Frühjahr 2018 · 26. Jahrgang
Deutschland 4,50 €

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent – verständlich – patientengerecht

- Luftverschmutzung in Städten
- Spiroergometrie Teil 1
- Asthma bei Kleinkindern
- Palliativmedizin

1. LUNGENTAGUNG POTSDAM
8. September 2018

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

3. LUNGENTAGUNG WORMS
22. September 2018

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 neuen Substanzen, Inhalationsgeräten und Wirkstoffkombinationen, um möglichst patienten-orientierte Therapien zu entwickeln. Damit sind wir heute und für die Zukunft im Bereich Atemwege zuverlässiger Partner an der Seite von Ärzten und Patienten.

AstraZeneca

Liebe Leserinnen und Leser,

im letzten Editorial hatte ich abschließend geschrieben: „Luft kann man nicht verpfänden, aber wir wollen uns gemeinsam für mehr saubere Luft einsetzen!". Unsere Überzeugung: Saubere Luft ist eben doch gesünder als schmutzige Luft hat jetzt höchstrichterliche Zustimmung beim Bundesverwaltungsgericht in Leipzig gefunden. Am 27. Februar hat es entschieden, dass die EU-Vorgaben mit Grenzwerten für Feinstaub und Stickoxid (NO_2) aus dem Jahr 1999, auch in Deutschland gültig ab dem 1. Januar 2010, d.h. schon 8 Jahre, bindend sind.

Seit 2007 gibt es in Deutschland die sogenannte Feinstaub-Plakette. In Hessen wurde die 1. Umweltzone Ende 2008 in Frankfurt eingerichtet und seit 2012 dürfen nur noch PKW´s mit dieser grünen Plakette in die deklarierten Umweltzonen einfahren. Auch dabei gab es einen jahrelangen Vorlauf.

Das Bundesverwaltungsgericht hat jetzt nun klar festgestellt: Wenn die Grenzwerte, denen die Regierungen rechtsverbindlich zugestimmt haben, nicht anders erreichbar sind, können sogar Fahrverbote ausgesprochen werden! In einem Rechtsstaat sind gesetzliche Regelungen eben einzuhalten. Dies gilt auch, wenn es einen selbst trifft, wozu ich mich bekenne!

Hinzukommt, dass am 1. Januar 2017 z.B. in Hessen 34% aller Autos mit einem Dieselmotor – er gilt als Hauptquelle von NO_2 im Straßenverkehr - fuhren. 61% von ihnen entsprachen der Euro-5- bzw. Euro-6-Norm. Unstrittig ist, dass vom Marktführer in Deutschland und weltweit, diese Autos im Fahrbetrieb nicht die deklarierte Norm erfüllten. In den USA spricht man deshalb deutlich von Betrug.

Wir schließen uns daher den deutschen Lungenärzten an. Sie begrüßen das gefällte Urteil. Klar sagen sie: „Die Kommunen müssen sich für saubere Stadtluft einsetzen."

Wie schädlich Abgase für die Gesundheit sind, zeigen Daten aus groß angelegten Studien - wie der ESCAPE - in diesem Heft auf S. 18. Insbesondere Feinstaub, aber auch Stickstoffdioxid können sich dabei negativ auf die Lungenfunktion auswirken. Besonders gefährdet sind Kleinkinder und Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Asthma, COPD, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. „Das Problem ist, dass sich niemand den schädlichen Effekten von Abgasen vollständig entziehen kann", sagt DGP-Präsident Professor Klaus F. Rabe. „Es liegt deswegen in der Verantwortung der Kommunen, die Luftreinhaltepläne umzusetzen und zu einer besseren Luftqualität in den Ballungsgebieten beizutragen." Neben Fahrverboten als ultimativer Maßnahme gehören dazu die Ausweitung der Umweltzonen, eine verbesserte Verkehrsorganisation und die Ausweitung des öffentlichen Personennahverkehrs. Die Automobilindustrie muss durch strengere gesetzliche Auflagen dazu gezwungen werden, die zugesicherten Emissionsraten ihrer Kraftfahrzeuge endlich zumindest einzuhalten.

