

- **Hilfe zur Selbsthilfe**: Selbsthilfegruppen (SHG) sind eine anerkannte Säule im Gesundheitswesen. Dies wird in vielen Kliniken durch die Berufung eines Selbsthilfebeauftragten und die Zertifizierung „Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen" untermauert. Im Rahmen des Nachsorgegesprächs werden neben Infomaterial der entsprechenden Gruppe auch detaillierte Informationen zum Zugang und eine realistische Beschreibung des Alltags bei den SHGen gegeben. Ängste oder gar Vorbehalte („da wird ja immer nur über Krankheit gesprochen") können so im persönlichen Gespräch abgebaut werden. Positive Erfahrungen können auch durch entsprechende Gruppentreffen zum „Reinschnuppern" oder Sprechstunden von Regionalgruppenleitern in den Reha-Einrichtungen vermittelt werden und sind so ein Barrieren-reduzierender Impuls.

- **Lungensport**: Patienten, die die Rehabilitationsmaßnahme mit dem Kostenträger, der Deutschen Rentenversicherung Bund oder Land in einer Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen durchführen, können sich dort mit dem entsprechenden Formular *Lungensport* für 6 Monate verordnen lassen. Kostenträger für diesen Zeitraum ist dann der Rentenversicherungs-Träger.

Patienten, deren Maßnahme privat oder mit dem Kostenträger einer gesetzlichen Krankenkasse durchgeführt wird, bekommen im Idealfall das Formular 56 zur Verordnung durch den Haus- bzw. Lungenfacharzt ausgehändigt. Sie müssen dann nach der erfolgten Verordnung zu Hause das Formular mit der Bitte um Genehmigung bzw. Kostenübernahme bei ihrer Krankenkasse einreichen und können „loslegen", sobald diese ihnen vorliegt.

Auf der Datenbank-Seite der AG Lungensport www.lungensport.org findet man die Adressen der regionalen Gruppen zur Weitergabe an den Patienten. Besteht in der Reha-Klinik die Möglichkeit für die Patienten in den vor Ort bestehenden Lungensportgruppen mal „reinzuschauen" oder sich mit den Teilnehmern auszutauschen, werden bestehende Vorbehalte oder Ängste bereits oft ausgeräumt.

Gestärkt durch die Erfahrungen und Schulungen in einer pneumologischen Rehabilitationsfachklinik und dem erlebten positiven Einfluss von körperlichem Training auf das Befinden und den Verlauf der Erkrankung, sollten Patienten zur *Stabilisierung* der erreichten Effekte unbedingt ein *ambulantes Training* (z.B. *Lungensport*) weiterführen. Dies ist ein wichtiger Bestandteil zum weiteren Krankheitsmanagement im Rahmen von Nachsorge und Nachhaltigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme. Was in der Rehabilitation begonnen wurde, soll nachhaltig fortgeführt werden- hier am Beispiel des Rehasports in Form von Lungensport:

- **Atmung**: Bewusstmachung und Wahrnehmung der Atmung, Schulung der Lippenbremse (wichtigste Selbsthilfetechnik), atemerleichtende Körperpositionen (richtiges Stützen!!), Ökonomisierung der Atemarbeit (Reduzierung des Atemhilfsmuskeleinsatzes und Vertiefung der Atmung), die verschiedenen Formen von Atmung, Thoraxmobilisation, Verbesserung der Atemmuskelkraft, Reduzierung der Atemnot unter Belastung (Belastungsdyspnoe) bzw. der Angst vor der Atemnot unter Belastung, Entspannungstechniken.

- **Alltag**: Vermeidung schädigender Atemformen bei Alltagsbelastungen und –situationen (z.B. Heben, Reden bzw. Streiten, Gehen oder Husten usw.), alltagsorientiertes Training z.B. in Form eines ADL (Activities of daily living)-Zirkels bei täglichen Verrichtungen wie z.B. Spülmaschine ausräumen, Wäsche aufhängen, Rollator-Parcour, usw., richtiges und damit effektives Treppensteigen, gemeinsames Erarbeiten eines umsetzbaren und alltagsorientierten Heimprogrammes, Unfall- und Sturzprophylaxe.

- **Schulung**: Sekretmobilisation, Hustentechniken und Hustendisziplin, Nasenhygiene, Notfallverhalten- auch vom Partner (aber auch: wie erkläre ich´s meinem Enkelkind), Wissensvermittlung und Hygieneschulung bei Sauerstofflangzeittherapie (LTOT), Vermittlung von Selbsthilfetechniken, Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen, Reduzierung der Exazerbationshäufigkeit, bzw. Vermeidung von Phasen der Verschlechterung des Zustandes, Stärkung des Immunsystems.

- **Training**: Erhalt / Training der Ausdauerleistung und allgemeine Kräftigung, Dehnung der Muskulatur, Vermeidung von Schonverhalten und Gelenkversteifungen, Koordinationstraining, Osteoporoseprophylaxe.

Wer sich mehr mit dem Thema Lungensport beschäftigen möchte, dem sei das Handbuch Lungensport ans Herz gelegt. Hier finden Ärzte und Therapeuten- auch aus Reha-Kliniken- sowie Übungsleiter oder interessierte Patienten alles Wichtige über die Krankheitsbilder, die Durchführung bzw. Organisation der Gruppen und die Möglichkeiten in der Praxis- auch im Bereich der Differenzierung bei den unterschiedlichen Krankheits-Schweregraden.

Die Kombination einer qualifizierten Rehabilitation und ihre konsequente Weiterführung im Rahmen der Rehabilitations-Nachsorge und des Rehasports verbessern die Lebensqualität und das Krankheitsmanagement jedes Betroffenen. So wird die Mobilität und Eigenaktivität – trotz Krankheit - erhalten und sogar verbessert.

Die Autorin:

Michaela Frisch
Therapiemanagement, Lungensport, Selbsthilfe, Sauerstofflangzeittherapie, Marketing
Klinik St. Blasien GmbH in St. Blasien, Schwarzwald
Zentrum für Pneumologie und Beatmungsmedizin

Handbuch Lungensport

Lungensport hat sich als überzeugende und *sehr wirkungsvolle nichtmedikamentöse Therapiemaßnahme* in den Behandlungskonzepten von Atemwegs- und Lungenkrankheiten etabliert. Inzwischen gibt es zahlreiche aktive Lungensportgruppen, Tendenz steigend! Seit mehr als 15 Jahren ist die AG (Arbeitsgemeinschaft) Lungensport in Deutschland e.V. in der Übungsleiterausbildung aktiv. Unter der Federführung von Dr. Oliver Göhl hat sie jetzt gemeinsam mit Michaela Frisch, Prof. Heinrich Worth und zahlreichen weiteren renommierten Autoren das „Handbuch Lungensport" herausgegeben (s. Abb. 1 „Handbuch Lungensport"). Das Buch bietet umfangreiche Handreichungen, Anleitungen und Informationen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Es zeichnet sich dadurch aus, dass von unterschiedlichen Vorkenntnissen der Übungsleiter ausgegangen wird. Der Fokus liegt aber auf der praktischen Durchführung und Gestaltung der Übungseinheiten. Das Manual ist damit eine wertvolle Hilfe für jede/n Übungsleiter, Physiotherapeuten, Sport- und Gymnastiklehrer oder Sporttherapeuten/-wissenschaftler.

Ausgewählte Inhalte des Handbuches Lungensport:

- Anatomie, Physiologie, Trainingslehre
- Krankheitsbilder: Asthma und COPD
- weitere Atemwegs- und Lungenerkrankungen: u.a. Interstitielle Lungenerkrankungen, Cystische Fibrose (Mukoviszidose), Lungenentzündung, Lungenkrebs
- Begleit- und Folgeerkrankungen: wie Herzerkrankungen, Lungenhochdruck, Arteriosklerose, Bluthochdruck, Metabolisches Syndrom, Osteoporose, psychische Erkrankungen
- Diagnostik: der Lungen- und Atemmuskelfunktion, Blutgasanalyse, Belastungsuntersuchungen, Erhebung der Lebensqualität, neuropsychologische Beurteilung
- Management: zur medikamentösen Therapie und ihrer richtigen Anwendung, von Elementen der Patientenschulung bis zur Schulung bei Sauerstofflangzeittherapie und zur Tabakentwöhnung
- Monitoring: z.B. der Atemnot, Atemfrequenz, Atemrhythmus, Sauerstoffsättigung, Peak-Flow-Messung
- Linderung der Atemnot durch z.B. Lippenbremse, atemerleichternde Körperpositionen, Dreh-/Dehnlagen, Entspannung, Training der Zwerchfellatmung
- Training von Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination in Theorie und Praxis

Hervorzuheben sind die verständlichen Beispiele zur Verordnung von ambulantem Lungensport, der Teilnahme an aktuellen Übungseinheiten sowie zum Training von Patienten mit Langzeitsauerstofftherapie (LTOT).

Zur Umsetzung der Trainingsinhalte bei unterschiedlich belastbaren Teilnehmern wird eine Differenzierung in „gut", „mittel" und „gering" belastbar vorgestellt. Diese wird mit der Organisation von Staffeln, Riegenbetrieben und Zirkeltraining sowie Aufstellungs- und Ordnungsformen verdeutlicht. Anschaulich sind die Ausführungen z.B. für Übungen mit und ohne Gerät, Geh- und Treppentraining, Spiel- und Übungsformen sowie Aktivitäten des täglichen Lebens.

Den Abschluss des Buches bilden Kapitel mit konkreten Vorschlägen zum Stundenaufbau jeweils angepasst an die spezifischen Bedürfnisse von Patienten mit Asthma, COPD und interstitiellen Lungenerkrankungen und eine evidenzbasierte Darstellung für den Trainingsaufbau bei Atemwegs- und Lungenerkrankungen sowie der Begleit- und Folgeerkrankungen.

Zu beziehen ist das Handbuch Lungensport über die Geschäftsstelle der AG Lungensport in Deutschland e.V.
Raiffeisenstraße 38, 33175 Bad Lippspringe
Mail: lungensport@atemwegsliga.de
Fax: 0 52 52 - 9 37 06 04

Preis: 65,00 Euro zzgl. 5,00 Euro Versandkosten (Mitglieder der AG Lungensport erhalten einen Rabatt von 10%). ISBN 978-3-00-059122-8

Arzneimittelallergie: Nicht so komplex, wie befürchtet!

Konkrete Hilfestellung bei der Aufklärung und Behandlung von Arzneimittelallergien bietet die Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI). Die Arbeitsgruppe „Arzneimittel-Allergie" unter der Leitung von Prof. Dr. Knut Brockow, München, zeigt Wege auf, wie Diagnostik und Therapie sinnvoll eingeteilt, standardisiert und dadurch vereinfacht und verbessert werden können.

Anders als bei anderen Allergien können viele Arzneimittelreaktionen nicht mit Standardhauttests oder im Routinelabor aufgeklärt werden. Die Testverfahren richten sich vielmehr nach der Klinik, d.h. dem individuellen Reaktionsmuster. Hinzu kommt, dass man bei vielen Arzneimitteln keine Sensibilisierung nachweisen kann, also kein positives Testergebnis erhält, wenn man an der Haut oder z.B. nur auf das spezifische „Immuneiweiß" (Immunglobulin, d.h. IgE) testet. Einige Arzneimittelallergien lassen sich erst nach Aufnahme über den Mund (oral) als Provokationstestung nachweisen.

Folglich ging man lange davon aus, dass die Symptome der Arzneimittelallergien sehr vielfältig seien und sich einer Klassifizierung entziehen. „Mehrere große Multicenterstudien haben jedoch mittlerweile gezeigt, dass auch bei Arzneimittelallergien typische Symptombilder vorkommen", erläutert Prof. Brockow.

Durch kritische Bewertung klinischer Muster ist es der DGAKI-Arbeitsgruppe „Arzneimittel-Allergie" gelungen, einen Überblick sowohl über die variablen Symptome als auch die Gemeinsamkeiten bei Arzneimittelreaktionen zu bekommen. Andererseits wurde deutlich, welche Symptome bei einer Unverträglichkeit von Arzneimitteln *eher nicht* auftreten.

Eine bereits publizierte wissenschaftliche Leitlinie erläutert die Grundprinzipien der Arzneimittelallergien und deren Testung. Klinisch und diagnostisch wegweisend sind offenbar die Unterschiede zwischen Sofort- und Spätreaktionen. „Besonders lernt man durch unsere Leitlinie, wie unerwünschte Arzneimittelwirkungen eingeteilt werden und welche Schritte notwendig sind, um die Diagnose zu bestätigen. Wichtig ist auch, die unterschiedlichen klinischen Reaktionsformen zu kennen. Zum Glück sind es deutlich weniger als bisher angenommen", erläutert Prof. Brockow.

Foto: AdobeStock / bodiaphoto

Die Leitlinie zeigt somit auf, wann es sich lohnt, eine Überempfindlichkeit gegen Arzneimittel allergologisch auszutesten und wann nicht. Diese Informationen sind nicht nur für Allergologen, sondern für alle Arztgruppen wichtig, denn die Allergiediagnostik hat zum Ziel, das erneute Auftreten allergischer Reaktionen gegenüber Medikamenten, die auch lebensbedrohlich sein können, zu verhindern. Anschließend wird vorgeschlagen, wie man testen sollte. Je nach Zeitspanne zwischen Medikamenteneinnahme und dem Auftreten der Symptome wird eine Allergiebereitschaft durch Haut-, Labor- und Provokationstestungen nachgewiesen. Auch zu der eindeutigen Dokumentation der Testbefunde im Allergiepass nimmt die Leitlinie Stellung.

Kontakt:

Prof. Dr. med. Knut Brockow, Leiter der Arbeitsgruppe „Arzneimittel-Allergie" der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI), knut.brockow@mri.tum.de

Prof. Dr. med. Kleine-Tebbe, Pressesprecher der DGAKI, kleine-tebbe@allergie-experten.de
DGAKI-Geschäftsstelle, info@dgaki.de

http://www.dgaki.de/wp-content/uploads/2010/05/061-021_AWMF_S2k_LL_Allergologische_Diagnostik_von_Ueberempfindlichkeitsreaktionen_auf_Arzneimittel_AJ_2015.pdf

DGP: Personalmangel lässt sich nicht durch Untergrenzen beheben. Pflegeberuf muss auch finanziell attraktiver werden

Eine angemessene Personalausstattung in der Pflege ist sowohl für die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung im Krankenhaus als auch für die Arbeitssituation der dort Beschäftigten unabdingbar. Aus diesem Grund hat das Bundesministerium für Gesundheit Ende August einen Referentenentwurf vorgelegt, der verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen für besonders pflegeintensive Klinikbereiche wie Intensivstationen vorsieht. In einer Stellungnahme begrüßt die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) prinzipiell die angestrebte Verbesserung der Personalsituation in der Pflege. Doch die eigentlichen Ursachen für die Pflegeengpässe, etwa der Mangel an Pflegekräften und die zu niedrige Bezahlung, würden mit der neuen Verordnung nicht beseitigt, kritisieren die Lungenfachärzte. Sinnvoller sei es, zunächst einen nationalen Aktionsplan zur Stärkung der Pflege umzusetzen.

Ab dem 1. Januar 2019 soll in den pflegesensitiven Klinikbereichen der Intensivmedizin, der Kardiologie, Unfallchirurgie und Geriatrie ein *verbindlicher Betreuungsschlüssel* gelten. *Tagsüber* muss etwa im Bereich der **Intensivpflege** *für je zwei Patienten eine Pflegekraft* im Dienst sein, während der *Nachtschicht* liegt der Schlüssel bei *drei zu eins*.

„Der Referentenentwurf geht davon aus, dass qualifizierte Pflegekräfte in ausreichendem Maße auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen", sagt Professor Dr. med. Klaus F. Rabe, Ärztlicher Direktor und Medizinischer Geschäftsführer der LungenClinic Grosshansdorf bei Lübeck und Präsident der DGP. „Dies ist jedoch nicht der Fall." Im Gegenteil herrsche ein ausgeprägter Mangel an examinierten Pflegekräften. Bereits jetzt müssen regelmäßig Betten auf Intensivstationen gesperrt werden. Es sei absehbar, dass die Einführung verbindlicher Personaluntergrenzen die Zahl der Bettensperrungen noch erhöhen werde.

Die kurzfristige Umsetzung der Richtlinie schon zum 1. Januar 2019 hieße somit nach Ansicht der DGP, den zweiten Schritt vor dem ersten zu tun. Um wieder ausreichend Nachwuchs für die Pflege zu gewinnen, müsse jedoch zunächst die Attraktivität des Berufs gesteigert werden. Hierzu gehöre neben verbesserten Arbeitsbedingungen auch eine bessere Bezahlung. In diesem Sinne begrüßt die DGP ausdrücklich die im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz beschlossene Bereitstellung zusätzlicher Mittel für den Pflegebereich und die im Krankenhausfinanzierungsgesetz festgelegte Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem Vergütungssystem.

Aus Sicht der DGP spricht noch ein weiterer Aspekt dafür, die in dem Entwurf genannten Untergrenzen für 2019 fallen zu lassen: Bereits für das Jahr 2020 wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ohnehin neue, differenziertere Pflegepersonaluntergrenzen ermitteln, die den tatsächlichen Pflegeaufwand der jeweiligen Erkrankung berücksichtigen. „Es erscheint daher unverständlich, mit hohem bürokratischem Aufwand zunächst undifferenzierte Untergrenzen einzuführen, die nur für das Jahr 2019 gelten", sagt der stellvertretende DGP-Präsident Professor Dr. med. Michael Pfeifer, Ärztlicher Direktor der Abteilung für Pneumologie der Klinik Donaustauf (Universität Regensburg). Sinnvoller sei es, auf die Umsetzung 2019 zu verzichten und die verbleibende Zeit bis zur Einführung der fallbezogenen InEK-Schlüssel für einen nationalen Aktionsplan zur Stärkung der Pflege zu nutzen.

Damit ergäbe sich auch ein Zeitpuffer für einige weitere Nachbesserungen, die die Experten der DGP für nötig halten: Klärungsbedarf bestehe beispielsweise in Bezug auf hochqualifizierte Berufsgruppen wie *Atemtherapeuten*, die in dem Entwurf nicht thematisiert werden. Auch das *Gehaltsungleichgewicht* zwischen den zunehmend benötigten Zeitarbeitskräften und dem wesentlich niedriger bezahlten, aber besonders wertvollen Stammpersonal sei noch nicht berücksichtigt. Praxisfremd sei darüber hinaus der sehr geringe Anteil von Pflegehilfskräften, den der Entwurf vorsieht. Zudem benachteilige er kleine Stationen über Gebühr. „In die anstehenden Verhandlungen sollten auch Vertreter von pflegerischen und ärztlichen Fachgesellschaften sowie Patientenbeauftragte einbezogen werden", fordert DGP-Präsident Rabe. Nur dann könne die Pflegerealität angemessen berücksichtigt werden.

Quelle:
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP)
Pressestelle

Mangelndes Know-how und Finanzierungslücken bremsen Digitalisierung in deutschen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aus

Die Mehrheit der Führungskräfte in deutschen Krankenhäusern sieht bedeutende Verbesserungsmöglichkeiten durch die Digitalisierung im Gesundheitssektor, vor allem in Sicht auf

- *höhere Qualität bei der Patientenversorgung* (71 Prozent der Befragten),
- effizientere Operationen und Behandlungen (67 Prozent) und
- Kosteneinsparungen (64 Prozent).

Doch die Umsetzung von Digitalprojekten erfolgt nach wie vor nur punktuell. Die *größten* Stolpersteine sind:

- Zu geringe finanzielle Mittel (72 Prozent),
- fehlende Unterstützung durch Kostenträger und Politik (64 Prozent) und
- zu wenig Wissen bei den Führungskräften (51 Prozent).

Das sind die zentralen Ergebnisse der diesjährigen Rochus-Mummert-Studie zur Digitalisierung in der Gesundheitswirtschaft, für die rund 360 Führungskräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen befragt wurden.

„Wir registrieren einige Fortschritte bei der Digitalisierung in deutschen Krankenhäusern, aber im internationalen Vergleich hinkt die Gesundheitsbranche immer noch deutlich hinterher", sagt Oliver Heitz, Leiter der Studie. „Eine unternehmensübergreifende Digitalstrategie haben nur knapp 40 Prozent der befragten Einrichtungen."

Die noch immer nicht flächendeckend vorhandene elektronische Patientenakte wird als wichtigstes Digitalisierungsinstrument gesehen.

Dabei sind die Einsatzbereiche für technische Neuerungen gerade im Gesundheitssektor vielfältig. Besonders sinnvoll finden die Studienteilnehmer

- die oft noch ungenügende *Digitalisierung bei der Speicherung von Patientendaten* (97 Prozent),
- bei der medizinischen Diagnostik (86 Prozent) und
- bei der Steuerung des stationären Behandlungsprozesses.

Als mit Abstand **wichtigstes Digitalisierungsthema** gilt die **Elektronische Patientenakte**, das sagen 62

Foto: Stockfotos-MG / AdobeStock

Prozent der Befragten. Im Vergleich dazu spielen andere Themen wie

- Vernetzung mit Dritten,
- Nutzung mobiler Geräte oder
- telemedizinische Lösungen

nur eine untergeordnete Rolle.

Was bedeutet die Digitalisierung für die Positionierung der Krankenhäuser Sie bringt viele Vorteile, meinen die meisten Studienteilnehmer. So sagen 71 Prozent, kleine Krankenhäuser könnten ihr Angebot dank Telemedizin erweitern. Fast ebenso viele Teilnehmer glauben, dass digitale Angebote helfen, *Patienten – im Wettbewerb - zu binden* und *einrichtungsübergreifende Prozesse* zu optimieren. Eine Mehrheit aller Befragten sieht außerdem die „*personalisierte Medizin*" auf dem Vormarsch: Sie wird zunehmend zum Qualitätskriterium und von Patienten und einweisenden Ärzten künftig stärker bei der Wahl des Krankenhauses beachtet.

Noch immer gilt: Digitalisierungswissen ist selten ein Einstellungskriterium

„Die Entscheidungsträger in deutschen Krankenhäusern haben vor allem *eine* Erwartung an den Einsatz neuer digitaler Techniken: Effizienzsteigerungen", sagt Sukumar Munshi, der als externer Healthcare-IT-Experte die Studie mitbetreut hat. „Ein Beispiel für den medizinischen Bereich: Mehr als 80 Prozent der Teilnehmer sind überzeugt, dass *doppelte oder unnötige Untersuchungen und Behandlungen künftig besser vermieden werden können.*"

Auch im *kaufmännischen Bereich* wird viel Potenzial gesehen: Dank Digitalisierung werden interne Prozesse und Kostenpositionen verstärkt auf den Prüfstand gestellt, sagen ebenfalls mehr als 80 Prozent.

Dennoch gilt *Digitalisierungswissen* derzeit überwiegend noch nicht als *Einstellungskriterium* für das Leitungspersonal, wie die Studie ergeben hat: Dies ist es nur bei 29 Prozent der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen für *kaufmännische Führungskräfte*, für *medizinische Führungskräfte* sogar nur bei 20 Prozent der Einrichtungen. Selbst Weiterbildungen zum Thema sind bei den meisten Arbeitgebern noch keine Pflicht.

Digitalisierung eine Frage von Change- (hier ist Verbesserungsmanagement gemeint) und Projektmanagement

„Change- und Projektmanagement wird weiterhin als relevante Kompetenz der kaufmännischen Führungskräfte erwartet." Rund 90 Prozent der Befragten halten die Digitalisierung vor allem für eine bedeutsame Herausforderung mit einem kulturellen Projektcharakter. Anwendungsbezogene IT-Expertise wird künftig immer mehr Einfluss auf die Prozessoptimierung nehmen", so die Erwartung.

Bei der Vermittlung von notwendigem Wissen wird generell viel *Nachholbedarf* gesehen. Die Mehrheit der Studienteilnehmer plädiert dafür, Digital-Kenntnisse besser in die Ausbildung zu integrieren. 46 Prozent der Befragten vergeben hierfür derzeit die Schulnoten „mangelhaft" oder sogar „ungenügend". Nur knapp 9 Prozent schätzen das aktuelle Digitalisierungswissen als „gut" oder „sehr gut" in der medizinischen Ausbildung berücksichtigt. „Die digitale Transformation ist nur mit qualifizierten und motivierten Mitarbeitern erfolgreich zu meistern. Dafür müssen wir dringend die richtigen Weichen in der Aus-und Weiterbildung stellen", sagt Studienleiter Heitz. Gewünscht wird daher eine stärkere Unterstützung durch die Kostenträger (Krankenkassen) und die Politik.

Zur Studie

Für die Studie „Digitalisierung in der Gesundheitswirtschaft" wurden zwischen Januar und März 2018 insgesamt 362 Führungskräfte in deutschen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen befragt. Rund 50 Prozent der Studienteilnehmer arbeiten in öffentlich- rechtlichen Krankenhäusern, knapp 20 Prozent jeweils in privatwirtschaftlichen und konfessionellen Krankenhäusern, rund 10 Prozent in freigemeinnützigen oder sonstigen Einrichtungen. Je rund ein Drittel davon arbeiteten in Krankenhäusern mit unter 500 Betten, zwischen 500 und 1000 und mit über 1000 Betten.

Studie der Personalberatung Rochus Mummert, Hannover

ANZEIGE

GTI medicare
Oxygen Technology

HOMECARE

„Tagtäglich, ein verlässlicher Partner, ich sorge dafür."

Juan Gutierrez,
Servicemitarbeiter bei GTI medicare

JETZT AUCH URLAUBS-VERSORGUNG IN ITALIEN!

Wenn Sie uns brauchen, sind wir da!

Kompetent und zuverlässig – wir versorgen Sie an 365 Tagen bundesweit mit med. Sauerstoff.

GTI medicare GmbH • info@gti-medicare.de • www.gti-medicare.de
Hattingen • Hamburg • Bielefeld • Dessau • Römhild • Idstein
Karlsruhe • Neunkirchen • Ulm • Nürnberg • München

Servicetelefon Hattingen 0 23 24 – 91 99-0
Servicetelefon Hamburg 0 40 – 61 13 69-0

Kreiskliniken Reutlingen / Ermstalklinik, Medizinische Klinik III (Innere Medizin & Pneumologie)

Abb. 1: Kreiskliniken Reutlingen / Ermstalklinik, Bad Urach

Die Ermstalklinik ist ein Akutkrankenhaus und Teil der Kreiskliniken Reutlingen (Abb. 1). Sie liegt ca. 45 km südöstlich von Stuttgart und ca. 30 km östlich von Tübingen in der Stadt Bad Urach am Steilabfall der Schwäbischen Alb. An diesem Standort befinden sich u.a. das Zentrum für Altersmedizin, die Station für Neurologische Frührehabilitation und unsere Medizinische Klinik III. Diese sichert am Standort Bad Urach a) die internistische Grundversorgung der Bevölkerung und hat sich b) darüber hinaus auf die Pneumologie spezialisiert. Pneumologen der Medizinischen Klinik III versorgen nicht nur lungenkranke Patienten am Standort in Bad Urach, sondern auch konsiliarisch die pneumologischen Patienten am Hauptstandort der Kreiskliniken Am Steinenberg in Reutlingen. Dort befinden sich auch die weiteren internistischen Fachbereiche:

- die Medizinische Klinik I (u.a. Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen) und
- die Medizinische Klinik II (Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin)
- die Medizinische Klinik III ist im Verbund der Kreiskliniken Reutlingen das pneumologische Zentrum, in dem alle Patienten mit Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Rippenfells (Pleura), einschließlich maligner Erkrankungen (Lungenkrebs, Pleuramesotheliom) und solchen aus dem infektiologischen, schlafmedizinischen, vaskulären (pulmonale Hypertonie und pulmonal-arterielle Hypertonie) und allergologischen Formenkreis sowie extrapulmonale Krankheiten, die sich auf die Lunge auswirken, diagnostiziert und leitliniengerecht therapiert werden können.