Wir alle brauchen lebenslang saubere Luft zum Atmen! Technisch ist dies auch bei Dieselfahrzeugen möglich. Spätestens nach dem Leipziger Urteil muss es auch umgesetzt werden und nicht erst am Sankt Nimmerleinstag.

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

Editorial
3

Aktuell
4 1. Lungentagung Potsdam
5 Wintersport trotz Asthma
6 3. Lungentagung Worms

Asthma und COPD
8 Asthma bei Kleinkindern
14 Patientinnen und Patienten erleben Qualitätsmängel im Krankenhaus hautnah
15 COPD-Notfall-Patienten sollten vorbereitet sein
16 Spiroergometrie Teil 1
18 Autoverkehr in Städten, was machen die Abgase mit der Lunge und den Atemwegen?
21 Stadtluft zu schmutzig für Sport und Bewegung

Lungensport
22 Der Weg zum Übungsleiter im Lungensport
24 Sport bei COPD? Aber bitte!

Klinikportrait
26 Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Pneumologie und Beatmungsmedizin in der Missioklinik am Klinikum Würzburg Mitte

Über den Tellerrand hinaus
30 Kinder- und Familien-Selbsthilfe Arbeitsgemeinschaft Allergiekrankes Kind

Deutscher Lungentag
32 Rückblick auf die Zentralveranstaltung des 20. Deutschen Lungentages in Göttingen

Zu Ihrer Information
25 Vereinsablage entrümpeln
51 Flyer der Atemwegsliga: E-Zigarretten

Selbsthilfe
34 Shild-Studie Teil 2
39 G-BA beschließt längere Verordnungsmöglichkeit bei Palliativpatienten
40 1. Lungentag Potsdam
42 Hospiz – auch ein Thema für die Selbsthilfe!
44 Wenn nichts mehr zu machen ist, dann ist noch viel zu tun
46 Ortsverbände der **D**eutschen **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
47 Befreundete Selbsthilfegruppen
48 Warum auch Sie Mitglied in der **D**eutschen **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. – der **DPLA** - werden sollten
49 Mitgliedsantrag

Rubrik
50 Impressum
50 Abonnement

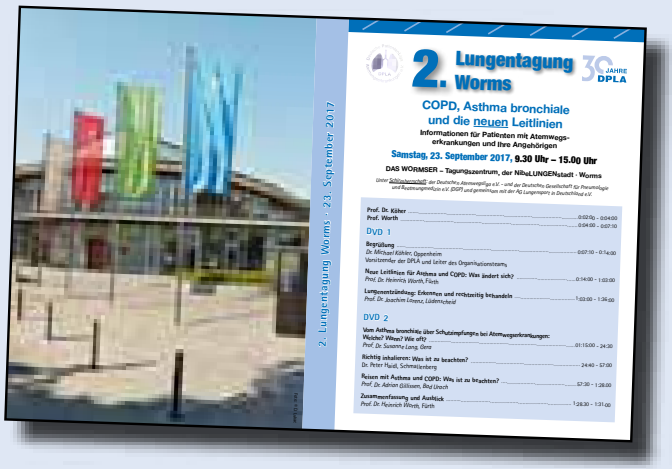
DVD – 2. Lungentagung Worms

Fünf namhafte Experten und Professoren haben Vorträge über

- die neuen Leitlinien bei Asthma und COPD,
- Lungenentzündung
- Schutzimpfungen
- das richtige Inhalieren und das
- Reisen mit Asthma und COPD

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

Die DVD zur 1. Lungentagung Worms ist 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: 187 Minuten

Schirmherrschaft:

1. Lungentagung Potsdam

COPD, Asthma bronchiale und die neuen Leitlinien

Informationen für Patienten mit Atemwegserkrankungen und Ihre Angehörigen.