Die Klinik in Zahlen

Die Medizinische Klinik III in der Ermstalklinik am Standort Bad Urach hat:

- 61 stationären Planbetten, in 3 Stationen und zusätzlich
- 6 Intensivbetten (inkl. 2 Isolationszimmer plus ein Notfallbett) in Kooperation mit der Klinik für Anästhesiologie

In der Medizinischen Klinik III betreuen und versorgen wir pro Jahr:

- Ca. 2 500 stationäre Patienten in der Klinik und
- Ca. 2 600 ambulante Patienten in unserer 24 Stunden an 7 Tagen geöffneten internistischen Notfallambulanz und zusätzlich in einer pneumologischen Ambulanz mit Kassenzulassung
- Ca. 2 000 endoskopische Untersuchungen und Eingriffe (s.u.) sowie
- Ca. 4 200 Ultraschalluntersuchungen des Bauches,

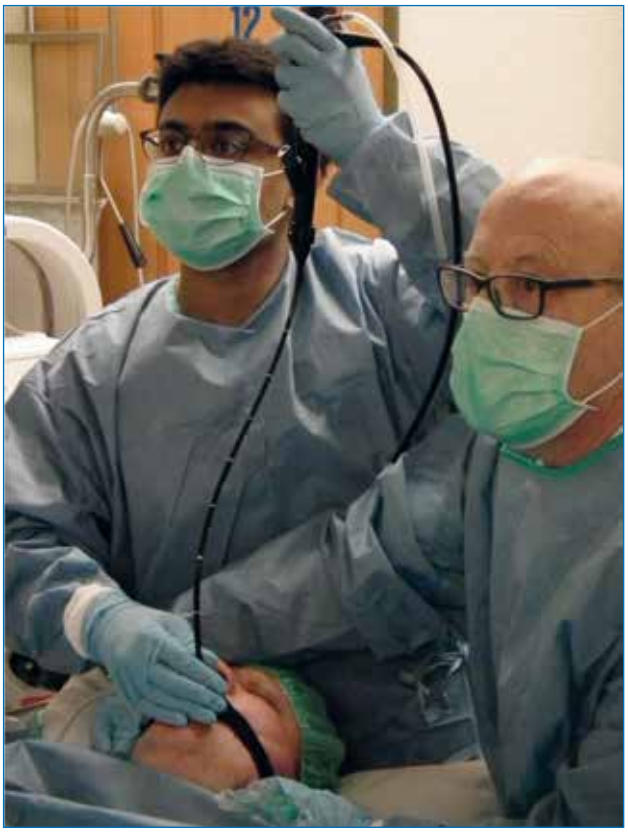


Abb. 2: Flexible Bronchoskopie

des Herzens, der Gefäße und des Brustkorbes (s.u.) einschließlich der dabei möglichen diagnostischen und therapeutischen Punktionen führen wir pro Jahr ebenfalls durch.

Erkrankungen der Atemwege, der Lunge und des Rippenfells

Erkrankungen der Lunge werden immer häufiger erkannt und müssen auch behandelt werden. Dies hat viele Ursachen. Eine davon ist die gestiegene Lebenserwartung, die inhalative Belastung durch Emissionen, weitverbreitete ungesunde Lebensweisen (z.B. Zigarettenrauchen), inklusive der „Sünden" der Vergangenheit, die Zunahme von Allergien und zunehmend eingeschleppte Infektionserkrankungen. Damit ist die Pneumologie heute so wichtig wie z.B. andere große internistische Teilgebiete, wie die Kardiologie und die Gastroenterologie. Unsere Medizinische Klinik III bietet von der internistischen Grundversorgung - mit dem Anspruch einer hoch qualifizierten und technisch auf dem neuesten Stand befindlichen Krankenversorgung - im Verbund der Kreiskliniken Reutlingen – auch das gesamte Spektrum der umfassenden pneumologischen und bronchologischen Versorgung an.

Patienten, z.B. mit einer COPD, einer schweren Lungenentzündung (Pneumonie), einer interstitiellen Lungenerkrankung (d.h. dem Bindegewebe der Lunge), oder einer durch Herzschwäche verursachten Atemstörung oder einem Schlafapnoesyndrom werden auf unserer Intensivstation nicht-invasiv (NIV) oder invasiv beatmet. Hinzu kommen in der Klinik in Bad Urach - stationär oder ambulant - Patienten mit einem Asthma bronchiale, einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), mit oder ohne Lungenemphysem, einer Bronchitis, mit schweren Infektionserkrankungen (z.B. Tuberkulose) und Lungenentzündungen, Flüssigkeitsansammlungen im Rippenfell (Pleuraerguss, Pleuraempyem), Lungenfibrosen (Vernarbung der Lunge), Berufserkrankungen (z.B. Asbestose, chemisch-toxischen-irritativen Atemwegserkrankungen), angeborenem Alpha-1-Antitrypsin-Mangel und Erkrankungen der Lungengefäße, d.h. insbesondere Erkrankungen, die zu einem Hochdruck in den Lungengefäßen führen. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Diagnostik und Therapie von Lungenkrebserkrankungen. Da die Ermstalklinik regional auch einen Grundversorgungsauftrag erfüllt, werden darüber alle Patienten mit internistischen Erkrankungen betreut, wobei aber diejenigen, die einer erweiterten Abklärung und Therapie bedürfen in den darauf spezialisierten Abteilungen und Kliniken am Hauptstandort Reutlingen versorgt werden.

Im Rahmen unserer komplexen Versorgungsaufgaben und der pneumologischen Spezialisierung stehen in unserem Haus weiterhin eine Fülle von pneumologischen Spezialuntersuchungs- und Therapieoptionen zur Verfügung.

Funktionsdiagnostik

Wir sind umfassend für die Versorgung von Patienten mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen ausgerichtet und bieten darüber hinaus die Möglichkeit Patienten mit Erkrankungen des Herzens, des Magen-Darm-Traktes, des Stoffwechsels- und mit infektiologischen Erkrankungen zu versorgen. Die Notfallambulanz ist ganztägig rund um die Uhr besetzt und eine unfallchirurgische Praxis versorgt zusätzlich entsprechende Patienten. Diagnostisch stehen dabei zur Verfügung:

Lungenfunktionsdiagnostik, sportmedizinische und Ultraschalluntersuchungen

Dies umfasst: Die gesamte Lungenfunktionsdiagnostik mit Messung, der Lungenvolumina (Abb. 3), der Atemmuskelstärke usw., sportmedizinische Untersuchungen mittels Spiroergometrie (Fahr-

Abb. 3: Lungenfunktionsprüfung (Bodyplethysmographie)

Abb. 4: Spiroergometrie

radergometer, Abb. 4), Allergiediagnostik sowie umfangreiche Ultraschalluntersuchungs-möglichkeiten mit oder ohne Verwendung eines Kontrastmittels, wie z.B. des Bauches, der Gefäße (Duplexsonographie), des Herzens (transthorakale und transoesophageale Echokardiographie), der Schilddrüse, der Lungen (Thoraxsonographie), einschließlich möglicher Punktionen (Pleuraerguss/ Aszites) zur Gewebegewinnung (Biopsien) z.B. bei Krebsverdacht oder zur zielgerichteten Anlage von (auch getunnelten) Drainagen (z.B. bei einem Pleuraerguss).

Bronchoskopie, Gastroskopie, Coloskopie

Die Bronchoskopie (Spiegelung der Atemwege) ermöglicht die diagnostische Absaugung von Bronchialschleim, Gewebeprobeentnahmen in den Atemwegen und der Lunge, bei Bedarf auch unter radiologischer Kontrolle, das Setzen von Stents (kleinen Röhrchen), wenn ein Tumor z.B. in die Atemwege eingebrochen ist, die Stillung von Blutungen mittels Laser/Argonbeamer oder Ballonsonden. Kältesonden (Kryobiopsien) sowie die ultraschallgestützte Bronchoskopie (EBUS = Endobronchialer Ultraschall). In Ergänzung zur flexiblen Bronchoskopie wird die Spiegelung der Atemwege mit dem starren Instrument unter Vollnarkose in unserem Operationssaal durchgeführt. Damit sind alle invasiven pneumologischen Untersuchungen und Eingriffe in unserer Klinik möglich. In unserer Klinik (Abb. 2) führen wir dem Grundversorgungsauftrag entsprechend auch Magen- (Gastroskopie) und Dickdarmspiegelungen (Coloskopie) durch.

Rechtsherzkatheter

Erkrankungen des rechten Herzens und der Lungenarterien (Pulmonalarterien) werden mittels Echokardiographie oder mit einem Rechtsherzkatheter untersucht. So bestimmen wir leitliniengerecht, ob ein pulmonaler oder pulmonal-arterieller Hochdruck vorliegt und können so entscheiden, mit welchem Medikament hier bevorzugt behandelt wird.

Schlaf- und Beatmungsmedizin

Ein Schlaflabor ist am Standort nicht vorhanden, jedoch werden regelhaft Polygraphien („kleine" Schlaflaboruntersuchungen) durchgeführt. Die Einstellung und Kontrolle sämtlicher Beatmungsformen (invasiv, nicht-invasiv) sowie der Heimbeatmung erfolgen in unserer Intensivstation. Messungen der nächtlichen Sauerstoffsättigung (SaO2) und des Kohlendioxids im Blut (Kapnographie) erfolgen regelmäßig. Schwerstkranke Patienten werden in der angeschlossenen Intensivstation versorgt.

Röntgenverfahren

Die Ermstaklinik besitzt eine moderne Radiologieabteilung, mit einem im Vorjahr erneureten Computertomographie (CT) -Gerät. Damit ist es möglich, neben modernster Bildgebung der Lunge auch zielgerichtet Lungen- (Tumor-) Biopsien durchzuführen oder Thoraxdrainagen zu platzieren.

Atmungstherapie und Schulungen

Unsere Atmungstherapeuten führen gemeinsam mit unseren Krankengymnastinnen auch Atemschulungen am Krankenbett durch. Dabei legen wir bei Asthma- und COPD-Patienten großen Wert auf patientenverständliche Schulungen zur richtigen Anwendung der verordneten Inhalationsgeräte (Devices). Auch die selbstständige Anwendung von Abhusttechniken wird geübt und auf die erforderliche Mobilisierung konsequent schon am Aufnah-

metag geachtet. Wir schulen zur korrekten Anwendung der Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT) und zur nicht-invasiven Beatmung (NIV) ausführlich.

Die Ermstalklinik im Verbund der Kreiskliniken Reutlingen

Die Kreiskliniken Reutlingen und die Ermstalklinik verstehen sich als Klinikverbund an zwei Standorten (Reutlingen und Bad Urach). Hinzu kommt noch die Albklinik in Münsingen. Die kollegiale fachliche Zusammenarbeit ist eng und interdisziplinär:

- Alle Patienten, die an einem Krebs der Lunge (Lungenkarzinom) oder des Rippenfells (Pleuramesotheliom) leiden, werden auf unserem jeden Montag stattfindenden interdisziplinären Tumorboard vorgestellt. Hierzu nehmen auch regelmäßig Ärzte der Universitätsklinik Tübingen teil. In diesem Team werden die konkreten weitere diagnostischen Schritte und die jeweils bestmögliche Behandlung festgelegt.
- Die Radiologie der Ermstalklinik ist Teil des Institutes für Radiologie der Kreiskliniken Reutlingen, die am Hauptstandort weitere diagnostische Möglichkeiten, wie z.B. ein MRT (Magnetresonanztomographie) – für hochspezifische Untersuchungen vorhält.
- Wenn Patienten an der Lunge operiert werden müssen (z.B. Lungentumorresektionen, Biopsieentnahmen am Rippenfell [Pleurabiopsien], Ausräumung von Eiter [Empyem], chirurgische Versorgung von Lungenblutungen), werden die notwendigen Eingriffe (Thorakotomie, videoassistierte Thorakotomie) am Hauptstandort in Reutlingen in unserer Klinik für Allgemein- Viszeral- und Thoraxchirurgie durchgeführt.
- Kritisch kranke Patienten können entweder an unserem Standort in der eigenen, Intensivstation (6 Betten) oder in der Intensivstation der Kreiskliniken Reutlingen Am Steinenberg mit insgesamt 20 Beatmungsplätzen versorgt werden. Damit stehen alle gängigen intensivmedizinischen Verfahren, wie Beatmungsverfahren, extrakorporale Membranoxygenation, Dialyse u.a.m. zur Verfügun. Somit erfüllen wir auch die G-BA (gemeinsamer Bundesausschuss) –Kriterien (von 04/2018) zur umfassenden Notfallversorgung der höchsten Stufe 3.

Wichtiges zum Schluss

Weitere diagnostische und therapeutische Verfahren, die nicht an unseren Standorten angeboten werden, erfolgen in externer Kooperation, z.B. werden Positronen-Emissionstomographien (PET-CT) und die Bestrahlung von Lungentumoren und ihren Metastasen vorzugsweise in der Universitätsklinik Tübingen durchgeführt.

Die Medizinische Klinik III bemüht sich stets um einen engen Kontakt mit den zuweisenden und kooperierenden Ärzten der umliegenden Kliniken und Arztpraxen. Zu den täglichen Arbeitszeiten ist jederzeit eine telefonische Rücksprache (bei medizinischen Fragen am besten über das Chefarztsekretariat) und eine ambulante oder stationäre Patientenanmeldung möglich. Die 24 Stunden an 7 Tagen geöffnete Notfallambulanz sichert die internistische und fachpneumologische Notfallversorgung unserer Region ab.

Die Ärzte der Medizinischen Klinik III beteiligen sich auch an der Ausbildung von Studenten der Medizin und Schwesternschülerinnen am Standort Reutlingen und der Weiterbildung von Assistenzärzten der Inneren Medizin, Pneumologie und in Kooperation auch der Geriatrie. Auch damit wird eine gleichbleibend hochwertige Patientenversorgung gewährleistet.

Die Ärzte der Medizinischen Klinik III publizieren regelmäßig in medizinischen Fachzeitschriften, halten Vorträge auf regionalen und überregionalen Ärztefortbildungsveranstaltungen, Kongressen und arbeiten in vielen wissenschaftlichen Gremien und an der Erstellung von Leitlinien aktiv mit. Viele sind Mitglieder in medizinischen Fachgesellschaften.

Der Autor:

Prof. Dr. med. Adrian Gillissen
Direktor
Medizinische Klinik III
Klinikum am Steinenberg /
Ermstalklinik

Wir stellen uns vor: Das Aktionsbündnis Patientensicherheit

– Anliegen, Inhalte, Beteiligte, Vorgehen –

von Dr. I. Köster-Steinebach

Im Jahr 2000 veröffentlichte das amerikanische *Institute of Medicine* ein bahnbrechendes Werk mit dem Titel *„To err is human"* („Irren ist menschlich"). Dort wurde das Schweigen darüber gebrochen, dass Fehler im Rahmen medizinischer Behandlungen vorkommen und zwar nicht nur als verschwindend geringe Einzelfälle, sondern aufgrund struktureller Gegebenheiten. Wie viele Fehler passieren und wie viele davon wiederum tatsächlich zu Schädigungen von Patientinnen und Patienten führen, ist seitdem heiß umstritten. So geht die OECD (The Organisation for Economic Co-operation and Development) davon aus, dass *15 % der Krankenhausausgaben in die Behandlung von Folgen mangelnder Patientensicherheit* fließen. Ausgesprochen zurückhaltende Schätzungen gehen für Deutschland von 1-2 Millionen (!) unerwünschten Ereignissen pro Jahr alleine in Krankenhäusern aus, davon seien 400.000 bis 800.000 vermeidbar. Das Potential für Verbesserungen im Gesundheitswesen, die gleichermaßen im Interesse der Patienten wie der Wirtschaftlichkeit liegen, ist folglich groß. Bleibt die Frage, was zu tun ist, um sie auch tatsächlich zu erreichen.

Bei dem Anliegen, die Patientensicherheit zu verbessern, sind zwei grundlegende Herangehensweisen möglich: Die eine ist die *Qualitätssicherung*, so wie sie nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) insbesondere durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgegeben wird. Dabei geht es darum, durch Datenerhebungen diejenigen *Leistungserbringer*, also vor allem die *Krankenhäuser* und *Ärzte*, zu identifizieren, bei denen die Behandlungen deutlich von unterdurchschnittlicher Qualität und damit verbesserungswürdig sind. Hier setzen die verschiedenen Maßnahmen an, um konkrete Leistungen zu verbessern, beginnend mit einem kollegialen Feedback (z.B. Qualitätszirkel) bis hin zu Abschlägen in der Vergütung. Letzte Konsequenz auf diesem Weg wäre das „Verbot", bestimmte Leistungen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung, der G-KV, weiter zu erbringen, d.h. zu bezahlen. Auf Englisch bezeichnet man diese Herangehensweise plastisch als *„bad apple picking"*, also das „Herauspicken" der „faulen Äpfel" um so den Durchschnitt zu verbessern.

Die zweite, mögliche Vorgehensweise besteht darin, die Personen oder auch Vertreter von Institutionen zusammen zu bringen, die positive Veränderungen wollen. Diese erarbeiten gemeinsam Vorschläge, was und vom wem was konkret besser gemacht werden kann, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Hierzu sollen auch *Leuchtturmprojekte* oder die sogenannten *„best practice"*-Modelle. Ausgangspunkt ist die Überzeugung, dass die allermeisten Ärzte und Krankenhäuser (Leistungserbringer) interessiert sind, ihre Patienten bestmöglich zu versorgen und Schaden von ihnen abzuwenden. Diese sollen daher mit praxisrelevanten Tipps und Maßnahmen unterstützt werden, um immer besser zu werden. So wird letztlich das Niveau der bereits guten, an der Lebensqualität und optimaler medizinischer Patientenversorgung ausgerichteten Einrichtungen angehoben. Das hat dann natürlich auch auf den Durchschnitt der Versorgung Auswirkungen. Ob nun eine verpflichtende Qualitätssicherung oder freiwillige Initiativen einen größeren Effekt auf die tagtägliche Patientensicherheit haben, ist offen: In jedem Fall sind beide Ansätze einander ergänzend und haben damit gleichermaßen eine Berechtigung.

Der zweite Ansatz, ist die freiwillige, gemeinsame Anstrengung zur Verbesserung der Patientensicherheit, dies ist die Überzeugung und Intention hinter der Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) e.V. im Jahr 2005. Mittlerweile haben sich hier rund 700 Mitglieder unter dem gemeinsamen Ziel zusammengefunden, Empfehlungen, die von der Praxis für die Praxis gestaltet sind zu erarbeiten und damit Ansätze zur Erhöhung der Patientensicherheit zu schaffen und zu verbreiten. Das APS vereint dabei unterschiedliche Perspektiven wie die von Krankenkassen, Leistungserbringern (wie medizinischen Berufen und Krankenhäusern) und ihren Organisationen

(z.B. Ärzte- und Apothekerkammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Berufs- und Krankenhausverbänden), Bundesländern, Industrieunternehmen, wissenschaftlichen Vereinigungen und Fachgesellschaften und nicht zuletzt auch Patientenorganisationen. Etwa ein Drittel aller Mitglieder sind Einzelpersonen – neben den institutionellen Mitgliedern.

Die Arbeitsgruppen sind das Herzstück des APS. Aktuell gibt es *acht laufende Arbeits- und Expertengruppen*. Die Themen reichen von „Dauerbrennern" mit immer neuen Themen rund um die *Arzneimitteltherapiesicherheit* und *sichere Medizinprodukte* über Arbeitsgruppen mit definiertem Auftrag z.B. zu *Fehlermeldesystemen* im ambulanten Bereich oder *außerklinischer Intensivversorgung* bis hin zu Arbeitsgruppen, in denen die Grundlagen für die Identifikation von *sicherheitsrelevanten Fragestellungen für Patienten gelegt werden, wie in der Expertengruppe* zur *Fallanalyse*. Gerade wurde zur Mitarbeit in zwei neuen Arbeitsgruppen (AG) aufgerufen, eine zur besseren Diagnostik und Behandlung von *Sepsis* (Blutvergiftung) und eine rund um die *Verordnung von Psychopharmaka* mit potentiell freiheitsentziehender Wirkung in der Pflege. In den Arbeitsgruppen können übrigens jeder mitmachen – unabhängig von einer persönlichen Mitgliedschaft im APS. Mitstreiter mit Erfahrungen als Patienten und der Patientenperspektive sind besonders willkommen.

Was ist das Ziel der Arbeitsgruppen? In aller Regel erhalten die AGs ganz konkrete Aufgaben. Ziel ist die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen rund um die Verbesserung der Patientensicherheit durch die Leistungserbringer im Gesundheitswesen oder auch Patienteninformationen. Aktuell wird besonders häufig die neue Patienteninformation

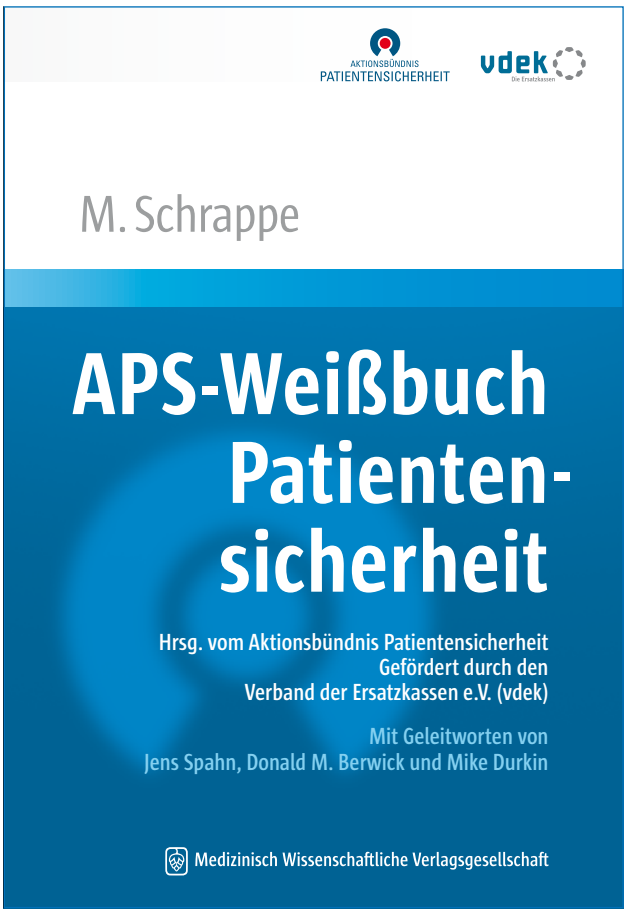
- „Checkliste für die Nutzung von Gesundheits-Apps"

nachgefragt.

„Dauerbrenner" sind die Broschüren

- „Sicher im Krankenhaus",
- „Sicher in der Arztpraxis" und
- „Reden ist der beste Weg", eine Anleitung zur Kommunikation nach einem vermutlich unerwünschten Ereignis oder gar Behandlungsfehler.

Das sind nur Beispiele für die bereits vorliegenden Ratgeber. Weitere Patienteninformationen werden folgen. Darüber hinaus sind alle Mitglieder aufgerufen, Vorschläge für zukünftige Arbeitsgruppen bzw.



Aufträge an bestehende Arbeitsgruppen zu formulieren, idealerweise auch gleich mit einer Vorstellung, welches „Produkt" am Ende stehen soll: eine versorgungspolitische Stellungnahme, eine Fachempfehlung und/oder eine Patienteninformation.

Die besten Informationen und Anregungen bleiben aber wirkungslos, wenn sie ihre Adressaten nicht erreichen. Um das zu gewährleisten, geht das APS verschiedene Wege: An die interessierte Fachöffentlichkeit richtet sich die *alljährliche Jahrestagung* zu einem aktuellen Thema der Patientensicherheit im Mai eines jeden Jahres. 2018 lautete das Thema „Digitalisierung und Patientensicherheit". Entsprechend wurden auf der letzten Jahrestagung verschiedenste Fragestellungen diskutiert, von Projekten, die zeigen, wie mit Hilfe digitaler Lösungen die Patientensicherheit massiv verbessert werden kann, bis hin zu einer Podiumsdiskussion, die möglichen Chancen auch die Risiken gegenüberstellt. Diese zeigen sich nicht nur in den Herausforderungen des Datenschutzes, sondern auch in einer *ungebremsten* und *qualitativ heterogenen Marktdynamik* etwa bei den *„Gesundheits-Apps"*. Ob ein seriöser Anbieter mit guten medizinischen Kenntnissen und Verantwortungsbewusstsein hinter einem digitalen Angebot

steht, ist in den App-Stores nämlich leider schwer oder gar nicht erkennbar.

Anlässlich der Jahrestagung verleiht das APS auch alljährlich den Deutschen Preis für Patientensicherheit als zusätzliche Motivation für all jene Menschen im Gesundheitswesen, die sich aktiv um eine sichere Versorgung bemühen. Im letzten Jahr war die *Deutsche Atemwegsliga* unter den Preisträgern. Sie hat für alle Inhalativa und für ihre Anwendung gut verständliche und werbefreie Anleitungen im Internet bereitgestellt. Dort können sich die Patienten über die richtige Anwendung des ihnen verordneten Inhalativums (z.B. Dosier-Aerosol) informieren, um so Unterdosierungen oder Fehlanwendungen zu vermeiden.

Gerade mit den Patienteninformationen möchte das APS natürlich möglichst viele Patientinnen und Patienten erreichen. Hierzu hat das APS, zusammen mit seinen Schwesterorganisationen, der österreichischen Plattform für Patientensicherheit und der Schweizer Stiftung Patientensicherheit, den Internationalen Tag der Patientensicherheit (ITPS) ins Leben gerufen. Das APS motiviert rund um diesen Tag, alljährlich am 17. September, seine Mitglieder und andere interessierte Organisationen und Unternehmen in Deutschland, Aktionen und Veranstaltungen rund um das jeweilige Jahresthema auszurichten. Diese Aktivitäten, z.B. Tag der offenen Tür in Krankenhäusern oder besondere Beratungsangebote in Apotheken, richten sich gezielt an die Patientinnen und Patienten. Hier werden dann auch kostenlose Informationsbroschüren z.B. in den Apotheken verteilt.

Dieses Jahr fand der ITPS zum vierten Mal statt und es beteiligten sich etwa 800 Apotheken. Sie verteilten ca. 84.000 Flyer. Das APS arbeitet daran, dass diese Zahl Jahr für Jahr zunimmt. Besonders erfreulich war in diesem Jahr, dass auch andere Organisationen zunehmend den Tag nutzen, um unabhängig vom APS z.B. eigene Projekte zur Verbesserung der Patientensicherheit zu starten oder dazu zu informieren.

Und schließlich engagiert sich das APS auch zunehmend in der gesundheitspolitischen Debatte mit dem Ziel, die „Patientensicherheit" als ein zentrales Anliegen aller Maßnahmen zu etablieren. Eine Forderung, die in diesem Zusammenhang erhoben wird, ist die Etablierung eines Beauftragten für Patientensicherheit in den Leitungsebenen aller Organisationen der Gesundheitsversorgung. Dies unterstützt auch das kürzlich erschienene APS-Weißbuch „Patientensicherheit".

„Patientensicherheit" ist aus Sicht aller Patienten ein Kernziel im Gesundheitswesen, dabei gilt es:

1. eine Behandlungsqualität zu erreichen, bei der z.B. „Unerwünschte Ereignisse" wie z.B. Nebenwirkungen oder Behandlungsfehler möglichst selten sind, Sicherheitsverhalten gefördert wird und Risiken beherrscht werden,
2. Sicherheit als erstrebenswertes Ziel zu erkennen und realistische Optionen zur Verbesserung umzusetzen
3. Innovationskompetenzen zur Realisierung von bestmöglicher Sicherheit zu nutzen.

In diesem Sinne ist und bleibt viel zu tun. Das APS und seine Mitglieder, Freunde und Förderer haben sich auf diesen Weg gemacht.

Die Autorin:

Dr. Ilona Köster-Steinebach,
Geschäftsführerin im APS

1 Im Folgenden wird aus Gründen der Lesbarkeit darauf verzichtet, immer sowohl die weibliche als auch die männliche Form zu nennen. Hiermit ist keine Wertung verbunden.
2 Vgl. https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf, S. 5
3 Vgl. APS-Weißbuch Patientensicherheit (Mathias Schrappe, 2018), https://www.aps-ev.de/aps-weissbuch/ (kostenloser Download), S. 331.
4 Alle frei verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/patienteninformation/

Patientensicherheit:
Neuer Ratgeber hilft Patienten, Fehler anzusprechen

Foto: AdobeStock / Minerva Studio

Krisenkommunikation kann man lernen, auch als Patient.

Nachdem das **A**ktionsbündnis **P**atienten**s**icherheit (APS) Empfehlungen für Ärzte zu den Gesprächen mit Patienten und ihren Angehörigen in einer Broschüre veröffentlicht hat, ist jetzt ergänzend ein Ratgeber für Patienten erschienen. Mit der neuen Broschüre „Reden ist der beste Weg" will das APS Patienten ermutigen, öfter „nachzuhaken" und Fehler offen mit ihrem behandelnden Arzt anzusprechen.