gemeinsam mit

LUNGENSPORT
AG Lungensport in Deutschland e.V.

und

Samstag, 08. September 2018

10.00 Uhr – 15.00 Uhr

Universität Potsdam, Campus Griebnitzsee, Haus 6

Tagungsleiter: Prof. Torsten T. Bauer, Berlin

– Eintritt FREI –

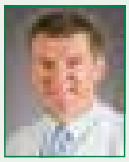
Nach jedem Vortrag besteht immer die Möglichkeit zu direkten Fragen an die Referenten

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



Die neue Leitlinie für Asthma
Prof. Dr. Roland Buhl,
Mainz

11:00 – 11:50 Uhr

Lungenentzündung: Erkennen und rechtzeitig behandeln
Prof. Dr. Torsten T. Bauer,
Berlin

11:50 – 12:30 Uhr

Schutzimpfungen bei Atemwegserkrankungen: Welche? Wann? Wie oft?
Prof. Dr. Susanne Lang,
Gera

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

13:00 - 13:10 Uhr — Sportliche Auflockerung

13:10 - 14:00 Uhr

Die neue Leitlinie für COPD
Referent angefragt

14:00 - 14:50 Uhr

Reisen mit Asthma und COPD: Was ist zu beachten?
Prof. Dr. Adrian Gillissen,
Bad Urach

14:50 – 15:00 Uhr

Zusammenfassung und Ausblick
Prof. Dr. Torsten T. Bauer,
Berlin

Parallel finden in weiteren Räumen

5 Workshops

zu krankheitsbezogenen Themen statt.

Wintersport trotz Asthma

Asthmatiker können auch im Winter draußen Sport machen.

Kalte und trockene Luft belastet die Atemwege. Trotzdem brauchen Asthmatiker nicht auf Wintersport zu verzichten. Sie müssen nur ein paar Dinge beachten.

Für Asthmatiker ist beim Sport eine intervallartige Belastung mit zwischengeschalteten Erholungspausen vorteilhaft. Das schützt vor einem Asthmaanfall. Beim alpinen Skifahren legen die meisten immer wieder kleine Pausen ein, wodurch sich automatisch der gewünschte Wechsel ergibt. „Deshalb ist Skifahren ganz günstig", erklärt Dr. Gerd Schauerte, Pneumologe und Allergologe im CJD Berchtesgaden – Asthmazentrum. „Nur wenn die Temperaturen einmal so richtig in den Keller gehen, ist Vorsicht geboten. Wenn das Thermometer auf dem Skihang unter -10 °C fällt, sollte man sich nicht unbedingt auf Ski oder Snowboard stellen". Gleiches gilt auch hinsichtlich Ski-Langlauf oder Schneeschuhwanderungen. Bei diesen Ausdauerbelastungen ist für Asthmatiker außerdem eine Prämedikation sinnvoll. Das heißt bereits vor dem Sport wird das Asthmaspray inhaliert, um vorbeugend zu schützen. Für Dr. Schauerte ist klar: „Asthmatiker sollten möglichst kontinuierlich Sport machen. So halten sie sich fit und bekommen weniger leicht Probleme durch Anstrengungsasthma. Von verschiedenen Untersuchungen wissen wir, dass Asthmatiker, die im Winter Sport treiben, davon sogar besonders profitieren".

Quelle: CJD Berchtesgaden

ANZEIGE

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

ZURÜCK IN EINEN LEBENSWERTEN ALLTAG.

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

Schirmherrschaft:

gemeinsam mit

und

3. Lungentagung Worms

Asthma, COPD und häufige Begleiterkrankungen

Informationen für Patienten mit Atemwegserkrankungen und Ihre Angehörigen.

Samstag, 22. September 2018 – 9.30 Uhr – 15.00 Uhr

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

– 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 Asthma und COPD für Patienten?
Prof. Dr. Heinrich Worth,
Fürth

11:00 – 11:50 Uhr

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

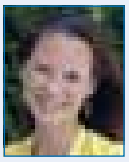
11:50 – 12.30 Uhr

Allergien bei Asthma und COPD
Referent angefragt

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

13:00 - 13:10 Uhr — Sportliche Auflockerung

13:10 - 14:00 Uhr



Behandlungsmöglichkeiten beim schweren Asthma bronchiale
PD Dr. Stephanie Korn,
Mainz

14:00 - 14:50 Uhr

Körperliche Aktivitäten bei Atemwegserkrankungen
Referent angefragt

14:50 – 15:00 Uhr

Zusammenfassung und Ausblick
Prof. Dr. Heinrich Worth,
Fürth

Parallel finden in weiteren Räumen

5 Workshops

zu krankheitsbezogenen Themen statt.

Asthma bei Kleinkindern

von Dr. M. Tiedgen

Foto: Fotolia / tiagozr

Wie schon in der Winterausgabe der Luftpost angekündigt, wurde jetzt beschlossen, das DMP-Asthma (Disease Management Programm) auf die Kleinkinder vom vollendeten ersten bis zum sechsten Lebensjahr auszuweiten.

Asthma ist *in dieser Altersgruppe* die *häufigste chronische Erkrankung.* Bis zu 10 % der Kinder leiden daran. Das Asthma ist heute eine prinzipiell gut behandelbare Erkrankung. Eine *weitgehende Beschwerdefreit* lässt sich in den meisten Fällen erreichen. Dafür ist es aber notwendig, dass die *Diagnose ernst* genommen und die *Therapie konsequent* durchgeführt wird.

Es gibt Hinweise darauf, dass bisher nicht alle Kleinkinder mit Asthma richtig behandelt werden. Dies zeigt sich daran, das asthmabedingte stationäre Aufenthalte oder Besuche in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser in dieser Altersgruppe noch zu häufig sind. Andererseits werden die Eltern der betroffenen Kinder durch Presseveröffentlichungen über angebliche Fehldiagnosen verunsichert.

Das DMP Programm soll hier eine Verbesserung der Versorgungssituation bringen. Dass dies möglich ist, haben das bisherige DMP bei den älteren Kindern und vergleichbare Programme auch für Kleinkinder schon zeigen können. Aber wo liegen die *besonderen Schwierigkeiten bei der Diagnose Asthma*, insbesondere bei den 1-5 Jahre alten Kindern?

Die Diagnose Asthma ist bei den Eltern oft stark mit Angst besetzt. Sie ist dann verbunden mit der Vorstellung von lebenslangen Luftnotanfällen. Dies lässt selbst manche Ärzte zögern, die Diagnose als Asthma zu benennen. Zulange wird manchmal - auf für Eltern schwer verständliche Umschreibungen - wie z.B. „rezidivierende obstruktive Bronchitis" ausgewichen. Am Anfang nach Benennung der Diagnose herrschen oft eine spontane Abwehr und das Erstaunen vor. Sehr schön ausgedrückt in dem Bild (Abb.1), das mir eine Mutter nach Diagnosestellung spontan schenkte.

Es ist deshalb sehr wichtig, sich bei der Erst-Benennung der Diagnose die nötige Zeit zu nehmen und den Eltern ausführlich zu erklären, was Asthma ist und was die Besonderheiten im Kindesalter sind. *Nach* den Aussagen der aktuellen deutschen und internationalen *Leitlinien* ist **Asthma** ein **Sammeltopf für eine Vielzahl von sehr unterschiedlichen Krankheitsverläufen**. Das Wort *chronisch* ist **nicht gleichbedeutend mit lebenslangen Beschwerden**.