Nach Meinung des APS sollten die Patienten der Initiator für mehr Patientensicherheit sein. „Patienten dürfen nicht alles hinnehmen. Sie sollten vorgeschlagene Therapien viel öfter hinterfragen und bei Verständnisproblemen konkret nachfragen", rät Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des APS bei der Vorstellung der Initiative in Berlin. In der neuen Broschüre erfahren Patienten und Angehörige, welche Rechte sie haben, finden Gesprächsanregungen bei möglichen Behandlungsfehlern oder Zwischenfällen und Adressen zur weiteren Beratung.

„In erster Linie verursacht mangelhafte Kommunikation im Gesundheitswesen Behandlungsfehler."

Bisher gibt es nur Schätzungen zu den Fallzahlen: Eine globale Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) berichtete 2013 im britischen Ärzteblatt unter *„Qualität und Sicherheit" in der medizinischen Versorgung*, dass sich im weltweiten Gesundheitswesen etwa *43 Millionen Behandlungsfehler oder Zwischenfälle, pro Jahr* ereignen die geschätzt etwa 121 Milliarden Euro vermeidbare Kosten verursachen. Etwa zwei Drittel dieser unerwünschten Ereignisse basieren auf menschlichen Fehlern, die vermeidbar wären. „Davon sind zwischen 25 und 80 Prozent auf schlechte Kommunikation zurückzuführen", erläutert Annegret F. Hannawa von der Universität Lugano ihre statistischen Hochrechnungen.

BMG und G-BA übernehmen Verantwortung

Aus Sicht des **B**undes**m**inisteriums für **G**esundheit (BMG) wurden bereits wichtige Schritte für eine bessere Patientensicherheit unternommen. Dazu zählen das *Hygieneförderprogramm* für Krankenhäuser, der Anspruch auf eine *unabhängige ärztliche Zweitmeinung* und die Einführung eines *Medikationsplans*.

„Darüber hinaus wird eine bessere Verständigung aller an der Patientenversorgung Beteiligten mit den

Patienten und ihren Angehörigen", angestrebt und mit Maßnahmen unterstützt. Um das Wissen zur eigenen Gesundheit in der Bevölkerung weiter zu verbessern, hat das BMG das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) damit beauftragt, 2018 ein Konzept für ein Nationales Gesundheitsportal vorzulegen. Dieses Portal soll vertrauenswürdige, wissenschaftlich belegte und unabhängige Gesundheitsinformationen zusammenführen.

Auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen, sieht sich hier in der Verantwortung. Beispiele sind:

- einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesysteme in Krankenhäusern,
- Entscheidungshilfen für Patienten und Versicherte und
- Informationen über die Ausstattung und die Leistungen eines Krankenhauses.

Gerade für die *Qualitätsberichte der Krankenhäuser* gelte, dass diese Informationen nicht nur für Experten, sondern vor allem für Patienten und Angehörige verständlich und nutzbar, d.h. nicht nur leicht zugänglich sein müssen.

Ausbildung verbessern

Nachholbedarf sieht das APS zudem in der Ausbildung der Gesundheitsberufe. Das Aktionsbündnis hat dazu einen Lernzielekatalog aufgestellt.

Das Bundesgesundheitsministerium ist hier bereits tätig geworden: Im Rahmen des Nationalen Krebsplans wurde z.B. ein *Musterlehrplan* „Kommunikation

in der Medizin" gefördert. Dieser soll Studierenden über den gesamten Verlauf des Medizinstudiums helfen, Informationen zur Diagnose und Therapie Patientenverständlich zu erklären.

Ein entsprechender Musterlehrplan für die Pflegeberufe wird derzeit ebenfalls erstellt.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt 2018

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

Patienteninitiative – Contaminated Cabin Air e.V. (p-coc.com)

Kontaminierte Kabinenluft oder ein sogenannter „Fume Event" – Was ist das denn, werden sich viele von Ihnen erst einmal fragen.

Foto: AdobeStock / highwaystarz

Inzwischen ist fast immer Reisezeit, viele Menschen fliegen in ihren wohlverdienten Urlaub.

Die Versorgung mit Atemluft erfolgt in den meisten Flugzeugen über die so genannte *Zapfluft* („Bleed-Air"), die direkt aus dem Kompressor-Bereich der Triebwerke *ungefiltert in die Flugzeugkabine* geleitet wird. Durch die Erhitzung im Kompressor durchlaufen verschiedene Bestandteile des Triebwerköles, einen sogenannte Pyrolyse-Prozess, d.h. durch die auftretende große Hitze erfolgt eine Aufspaltung. Die dabei entstehenden Produkte können gemeinsam mit der normalen Atemluft in die Flugzeugkabine gelangen. Auch Hydraulikflüssigkeit, Kerosin oder Abgase von Kerosin und auch Enteisungsflüssigkeit können in die Klimaanlage gelangen. Dies passiert beispielsweise bei einer versehentlichen Überfüllung mit Triebwerksölen, vor allem aber durch unsachgemäße und nicht nach den Herstellervorgaben eingehaltene Wartungsintervalle und Reparaturen. Dies wird begünstigt durch die mittlerweile immer mehr üblichen, immens verlängerten Laufzeiten der Triebwerke, bevor diese technisch generalüberholt werden. Defekte Pressdichtungen aber können nur durch einen Ausbau des Triebwerkes ersetzt werden, was entsprechend zeitaufwendig ist. Dieses grundsätzliche Problem ist bereits seit den 1960er Jahren bekannt.

Laut einer von der Europäischen Agentur für Flugsicherheit (EASA) im März 2017 veröffentlichten Studie sind bis zu 127 - teils neurotoxische Giftstoffe - in der Kabinenluft von Verkehrsflugzeugen enthalten. Allerdings ging man davon aus, dass die Konzentrationen zu gering seien, um Personal und Insassen zu schädigen, zumindest bei intakter „Lungenbarriere" heißt es in einem Nebensatz der Studie. Eine weitere Einschränkung gilt für Menschen mit einer „Entgiftungsstörung" über das Cytochrome P450 Enzym. Also alles gar nicht so schlimm?

Die veröffentlichten Zahlen der Berufsgenossenschaft Verkehr sprechen eine andere Sprache. Im Jahr 2013 wurden 300 „fume events" mit kontaminierter Kabinenluft, 2017 jedoch bereits 920 Vorfälle durch das Cockpit- bzw. Kabinenpersonal gemeldet (Quelle BG Verkehr).

Und was ist mit den Passagieren? Bis heute werden die Fluggäste weder grundsätzlich, noch im Falle eines Vor- oder Unfalles informiert. Das heißt eine mögliche Lungenschädigung werden sie nicht in den Zusammenhang mit einem vorangegangenem Flug bringen.

Wie kann ich nun als Fluggast erkennen, dass ich stark belasteter Luft während eines Fluges ausgesetzt war? Ein einheitliches Szenario gibt es leider nicht. Teilweise sind Kerosin oder Ölbestandteile als sehr unangenehm riechbar. Andere Stoffe sind nur körperlich wahrnehmbar, allerdings ohne Geruch. Sehr häufig bemerkt man danach gereizte Atemwege, Kopfschmerzen, Übelkeit und Schwindel. Das körperliche Befinden ähnelt einer Mischung aus Rausch und Grippegefühl. Langzeitfolgen können so Atem- und Konzentrationsprobleme, ein anhaltendes Abgeschlagenheitsgefühl, oder allgemeine Missempfindungen sein.

Was kann ich grundsätzlich tun?

Die erste Möglichkeit wäre natürlich, weniger zu fliegen. Alternativ empfehlen wir eine Maske der Schutzklasse ABEK1P3 auf Flügen zu tragen. Diese kann Sie schützen. So reduzieren Sie Ihr persönliches Risiko, nach ungewöhnlichen Gerüchen akute Symptome wie Atemnot, Kopfschmerzen und Übelkeit zu entwickeln. Melden Sie auffällige Gerüche direkt an die Kabinencrew. Sprechen Sie andere Gäste an und fragen sie, ob sie diese Gerüche ebenfalls bemerkt haben. Gibt es akute, eventuell identische Symptome? Lassen Sie bei akut auftretenden gesundheitlichen Beschwerden einen Arzt ausrufen.

Erstellen Sie folgendermaßen ein Protokoll:

- WIE LANGE trat der Geruch auf
- WANN trat er auf (Start / im Flug / Landung)?
- WO trat er auf (Sitzreihe)?
- WIE roch es genau?
- WELCHE Symptome traten WANN auf.
- Tauschen sie Adressen und Telefonnummern mit den anderen Gästen aus, damit Sie sich später gegenseitig unterstützen können.
- Lassen Sie sich den Namen der Crew und des Kapitäns geben.
- Seien Sie aufmerksam, wenn Passagiere dauernd husten und über Kopfschmerz und Schwindel klagen.

Es könnte eine Vorwarnung sein. Es muss nicht immer ein sichtbarer "Fume Event" mit auftretendem Nebel in der Kabine sein. Die Gerüche allein können bereits eine hohe Schadstoffkonzentration bedeuten. Schwangere und Babys / Kleinkinder sind besonders gefährdet. Eine spontane Übelkeit mit Erbrechen ist oft auch ein Zeichen für eine akute Vergiftung. Achten Sie bei sich auf ungewöhnliche Krankheitssymptome nach dem Flug. Melden Sie diese Symptome unbedingt Ihrem Arzt und sichern Sie schnellstmöglich Blut- und Urinproben, d.h. innerhalb von 48 Stunden und frieren Sie diese ggf. ein, damit diese später in einem Fachlabor auf eventuelle mögliche Schadstoffe untersucht werden können.

2017 haben betroffene Cockpit- und Kabinenmitarbeiter verschiedener Airlines eine Patienteninitiative gegründet, nachdem die bundesweit einzige „Fume Event" Sprechstunde in der arbeitsmedizinischen Ambulanz in Göttingen geschlossen wurde. Mit einer Petition change.org/Kabinenluft haben sie zunächst versucht diese Anlaufstelle zu erhalten, bislang ohne Erfolg. Unter der Leitung von PD Dr. Astrid Heutelbeck wurden zwischen 2014 bis Ende 2016 über 300 Patienten untersucht. Die toxikologischen und sonstigen Befunde mit messbaren Lungen-, Nerven- und kognitiven Schädigungen deuten auf einen deutlichen Zusammenhang hin. Doch wir denken, es ist wie im Fall von Asbest-verursachten Krankheiten und anderen Skandalen. Wir als Betroffene haben noch einen langen und steinigen Weg vor uns.

Studie der Europäischen Agentur für Flugsicherheit EASA:

Link:
https://www.easa.europa.eu/sites/default/files/dfu/EASA%20AVOIL_final%20report_final%20version_160217.pdf

P-COC

Der Autor:

Michael Kramer
Vorsitzender der Patienteninitiative – Contaminated Cabin Air e.V. (p-coc.com)

Videosprechstunden kaum genutzt

Foto: AdobeStock / M.Dörr & M.Frommherz

Die Nutzung telemedizinischer Anwendungen in der Gesundheitsversorgung ist offenbar noch nicht weit fortgeschritten. Das geht aus dem Bericht des Bewertungsausschusses zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung hervor, der als Unterrichtung (19/6020) der Bundesregierung jetzt vorliegt.

Demnach sind telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und telemedizinische Videosprechstunden im Zeitraum zwischen dem 1. April und dem 31. Dezember 2017 „noch nicht in nennenswertem Umfang erbracht" worden. Die technischen Voraussetzungen für eine telemedizinische Leistungserbringung seien zum 1. April 2017 nur in geringem Umfang vorhanden gewesen.

Seit dem 1. April 2017 wird dem Bericht zufolge die telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet. In Erfurt hieß es zur Telemedizin „wenn dies ärztlich vertretbar" ist. Nach dem EBM werden in Deutschland alle vertragsärztlichen ambulanten Leistungen der Ärzte mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechnet.

Ebenfalls im EBM aufgenommen, wurde die *Videosprechstunde* zur Verlaufskontrolle von Erkrankungen, sofern eine Erstbegutachtung durch dieselbe Arztpraxis mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt vorausgegangen ist.

Die weitere Entwicklung – insbesondere nach den Beschlüssen des diesjährigen Deutschen Ärztetages in Erfurt – zur medizinischen Fernbehandlung (Telemedizin), wenn dies „ärztlich vertretbar ist", bleibt abzuwarten.

Quelle:
PatientInnenstelle im Gesundheitsladen Bremen e.V.

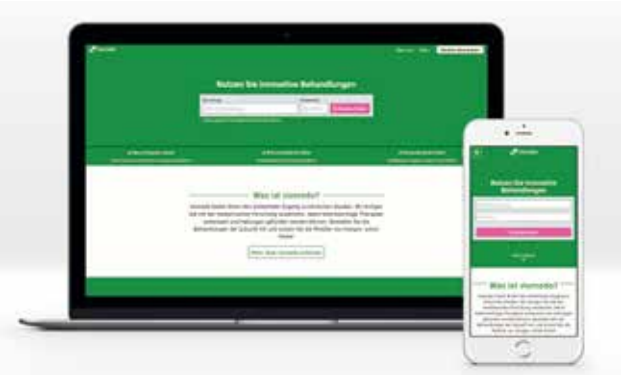
Vorstellung von Viomedo

Die Suche nach Informationen zu neuen Behandlungsmöglichkeiten und klinischen Studien gestaltet sich im Netz für viele Betroffene schwierig und mühsam. Direkte Abhilfe bietet die patientenfreundliche Informationsplattform viomedo.de. Viomedo verfolgt das Ziel, allen Betroffenen schon heute den Zugang zum medizinischen Fortschritt von Morgen zu ermöglichen.

Auf den ersten Blick scheint die Ausgangslage für Betroffene und die medizinische Forschung optimal: **Pro Jahr** werden **in Deutschland mehr als 3.000 klinische Studien** durchgeführt. Damit ist Deutschland europaweit das aktivste Land im Bereich der klinischen Forschung. Gleichzeitig suchen viele Betroffene nach neuen Behandlungsmöglichkeiten und sind motiviert, durch eine Teilnahme an einer klinischen Studie vorzeitig Zugang zu neuen Behandlungen zu erhalten. Damit profitieren sie von möglichn und die medizinische Forschung voranzutreiben. Kurz gesagt: Viele Betroffene benötigen in ihrer konkreten Situation neue Behandlungsmöglichkeiten und der medizinischen Forschung fehlen Studienteilnehmer, um die benötigten Behandlungen entwickeln oder verbessern zu können.