Es ist sogar so, dass es bei den *sehr jungen Kindern mit Asthma häufiger* zu einem *Verschwinden der Symptome nach früh begonnener konsequenter Behandlung kommt*. Anders ist dies bei einem Krankheitsbeginn in einem höheren Lebensalter. Kleinkinder werden später viel häufiger beschwerdefrei als ältere Kinder.

Gerade weil es so unterschiedliche Verläufe des Asthmas gibt sind die *regelmäßigen Kontrollen* in einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) so wichtig. Nur mit regelmäßigen Kontrollen können z.B. rechtzeitige Anpassungen der Medikamente vorgenommen werden, dies gilt sowohl für eine Erhöhung als auch für eine Reduktion!

Was ist Asthma?

Die Definition von Asthma bronchiale unterscheidet sich bei (Klein)kindern nicht von der bei Erwachsenen. Dazu verweise ich auch auf den schönen Beitrag von Prof. Worth und Dr. Köhler über die neue Leitlinie im Herbstheft der „Luftpost". Diese medizinischen Definitionen richten sich an Ärzte und sind nicht nur für die Eltern oft schwer verständlich. Hier zwei aktuelle und für sich sprechende Zitate:

> *„Asthma ist eine heterogene, multifaktorielle, meist chronisch-entzündliche Erkrankung der Atemwege, die meist durch eine bronchiale Hyperreagibilität und/oder eine variable Atemwegsobstruktion charakterisiert ist und sich klinisch durch respiratorische Symptome (Luftnot, Brustenge, Giemen, Husten) wechselnder Intensität und Häufigkeit äußern kann."*

> *„Asthma bronchiale ist eine chronische entzündliche Erkrankung der Atemwege, charakterisiert durch bronchiale Hyperreaktivität, variable Atemwegsobstruktion und typische Symptome"*

Was bedeutet das? In der Abb. 2 habe ich die Definition von Asthma so aufgeführt, wie wir sie auch im Rahmen von Asthmaschulungen nutzen.

- Asthma ist eine entzündliche **Überempfindlichkeit** der Atemwege:
- **Immer wieder** kommt es zu einer **Verengung der Bronchien** durch Schleim, Verkrampfung und entzündliche Schwellung.
- Dabei treten meist auf: **Husten, erschwerte Atmung** und **pfeifende Nebengeräusche** *bei der Ausatmung* (Giemen)
- Bei *Kleinkindern* ist es **oft keine** lebenslange Erkrankung
- Anfälle müssen nicht sein!

Abb. 2. „verständliche" Asthma-Definition

Der zentrale Begriff ist hier die **Überempfindlichkeit** der Atemwege. Das ist für Eltern anschaulich und wird schnell akzeptiert. Nicht selten höre ich dann nach der ausführlichen Erklärung von den Eltern den Vorwurf: „Aber Doktor, dass unser Sohn solche überempfindlichen Bronchien hat, das erzähle ich Ihnen doch schon lange! Warum sagen Sie mir erst jetzt, dass das Asthma ist." Oder „Deshalb bin ich in den letzten Monaten ja so oft bei Ihnen – warum haben Sie das nicht schon früher gesagt?"

Weil zur Diagnose eben auch das „immer wieder" (chronisch) gehört, dürfen wir behandelnden Ärzte beim ersten Husten mit Pfeifen nicht gleich das Wort „Asthma" benutzen. Es ist dann z.B. *zunächst* von einer *obstruktiven Bronchitis* die Rede. Mit dem Vorwurf „Warum erst jetzt?" kann ich als Hausarzt gut leben, belegt er mir doch, dass ich die Diagnose nicht leichtfertig gestellt habe. Als Kinder-Pneumologe muss ich den ihre Kinder begleitenden Eltern klarmachen, dass der betreuende Hausarzt Recht hatte, ihr Kind erst, - nachdem die Symptome wiederholt aufgetreten waren - zu mir zu überweisen.

Benennt man dann das länger bestehende Problem als Asthma, ist manchmal sogar eine gewisse Erleichterung heraus zu hören: „Jetzt weiß ich endlich, woran ich bin". In der Aussage „immer wieder" steckt aber auch, dass die Ausprägung der Beschwerden kurzfristig sehr stark wechseln kann. Nicht selten kommen die Eltern mit ihrem Kind erst nach einer „Husten-durchwachten Nacht" und bei der Untersuchung ist dann nichts mehr zu hören. Die Eltern können das kaum glauben.

Wie wird Asthma bei Kleinkindern diagnostiziert:

Eine Lungenfunktion lässt sich in der Regel erst ab dem Schulalter zuverlässig durchführen. Nur im Einzelfall kann der Kinder-Lungenarzt auch schon vor der Einschulung eine verwertbare Lungenfunktion durchführen.

Im Vorschulalter muss sich der Arzt in der Regel auf die Schilderung der Eltern und die Befunde ihres Kindes bei der Untersuchung verlassen.

Die **Hauptsymptome** *sind*:

- Husten,
- erschwerte Atmung und
- pfeifende Nebengeräusche bei der Ausatmung (Giemen)

Husten

Kinder im Vorschulalter husten häufig. Gerade bei Kindern, die im Herbst erstmals in den Kindergarten kommen, „jagt" eine Erkältung oft die andere, fast immer begleitet von Husten. Das ist zunächst noch normal. Aber wenn jede Erkältung deutlich länger als 10 Tage dauert oder die Kinder nachts nicht schlafen lässt und dazu noch die pfeifenden Geräusche bei der Ausatmung auftreten, kann das ein Hinweis auf ein Asthma sein.

Eltern von Kindern mit Asthma berichten oft, dass ihr Kind während der ersten Lebensjahre häufig Antibiotika wegen Bronchitis oder Lungenentzündung benötigt hat. Wir wissen, dass gerade durch eine *rechtzeitige Behandlung* des Asthmas im Kindesalter *Antibiotika eingespart* werden können.

Pfeifen (Giemen)

Ein sehr wichtiges, asthmatypisches Symptom sind die *pfeifenden Nebengeräusche* bei der Ausatmung. Oft - aber nicht immer - sind diese typischen Geräusche (Giemen) beim Abhören der Lunge in der Praxis zu hören. Dann ist es möglich ein Medikament zu verabreichen, das die Bronchien schnell erweitert (Salbutamol, das „blaue Spray"). Schon einige Minuten nach der Verabreichung kann der Arzt dann durch erneutes Abhören feststellen, ob es zu einer Verbesserung gekommen ist.

Dies Medikament kann jedoch nur dann wirken, wenn die Bronchien vorher, wie bei Asthma typisch, verkrampft, d.h. enggestellt, waren. Dass die Beschwerden kurz nach Inhalation eines „Asthmasprays" deutlich weniger werden, ist ein deutlicher Hinweis für ein Asthma.

Wenn das Kind zum Zeitpunkt der Vorstellung in der Praxis keine Symptome hat, wird der Arzt ein entsprechendes Medikament verordnen und nach dessen Wirksamkeit beim Folgetermin fragen.

Es ist deshalb wichtig, die Eltern genau zu befragen und Ihnen auch zu erklären, worauf sie achten müssen. Spontan achtet ja kaum jemand darauf, ob Atemgeräusche bei der Ein- oder der Ausatmung auftreten. Wenn der Therapieversuch erfolglos blieb, sind in der Regel weitere Untersuchungen notwendig, um eventuell andere, seltenere Ursachen der Beschwerden zu finden oder auszuschließen.

Erschwerte Atmung und/oder Luftnot

Luftnot und erschwerte Atmung sind typisch für das Asthma, aber auch hier ist es sehr unterschiedlich was Eltern darunter verstehen. Ist es z.B. nur die im Rahmen von Infekten auftretende behinderte Nasenatmung, oder ist es eine schwere Luftnot mit gleichzeitig hochgezogenen Schultern?