Jedoch sehen sich Betroffene bei ihrer Suche nach der in ihrer konkreten Situation richtigen Studie mit vielen Hindernissen konfrontiert: Oft sind online verfügbare Studieninformationen in den sogenannten Studienregistern veraltet, für medizinische Laien kaum verständlich oder nur in englischer Sprache verfügbar. So war es für die meisten Betroffenen fast unmöglich, passende Studien überhaupt zu finden, sich eigenverantwortlich über diese zu informieren und Kontakt zum nächstgelegenen Studienzentrum aufzunehmen.

Eine Alternative bei diesem Problem bietet seit 2015 Viomedo aus Berlin. Betroffene können auf der Webseite www.viomedo.de eine Studiensuche durchführen, die durch weitere kostenlose Serviceangebote ergänzt wird. Viomedo möchte so den Weg zur Studienteilnahme deutlich erleichtern und gleichzeitig die Patientenkompetenz stärken - und zwar unabhängig von Erkrankung, Alter oder Wohnort.



Studiensuche

Die Studiensuche bildet das zentrale Element der Informationsplattform. Damit können Betroffene nach Eingabe von Erkrankung und Postleitzahl unter mehr als 2.000 gelisteten Studien und vor allem nach laufenden klinischen Studien in ihrer Wohnortnähe suchen. Ausgehend von der angegebenen Postleitzahl wird dabei auch die Entfernung zum nächsten Studienzentrum angezeigt. Zu jeder Studie können patientenverständliche Informationen abgerufen werden. Welche Informationen dabei helfen, das Ziel, den Ablauf und die Teilnahmevoraussetzungen einer Studie zu verstehen, wurde vorab gemeinsam mit Betroffenen erarbeitet. Auch zu den häufigen Atemwegserkrankungen COPD und Asthma finden sich dabei zahlreiche Studien.

Direkter Kontakt zum Studienarzt

Betroffene mit gezieltem Interesse an einer Studienteilnahme können ausgewählte Studienzentren direkt über die Viomedo-Webseite kontaktieren und deren Kontaktinformationen anfordern. All dies geschieht unverbindlich und ohne vorherige Registrierung.

Studienberater mit Newsletter-Service

Viomedo bietet zusätzlich die Möglichkeit, sich für den sogenannten „Studienberater" registrieren zu lassen. Dabei handelt es sich um einen Newsletter-Service, über den Viomedo Betroffene aktuell über neue Studien zu ihrer Erkrankung informiert - kostenlos und werbefrei.

Unabhängige Studienberatung

Treten bei der Suche nach einer passenden Studie Fragen auf, können Betroffene die unabhängige und individuelle telefonische Studienberatung des medizinischen Teams nutzen. Das medizinische

Team unter ärztlicher Leitung von Dr. Nikolas Offenhauser beantwortet neben allgemeinen Fragen zum Thema klinische Studien auch spezifische Fragen zur jeweiligen Studie. Bei einigen Studien besteht darüber hinaus die Möglichkeit, nach der Beantwortung eines kurzen Online-Fragebogens eine Einschätzung zur persönlichen Studieneignung zu erhalten.

Bei der Beratung kann Viomedo auf das eigene Netzwerk mit ergänzenden Beratungsangeboten zurückgreifen. Bei Bedarf erhalten Betroffene so Tipps und Kontaktinformationen, beispielsweise zu Beratungsstellen oder zu Selbsthilfegruppen im Umkreis.

Viomedo stellt bei allen angebotenen Services die Bedürfnisse des einzelnen Betroffenen in den Mittelpunkt. Um diesem Anspruch und Selbstverständnis gerecht werden zu können, kooperiert Viomedo mit verschiedenen Patientenorganisationen. So können neue Ideen zusammen mit starken und kritischen Partnern, wie z.B. dem Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V. oder Jung und Parkinson - Die Selbsthilfe e.V entwickelt und weiterentwickelt werden. Gemeinsames Ziel ist es, durch eine wechselseitige Ergänzung des Beratungsangebotes die individuelle Patientenkompetenz zu stärken und die bewusste Teilnahme an einer klinischen Studie als mögliche Behandlungsoption in das Bewusstsein der Betroffenen zu rücken.

Der Autor:

Dr. med. Nikolas Offenhauser
Medizinischer Leiter

viomedo UG (haftungsbeschränkt),
Lausitzer Straße 18, 10999 Berlin

OXYCARE Medical Group GmbH
FON +49(0)421 48 99 66 · www.oxycare.eu
• GERMANY • AUSTRIA • POLAND • BULGARIA

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

Beatmung mit COPD Hybrid-Modi NEU

- **prisma VENT 30/40/50/50-C von Löwenstein Medical**
- **BiPAP A40 AVAPS-AE Trilogy 100/200 mit Modus AVAPS-AE und Zero-Flow von Philips Respironics**

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: Neuheiten/Beatmung+COPD Modi

Sauerstoffversorgung

Miete ab 1 Woche möglich!

Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

- **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 G4 4Cell Shop-Preis 2.725,00 € *

Inhalation + Atemtherapie

- **Pureneb AEROSONIC+,** NEU
  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
415,80 €

- **Alpha 300 IPPB + PSI**
  Intermittend **P**ositive **P**ressure **B**reathing
  - Prä- und postoperatives Atemtraining
  - Unterstützend mit gesteuerter Inhalation
    PSI = Pressure Support Inhalation
    dadurch Erhöhung der Medikamentendeposition

IPPB Atemtherapie mit Pressure Support Inhalation (PSI)

NEU

- **TipsHaler + OrHal Maske**

OrHal Maske: 14,50 €
TipsHaler komplett: 24,90 €

Spacer inkl. patentierte Spezialmaske mit Nasensperre, dadurch kein Medikamentenverlust durch nasale Deposition.
Speziell für Kinder von 1 bis 6 Jahren.

Nasensperre verhindert nasale Deposition

GeloMuc/Quake/RespiPro/ PowerBreathe Medic/ RC-CornetPlus/PersonalBest Peak Flow Meter

Shop-Preis Gelomuc 59,80 € *

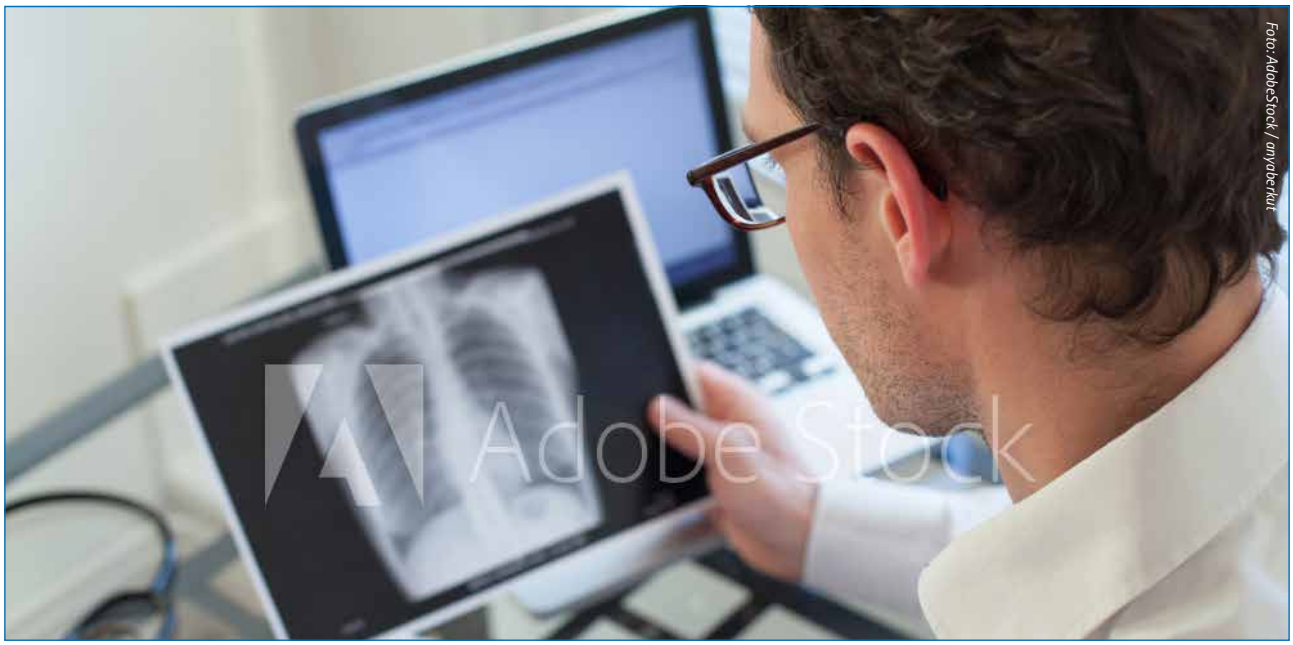
*Aktionspreis solange Vorrat reicht

Finger-Pulsoxymeter, z.B. OXY 310
35,00 € *

OXYCARE GmbH · Holzweide 6 · 28307 Bremen
Fon 0421-48 996-6 · Fax 0421-48 996-99
E-Mail ocinf@oxycare.eu · www.oxycare.eu

Abbildungen können abweichen, Preisänderungen/Druckfehler vorbehalten, Foto: Schiff Fotolia

Lungenentzündung: Übertragungswege der Erreger



Pneumokokken, die Erreger der Lungenentzündung (Pneumonie) können auch durch den Kontakt zwischen Nase und Hand übertragen werden. Das zeigt jetzt erstmals eine Studie im ‚European Respiratory Journal'. Die Ergebnisse unterstreichen nochmals, wie wichtig saubere Hände für den Infektionsschutz sind.

Pneumokokken kommen im Nasenrachenraum von vielen Menschen vor. So finden sich die Erreger der Lungenentzündung in der Nasenschleimhaut von etwa 40 bis 90 Prozent der Kinder unter fünf Jahren. Bei Erwachsenen sind es etwa 10 Prozent, deren Nasenrachenraum mit Pneumokokken besiedelt ist. Das Vorhandensein der Bakterien bedeutet jedoch noch nicht, dass es auch zu einer Erkrankung kommt. Besonders für Risikogruppen wie Senioren oder Menschen mit geschwächtem Immunsystem können die Keime aber ein Risiko darstellen.

Bisher ging man davon aus, dass sich die Pneumonie-Erreger durch Tröpfchen, also über den Luftweg verbreiten. Britische Forschende zeigen in einer aktuellen Studie nun erstmals, dass sie auch durch den Kontakt zwischen Nase und Hand übertragen werden können. Vierzig gesunde Erwachsene wurden für die Studie zufällig in vier Gruppen aufgeteilt, in der je eine mögliche Übertragungsmethode getestet werden sollte. Überprüft wurde, ob Bakterien aus einer frischen bzw. angetrockneten Pneumokokken-Lösung durch Einatmen von der Handfläche oder durch Nasebohren verbreitet werden können.

Übertragung auch durch Reiben an der Nase

Das Ergebnis: Durch alle vier Methoden siedelten sich die Keime in der Nasenschleimhaut der Probanden an. Besonders viele Bakterien fanden die Forschenden in den beiden Gruppen mit frischer Pneumokokken-Lösung. Die generelle Wahrscheinlichkeit für eine Besiedelung war jedoch für getrocknete Bakterien genauso groß, wie für die frische Bakterien-Lösung, so die Autoren. Zudem schien es keinen Unterschied zu machen, ob die Probanden tatsächlich in der Nase bohrten oder nur mit der Rückseite ihrer Hand über die Nase rieben.

Durch die Ergebnisse werde nochmals deutlich, wie wichtig eine gute Handhygiene für den Schutz vor Infektionen sei, betonen die Autoren. Natürlich könne man nicht verhindern, dass Kinder in der Nase bohren oder an ihr reiben. In jungen Jahren können Bakterien sogar wichtig sein, um das Immunsystem zu trainieren. Für bestimmte Situationen könnten die neuen Erkenntnisse nach Ansicht der Forschenden aber hilfreich sein. Zum Beispiel wenn Kinder Kontakt mit älteren Verwandten oder Angehörigen mit schwachem Immunsystem haben.

In weiteren Tests wollen sie herausfinden, ob Händewaschen die Übertragung und damit das Risiko für eine Lungenentzündung verringern kann.

Quelle: Nach einer Pressemeldung des Lungeninformationsdienstes

Lungenfibrose: Gene sagen den Krankheitsverlauf vorher

Nach einer aktuellen Studie in der Fachzeitschrift ‚American Journal of Respiratory and Critical Care' kann die Aktivität von nur sechs Genen den Verlauf einer idiopathischen Lungenfibrose vorhersagen. Die Studie trage zu einem besseren Verständnis dieser schweren Lungenkrankheit bei, so die Autoren.

Die idiopathische Lungenfibrose, kurz IPF, gibt Forschenden noch immer viele Rätsel auf. Die Ursachen der oft sehr aggressiv verlaufenden Lungenkrankheit sind nicht bekannt. Der Verlauf der IPF ist von Patient zu Patient sehr unterschiedlich und nicht allgemein vorhersagbar. Ein internationales Wissenschaftsteam hat nun untersucht, ob sich mit der Aktivität verschiedener Gene (Genexpression) der Krankheitsverlauf und damit das Sterberisiko vorhersagen lässt. Die Forschenden untersuchten dafür Lungenzellen, die aus einer bronchoalveolären Lavage (BAL) von 212 IPF-Betroffenen gewonnen wurden. Die Genaktivitätsmuster dieser Zellen verglichen sie mit dem von Zellen von Gesunden sowie von COPD- und Sarkoidose-Betroffenen.

Durch den Vergleich mit den Kontrollzellen konnten zunächst weit über 1.500 Gene identifiziert werden, die bei IPF-Patienten mit der voraussichtlichen Überlebensperspektive zusammenhängen. Mit Hilfe statistischer Vorhersagemodelle identifizierten die Wissenschaftler schließlich sechs Gene, mit denen eine stabile Risikoeinstufung vorgenommen werden konnten. Diese sechs Gene allein waren ausreichend, um die Überlebensperspektive besser vorherzusagen als der üblicherweise verwendete sogenannte GAP-Index. Für diesen Index werden bisher ausschließlich

Foto: AdobeStock / sudok1

klinische Parameter berücksichtigt, um den Krankheitsverlauf der IPF vorherzusagen.

Idiopathische Lungenfibrose besser verstehen

Durch die Kombination aus GAP-Index und der neuen Risikoeinstufung mit Hilfe der Genaktivität könne der Krankheitsverlauf nun mit einer deutlich höheren Genauigkeit vorhergesagt werden, so die Autoren der Studie. Auch für die Patienten biete dies ihrer Ansicht nach einen erheblichen Mehrwert.

Durch die Studie wisse man nun auch mehr über die molekularen Veränderungen in den Lungenzellen, heißt es in der Pressemeldung zur Studie. Zusätzlich zeigen die Ergebnisse erstmals, dass bronchiale Basalzellen, aus denen sich das Atemwegsepithel entwickelt, maßgeblich an der Entwicklung der idiopathischen Lungenfibrose beteiligt sind. Diese Erkenntnis könnte langfristig zu einer besseren Behandlung dieser insgesamt noch wenig verstanden Erkrankung führen.

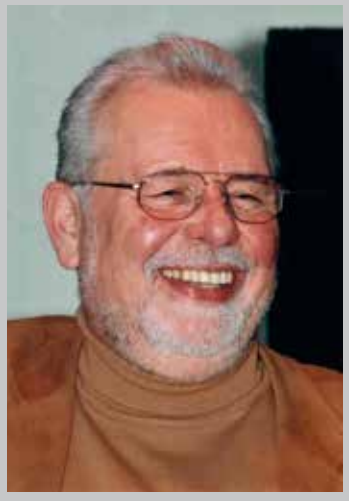
Quelle: Nach einer Pressemeldung des Lungeninformationsdienstes

Nachruf

Im September haben wir uns noch beim Symposium Lunge in Hattingen getroffen, gesprochen und gemeinsam gelacht. Aus einem „Bis Bald" ist nun ein „Lebe wohl" geworden. Am 14. November 2018 ist unser lieber Herr **Werner Brand** im 76. Lebensjahr verstorben. Seit 2001 Mitglied in der DPLA, wurde er 2003 Ansprechpartner und schließlich Vorsitzender seines Ortsverbandes Hagen.

Viele monatliche Vorträge von Ärzten, Stammtischtreffen und die Asthmasportgruppe Hagen bis zur Weihnachtsfeier hat er über viele Jahre mit Herzblut und persönlichem Engagement organisiert und seinem unvergesslichen Humor geleitet. Gerne denken wir an ihn und werden ihn nicht vergessen.

Michael Köhler, Vorsitzender



Kaum zu glauben: Diskriminierung findet täglich statt!

BAG SELBSTHILFE startete Social Mediakampagne #kaumzuglauben um Politik und Gesellschaft aufzurütteln.

Jeden Tag finden Diskriminierungen von behinderten Menschen statt. Einige davon geschehen auch aus Unwissenheit oder Unachtsamkeit. Das will die BAG SELBSTHIFLE ändern und forderte anlässlich des Internationalen Tages der Menschen mit Behinderung am 3. Dezember betroffene Menschen auf, in den sozialen Medien Facebook, YouTube, Instagram oder Twitter unter dem hashtag #kaumzuglauben, ihre Erfahrungen zu posten und so Diskriminierungen im Alltag sichtbar zu machen.

„Das Grundgesetz stellt eindeutig klar, dass Menschen nicht wegen ihrer Behinderung diskriminiert werden dürfen. Trotzdem finden Diskriminierungen statt. Und zwar tagtäglich. Wir wollen betroffene Menschen ermutigen, auf die Diskriminierungen, die Ihnen widerfahren, aufmerksam zu machen. Nur so können wir alle Menschen dafür sensibilisieren, was diskriminierend ist“, erklärte Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer der BAG SELBSTHILFE.

Die Kampagne ist auch ein eindeutiger Appell an die Politik, sich mehr für die Bekämpfung von Diskriminierung einzusetzen. „Um behinderte Menschen vor Diskriminierung zu schützen, braucht es verbindliche Gesetze. Wir fordern von den künftigen Regierungsparteien, sich dieser Herausforderung zu stellen“, betonte Martin Danner.

Die Formen der Alltagsdiskriminierung sind vielschichtig. Vielen Menschen ist häufig gar nicht bewusst, dass schon ein mangelnder Zugang zu Informationen diskriminierend ist.

Quelle: Nach einer Pressemitteilung der BAG SELBSTHILFE

ANZEIGE

RC CORNET PLUS®

Atemtrainer

Die Lunge beginnt an der Nasenspitze.

Löst Schleim, reduziert Husten und Atemnot.

Erhältlich in Apotheken, Sanitätshäusern oder unter www.cegla-shop.de

Bitte vor der ersten Anwendung die Gebrauchsanweisung sorgfältig durchlesen. PZN 12 419 336 | Erstattungsfähig unter Hilfsmittel-Positions-Nr. 14.24.08.0013

CEGLA MEDIZINTECHNIK

Tel +49 2602 9213-0
www.cegla.de

Gesundheitliche Risiken von Tabakerhitzern

Foto: Chris Hertzschuch / AdobeStock

Die Tabakindustrie sucht seit längerem nach Alternativen zur herkömmlichen Zigarette, die weniger Gesundheitsrisiken mit sich bringen. Jüngstes Produkt nach der E-Zigarette ist der Tabakerhitzer. Das Bundesinstitut für Risikobewertung hat nun untersucht, ob bei den Tabakerhitzern tatsächlich weniger schädliche Substanzen entstehen.

Bei einem *Tabakerhitzer-System* wird der Tabak nicht wie bei einer Zigarette verbrannt, sondern „lediglich" auf bis zu etwa 350 Grad Celsius erwärmt.

Die aktuelle Risikostudie von Forscherinnen und Forschern des **B**undesinstituts **f**ür **R**isikobewertung (BfR) und des Chemischen- und Veterinäruntersuchungsamtes Sigmaringen zeigt, dass Tabakerhitzer weniger schädliche Stoffe, wie zum Beispiel krebserregende Substanzen, erzeugen als die herkömmlichen Tabakprodukte wie insbesondere Zigaretten. Gesundheitliche Beeinträchtigungen seien trotzdem möglich, so das BfR.

Weniger giftige aber ähnlich hohe Nikotingehalte

Die Wissenschaftler verglichen, welche Mengen an giftigen (toxischen) Substanzen bei der Verwendung eines Tabakerhitzers im Vergleich zu einer Zigarette entstehen. Das Ergebnis: Es bilden sich tatsächlich deutlich weniger *Aldehyde*, d.h. 80 bis 95 Prozent weniger. Aldehyde sind Produkte primärer Alkohole, die sehr reaktionsfähig sind und biochemische Vorgänge stark beeinflussen können. Dies betrifft ebenso *flüchtige organische Verbindungen* (97 bis 99 Prozent weniger). Dagegen bleibt der Nikotingehalt vergleichbar hoch wie bei Zigaretten. Zusammenfassend halten die Wissenschaftler fest, dass beim Gebrauch eines Tabakerhitzers zwar deutlich weniger krebserregende Stoffe entstehen. Durch die Reduktion der Schadstoffe erwarten die Wissenschaftler auch eine geringere Belastung der Nutzer. Eine Empfehlung für die Tabakerhitzer lässt sich nach den Wissenschaftlern aber nicht daraus ableiten, denn in den Dämpfen (Emissionen) aus den Tabakerhitzern seien nach wie vor *mutagene*, also potentiell erbgutverändernde Inhaltsstoffe enthalten.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, den das BfR zukünftig untersuchen will, sind die Auswirkungen bei Anwendung von Tabakerhitzern auf das Immunsystem. Daten weisen darauf hin, dass das Inhalat aus den Tabakerhitzern anders als der Rauch aus Zigaretten das Immunsystem beeinflussen könnte. Negative gesundheitliche Auswirkungen seien daher bei Anwendung von Tabakerhitzern generell möglich und sollten demnach auch bei längerer Anwendung gründlich untersucht werden.

Quelle: Pressemeldung des Bundesinstitutes für Risikobewertung.

Physiotherapie –

Schneller Therapiebeginn und wenig Bürokratie – für viele Menschen der Schlüssel zu mehr Lebensqualität

Foto: AdobeStock / highwaystarz

Viele Menschen mit chronischen Erkrankungen sind auf eine flächendeckende, wohnortnahe und vor allem zeitnahe Physiotherapie angewiesen. Sie profitieren von Maßnahmen wie beispielsweise

- Krankengymnastik,
- Manuelle Lymphdrainage,
- Manuelle Therapie ,
- Klassische Massagen und zahlreichen
- weiteren Heilmittelpositionen der Physiotherapie.

Physiotherapie hilft akute Beschwerden zu lindern, die Beweglichkeit und Leistungsfähigkeit der Betroffenen zu fördern und verbessert damit täglich die Lebensqualität vieler Menschen.

Schneller Therapiebeginn und wenig Bürokratie – das ist es, was Patienten benötigen und zu Recht in der Physiotherapie und physikalischen Therapie erwarten dürfen. Doch leider sieht die Realität häufig anders aus: Fehlerhaft ausgestellte Verordnungen und fehlende Kapazitäten für Termine in den Physiotherapiepraxen sind zwei mögliche Gründe, die einen zeitnahen und störungsfreien Therapiebeginn erschweren. Mit aktuellen Aktionen wie dem

- *Wartezeitenbarometer Physiotherapie* und der
- Patientenaktion *„WarteZeitzuHandeln!"*

machen der Deutsche Verband für Physiotherapie (ZVK) und der Verband Physikalische Therapie (VPT) auf bestehende Defizite in der physiotherapeutischen Patientenversorgung aufmerksam.

Unsere Forderung: Um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten, muss die Politik entschieden gegen den heute schon bestehenden Fachkräftemangel vorgehen. Die beiden größten physiotherapeutischen Berufsverbände in Deutschland fordern deshalb von der Politik

- eine bundesweit kostenfreie und modernisierte Ausbildung,
- weniger Bürokratie und mehr therapeutische Freiheiten in der Patientenversorgung und nicht zuletzt
- eine bessere Vergütung,

„Nur wenn die Politik zügig die Weichen für bessere Rahmenbedingungen für Physiotherapeuten in Deutschland stellt, erhalten Patienten zeitnah eine effektive Therapie, die Schmerzen lindert, Arbeitsfähigkeit erhält und die Lebensqualität verbessert", so Andrea Rädlein, Vorsitzende des Deutschen Verbandes für Physiotherapie. Mehr Informationen gibt es im Internet unter www.wartezeit-zu-handeln.de.

Gemeinsame Pressemitteilung d. Deutschen Verbandes für Physiotherapie e.V. (ZVK) und Verband Physikalische Therapie e.V. (VPT)

Gemeinsame Tagesfahrt der COPD Gruppe Rüsselsheim und des OV Wiesbaden der DPLA e.V. nach Rüdesheim am Rhein

von J. Frischmann

Eine Schifffahrt ist immer ein ganz besonderes Erlebnis. Von Rüsselsheim am Main bzw. Wiesbaden-Biebrich am Rhein ging es mit dem Schiff bei sonnigem September-Wetter auf die Reise nach dem berühmten Rüdesheim am Rhein.

Auf dem Schiff waren 60 gut gelaunte TeilnehmerInnen der COPD Gruppe Rüsselsheim und MitgliederInnen des Ortsverbandes Wiesbaden der DPLA. Entspannt ließ man die romantische Landschaft vorbeiziehen, während man die Aussicht bei einem lauen Lüftchen genoss. Nach der Fahrt durch die Schleuse Kostheim, der letzten von 34 Staustufen des Mains vor dem Rhein, ging es vorbei an den markantesten Sehenswürdigkeiten - wie dem Mainzer Dom, der barocken Residenz Schloss Wiesbaden-Biebrich oder der Rosenstadt Eltville. Dabei gab es auch viel zu erzählen bei dieser Tagesfahrt.

Das Reiseziel unserer Schifffahrt war Rüdesheim, das Tor zum UNESCO Welterbe „Oberes Mittelrheintal". Hier konnte man bei einem Landgang durch die weltberühmte Drosselgasse schlendern oder einen Spaziergang entlang des Rheins machen und beim Betrachten des Jahrhundertniedrigpegels vom „Vater" Rhein nachdenklich werden.

Dank eines mitgenommenen Sauerstofftanks an Bord des Schiffes konnten auch Sauerstoffpatienten an diesem Ausflug teilnehmen und die Besatzung machte auch die Mitnahme von Rollstühlen und Rollatoren möglich.

Alles in allem eine sehr gelungene Schifffahrt für Alle, die am Abend wohlbehalten und gut gelaunt in Wiesbaden-Biebrich oder Rüsselsheim die Schiffsplanken wieder verlassen konnten.

Ein besonderer Dank an die beiden Organisatoren: Hartmut Thienger von der COPD Gruppe Rüsselsheim und Andreas Frischmann vom Ortsverein Wiesbaden der Deutschen Patienten Liga Atemwegserkrankungen e.V.

Der Autor:

Jürgen Frischmann
stellv. Vorsitzender der DPLA

Dank an Krankenkassen und Unterstützer im Jahr 2018

Symbolische Schecküberreichung der großzügigen Unterstützung der DAK Gesundheit für unsere beiden Lungentagungen 2018 im Oppenheimer Rathaus am 2. Juli.

Im Jahr 2018 hat die *„GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene"* im Rahmen der pauschalen Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V die **D**eutsche **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA** dankenswerterweise pauschal bei ihrer Selbsthilfearbeit mit 18.000,- Euro unterstützt.

Ebenfalls im Rahmen der individuellen Förderung durch die Krankenkassen nach § 20c SGB V wurden im Jahr 2018 unsere 3. Lungentagung Worms ebenso wie unsere 1. Lungentagung Potsdam von der *DAK Gesundheit, Hamburg*, mit jeweils 10.000,- Euro großzügig gefördert. Ihnen gilt unser besonderer Dank.

Weiterhin gilt unser Dank folgenden Unterstützern unserer diesjährigen Lungentagungen, den Firmen *AstraZeneca GmbH*, sowie *GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG.*

Von li nach re: Steffen Kilian vom Team Kundenberatung der DAK in Mainz, Dr. Michael Köhler, Vorsitzender der DPLA, Katrin Fell, Leiterin der Geschäftsstelle der DPLA und der ehrenamtliche Stadtbürgermeister von Oppenheim, Walter Jertz.

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

Ohne alle diese genannten Beiträge wäre uns manche Aktivität zugunsten von Patienten mit COPD und Asthma bronchiale nicht möglich gewesen.

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

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

Gedankt sei auch den Firmen *Novartis Pharma GmbH* und *Pfizer Deutschland GmbH* für ihre finanzielle Unterstützung sowie den Sparkassen, die einzelne Ortsverbände ebenfalls finanziell unterstützt haben.

Ganz besonders herzlich möchten wir aber der im Januar 2018 verstorbenen Namensgeberin unserer Patientenzeitschrift „Luftpost", Frau Rose Marie Freese von Loeben, und Ihrem Ehemann, einem Gründungsmitglied der DPLA, Herrn Christoph von Loeben, für ihren Wunsch, der DPLA eine Spende zukommen zu lassen, danken. So wurden insgesamt 1.125,- Euro auf das DPLA-Konto eingezahlt.

Ein herzliches Dankeschön gilt auch der Familie und den Angehörigen von Frau Beate Pes. Anstatt Blumen und Kranzgaben bei ihrer Beerdigung wurden insgesamt 440,- Euro auf das DPLA-Konto überwiesen.

Ein weiteres herzliches Dankeschön sagen wir Frau Christel Koch und ihrem verstorbenen Lebenspartner Herrn Aldag. Sie bedachte uns zu seinem Gedenken mit einer Spende in Höhe von 1.000,- Euro.

Auch möchten wir Frau Ina Häger herzlich danken, die im Gedenken an Ihren verstorbenen Vater, Herrn Georg Häger, uns 150,- Euro spendete.

Wir sind allen persönlichen Spendern sehr dankbar und werden sie in ehrendem Gedächtnis behalten.

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

Insgesamt 1,6 Millionen Patienten in Deutschland sind in ein Disease-Management-Programm (DMP) zu Asthma oder COPD eingeschrieben. Zu diesen jetzt neu aufgelegten Programmen informiert der Flyer 51 der Deutschen Atemwegsliga kurz und verständlich.

Eine Verbesserung der leitliniengerechten Behandlung von Asthma oder COPD ist das Ziel der jetzt wieder neu aufgelegten Disease-Management-Programme (DMP) für diese beiden „Volkskrankheiten". Alles wichtige findet sich im neuen Flyer 51 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.

OxyCare Medical Group spendet für schwerkranke Kinder

Klinikclowns: Herr Braun (Vorstand, als Clown), Frau Stadler (Öffentlichkeitsarbeit), Friedehorst: Frau Monika Moersch (Koordinatorin) Löwenherz: ehrenamtlichen Mitarbeiter Frau Haase und Herr Hegelin-Henschel

Auch dieses Jahr fand im Informationszentrum der OxyCare Medical Group in der Bremer Innenstadt wieder ein fröhlicher Besuch statt. Der Anlass war die Spendenübergabe von Herrn Peter Peschel, dem Gründer und Inhaber des Unternehmens, in Höhe von insgesamt 14.000 Euro an die folgenden vier gemeinnützigen Organisationen: die Klinik-Clowns Bremen e.V., das Kinderhospiz Löwenherz e.V. in Syke, das ambulante Kinderhospiz Jona und das Haus Mara für schwerstbehinderte Kinder der Friedehorst Stiftung Bremen. Wie in jedem Jahr wurde anlässlich der großen jährlichen OxyCare Schulung bei dem anschließenden Beisammensein mit „Speis, Trank und Musik" von allen Beteiligten eine kleine Spende eingesammelt, dieser Betrag wurde dann von OxyCare großzügig aufgestockt.

Seit Jahren ist es ein Anliegen der OxyCare Medical Group ist es, diese Einrichtungen zu unterstützen, die mit viel Engagement und ehrenamtlich arbeiten. Sie bringen den Patienten und ihren Angehörigen etwas Heiterkeit ans Krankenbett und versuchen, Lebenshilfe für den Alltag zu leisten um ihnen das Leben etwas leichter zu machen.

ANZEIGE

Auch das noch...

„Familie" IGeL

Laut dem hessischem Verband der Ersatzkrankenkassen, bekommt jeder zweite Patient bei einem Arztbesuch kostenpflichtige Extrabehandlungen, die sogenannten IGeL-Leistungen, angeboten. Sinn, möglichen Nutzen oder auch Schaden solcher Selbstzahlerleistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenkassen sind von betroffenen Patienten jedoch nur schwer zu beurteilen.

Hierzu wird auf das Portal www.igel-monitor.de des GKV-Spitzenverbandes (der gesetzlichen Krankenkassen) verwiesen. Dort sind 50 individuelle Gesundheitsleistungen (abgekürzt: IGeL) aufgeführt und bewertet. Von den beiden, unter dem Bereich „Atmung" beschriebenen und bewerteten (potentiellen) Verfahren sei hier stellvertretend der Text für Patienten unter „Spirometrie" wortwörtlich zitiert. Wir empfehlen ein sehr aufmerksames Lesen!

„Der IGeL-Monitor bewertet eine mögliche IGeL-Leistung „Spirometrie zur Überprüfung der Lungenfunktion" als „tendenziell negativ". Diese Bewertung gilt jedoch nur für Menschen ohne Atembeschwerden.

Zwei der häufigsten Lungenerkrankungen sind Asthma bronchiale und die so genannte chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Bei beiden Krankheiten sind die Atemwege verengt und Patienten fällt das Atmen schwer. Die Unterschiede: Während Asthma bronchiale ganz verschiedene Ursachen haben kann, geht die COPD meist auf Rauchen oder andere Schadstoffe in der Luft zurück. Und während bei Asthma die Schäden an der Lunge wieder zurückgehen können, bleiben sie bei der COPD meist bestehen. Ob die Atemwege verengt sind, lässt sich mit einem einfachen Gerät, in das man hineinpusten muss, feststellen – sogar dann, wenn Patienten noch keine Beschwerden haben. Geht jemand wegen Atembeschwerden zum Arzt, ist diese Untersuchung, die Spirometrie genannt wird, eine Kassenleistung. Wer dagegen keine Beschwerden hat und nur wissen möchte, ob mit seiner Lunge „alles in Ordnung" ist, muss die Spirometrie als IGeL selbst bezahlen.

Was haben beschwerdefreie Menschen davon, ihre Lungenfunktion mit der Spirometrie überprüfen zu lassen? Konkret gefragt: Können mehr Lebenszeit oder mehr Lebensqualität gewonnen werden, wenn Asthma oder COPD früh erkannt und behandelt werden? Und welche Schäden müssen bei der Untersuchung eventuell in Kauf genommen werden? Diesen Fragen sind Wissenschaftlerinnen des IGeL-Monitors nachgegangen. Sie haben nach Übersichtsarbeiten und Studien gesucht, die sich mit der Spirometrie bei Menschen ohne Atembeschwerden beschäftigen. Am Ende mussten sie feststellen, dass noch gar nicht ausreichend untersucht wurde, ob die Spirometrie zur Vorsorge etwas bringt. Wir sehen deshalb auch keine Hinweise auf einen Nutzen. Schäden sind dagegen bei Früherkennungsuntersuchungen grundsätzlich immer denkbar. Vor allem wenn Krankheiten gefunden und behandelt werden, die auch unbehandelt nie Probleme bereitet hätten, kann die Früherkennung schaden, weil dann die Behandlungen mitsamt ihren Nebenwirkungen unnötig waren."

Quelle: igel-monitor.de

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	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Hagen	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Lüdenscheid	Marlene Dudanski	02351 / 27 567
	Wilhelm Knitter	02353 / 43 93
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	Bernhard Röhrig	0176 / 285 60516
Saarland		
Homburg / Saar	Uwe Sersch	06873 / 669 284

ANZEIGE

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 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

ANAH Allergie-, Neurodermitis- und Asthmahilfe Hessen e.V.
Kontakt: Erika Seitz
Tel: 0561 / 8709094
E-Mail: anah.hessen@web.de
http://www.anah-hessen.de/

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.pdf

Nordrhein-Westfalen

Selbsthilfegruppe COPD-Atemwegserkrankungen Plettenberg
Kontakt: Horst Beyer
Tel.: 02391 / 9179409
E-Mail: copd-gruppe-plettenberg@t-online.de
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

Rheinland-Pfalz

Lungensportclub der Selbsthilfegruppe „DPLA Montabaur/Westerwald"
Kontakt: geimon@t-online.de

Sachsen

Dresdner COPD SHG Atemwegserkrankungen
Kontakt: Wolfgang Unterrainer
Tel. 0351 / 3108540

ANZEIGE

KLINIK BAD REICHENHALL

Zentrum für Rehabilitation
Pneumologie und Orthopädie

Eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd

83435 Bad Reichenhall, Salzburger Str. 8-11
Telefon: 0 86 51/709-0, Fax: 0 86 51/709-683
E-Mail: info@klinik-bad-reichenhall.de
Internet: www.klinik-bad-reichenhall.de

Wir setzen seit 60 Jahren Standards in der pneumologischen Rehabilitation

KLINIK BAD REICHENHALL
freier atmen - besser bewegen

- Behandlung von Patienten mit Erkrankungen der Atmungsorgane wie Asthma, Bronchitis, COPD, Emphysem, Lungenfibrosen, Atemwegsallergien sowie orthopädischen Erkrankungen und internistischen Begleiterkrankungen in ganzheitlicher Form; Anschluss-Rehabilitation, z.B. nach Tumorbehandlung, Pneumonien oder Lungenembolien
- Vorgehalten werden alle diagnostischen Verfahren (z. B. Röntgen, Schlaflabor, Lungenfunktions- und Allergielabor, Bronchoskopie, internistische und kardiologische Funktionsdiagnostik) und therapeutischen Verfahren einer pneumologischen Schwerpunkt-Rehabilitationsklinik (alle Formen der Inhalation, Atemphysiotherapie, allgemeine Krankengymnastik, Lungensport, Med. Trainingstherapie, Patientenschulung, nicht-invasive Beatmung, Diätberatung, psychologische Hilfen, Sozialberatung)
- 269 moderne und helle Einzelzimmer, alle ausgestattet mit Dusche/WC, TV, Telefon, Radio und Kühlschrank, auf Wunsch auch Doppelzimmer (z. B. Ehe- oder Lebenspartner)
- Barrierefreie Klinik mit rollstuhlgeeigneten Zimmern
- Optimale Lage in der Fußgängerzone (Kurzone) direkt am Kurpark mit Gradierwerk
- Aufnahme von Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenkassen sowie Selbstzahlern und Privatpatienten

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 24. 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 45 schriftliche **Ratgeber** als Hilfen zu speziellen Fragestellungen erhalten, wie z.B.:

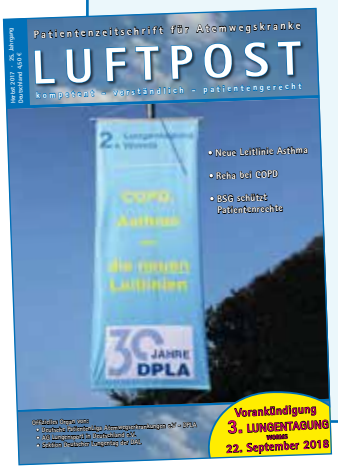
- Reisen ... mit Asthma und COPD
- Husten ... was muss ich tun?
- Häusliches Training bei schwerer COPD
- Lungenkrebs ...rechtzeitig erkennen und gezielt behandeln
- Plötzliche Verschlechterung (Exazerbation) bei COPD

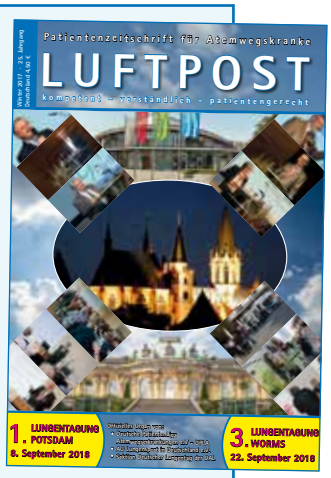
Selbstverständlich können Sie auch weitere Informationen oder eine Beratung in unserer **Geschäftsstelle** erhalten:

Deutsche **P**atientenLiga **A**temwegserkrankungen e.V. - DPLA
Adnet-Str. 14, 55276 Oppenheim
Tel.: 06133 / 35 43 -
persönlich Mo. bis Do. von 8.30 bis 13.30 Uhr
Fax: 06133 / 573 83 27
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):
Geburtstag:	Eintrittsdatum:

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

Gewünschter Ortsverband: _____

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für Einzelpersonen € 25,00 und für Familien € 40,00. Höhere Beiträge sind natürlich möglich.

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 26. 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: sp@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, Lothar Wern

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: Halfpoint, AdobeStock
Alle Bilder von den Autoren, wenn nicht anders angegeben

Anzeigenvertrieb, Layout und Druck:
SP Medienservice, Reinhold-Sonnek-Str. 12, 51147 Köln
Tel. 02203 - 980 40 31, Fax 02203 - 980 40 33
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.

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

Lungensymposium Worms

Schirmherrschaft:

Resumee nach 3 Lungentagungen

COPD und Asthma bronchiale

– aktueller medizinischer Stand

Patienten fragen und Experten antworten

Samstag, 21. September 2019

10.00 – 13.00 Uhr

DAS WORMSER – Tagungszentrum
in der NibeLUNGENstadt Worms,
Rathenaustraße 11, 67547 Worms

Eintritt frei!

Prof. Dr. Heinrich Worth,
Fürth

Prof. Dr. Adrian Gillissen,
Reutlingen-Bad Urach

Patienten wünschen und brauchen Therapien, die ihre individuellen Bedürfnisse berücksichtigen, um den Traum von ihrem Leben bestmöglich leben zu können.

Der Atemwegsbereich ist einer der strategischen Forschungsschwerpunkte bei AstraZeneca. Hier arbeiten wir weltweit und in Kooperation mit namhaften Universitäten an der Erforschung von zielgerichteten Inhalationstherapien und biologischen Behandlungsmöglichkeiten sowie einzigartigen Arzneimittelverbindungen und Inhalationsgeräten, um möglichst patientenorientierte Therapien zu entwickeln. Damit sind wir heute und für die Zukunft im Bereich Atemwege zuverlässiger Partner an der Seite von Ärzten und Patienten.

AstraZeneca