Krankheitssymptome unabhängig von Infekten

Wie schon beschrieben, treten *asthmaverdächtige Symptome bei Kleinkindern meist im Rahmen von Erkältungen* auf. Ganz wichtig ist deshalb die Frage, ob diese Symptome auch unabhängig von Erkältungen auftreten: Die Eltern sollten darauf achten, *ob* die *Symptome auch im infektfreien Intervall* auftreten. Bei älteren Kindern denkt man dabei in erster Linie an den Sport, bei Kleinkindern äußert sich das anders. Wenn das Kind beim Lachen / Durchkitzeln oder auch beim Weinen immer wieder Husten muss, ist dies ein wichtiger Hinweis darauf, dass eine Überempfindlichkeit der Bronchien auch außerhalb von Infekten besteht. Eine uneingeschränkte körperliche Belastbarkeit ist wichtig für die gesunde Entwicklung des Kindes.

Psychische Auslöser wurden in der Vergangenheit überbetont. Das Kind hat sein Asthma sicher nicht nur weil die Mutter oder der Vater es zu sehr „einengen". *Psychischer Ärger* verursacht kein Asthma. Dagegen kann ein Kind, das an Asthma erkrankt ist, bei *Aufregung* durch die Beschleunigung der Atmung *Beschwerden* bekommen.

Ein wichtiger ursächlicher Faktor darf allerdings nicht unerwähnt bleiben. Es ist eindeutig *erwiesen*, dass das Rauchen der Eltern (in der Wohnung oder im Auto) die Chancen auf eine spontane Ausheilung deutlich verschlechtert.

Allergien

Bei vielen Kindern mit Asthma sind Allergien nachweisbar oder es gibt allergische Erkrankungen in der Familie. Bei Kindern mit einer eigenen oder familiären allergischen Belastung ist die Chance ihr Asthma schnell zu verlieren, geringer.

Hierbei ist es wichtig zu wissen, dass eine Reihe von Erkrankungen nahe „verwandt" sind:

- Neurodermitis, Asthma und Heuschnupfen.

Diese drei Erkrankungen haben eines gemeinsam: Eine *entzündliche Überempfindlichkeit der Haut*. Ist es die *äußere Haut*, sprechen wir von:

- Neurodermitis.

Sind dagegen die *Nase* und die *Augen* betroffen, handelt es sich um *Heuschnupfen*. Ist dagegen die Bronchialschleimhaut betroffen, nennt man es Asthma.

Diese drei Erkrankungen können gemeinsam *oder im Wechsel* auftreten. Häufig haben die Kinder mit Asthma zunächst eine Neurodermitis. Die Neigung zu einer dieser Erkrankungen wird oft vererbt. Wenn Eltern oder Geschwister an Asthma leiden, ist jedoch, das Risiko an Asthma zu erkranken erhöht.

Bei Verdacht auf eine Allergie sollte frühzeitig ein Allergietest durchgeführt werden. Eine sehr häufige Ursache - auch bei Kleinkindern - ist eine Allergie gegen *Hausstaubmilben*.

Der Allergie-Test hilft die Diagnose zu bestätigen, manchmal reicht sogar die Vermeidung der Auslöser die Beschwerden zu beseitigen. Leider ist eine Hyposensibilisierung, die bei älteren Kindern und Erwachsenen gut helfen kann, in dieser Altersgruppe noch nicht möglich.

Einschreibekriterien in das DMP

Wenn folgende 3 Punkte erfüllt sind, kann davon ausgegangen werden, dass das Kind ein Asthma bronchiale hat und von einer Therapie sowie den regelmäßigen Kontrollen in dem Programm profitieren wird. Ist dies nicht der Fall, kann die Diagnose „Asthma" noch nicht ausgeschlossen werden, weil nicht alle Kriterien erfüllt sind.

Therapie

Ziel der Behandlung ist eine optimale Kontrolle der die Lebensqualität einschränkenden Beschwerden - im besten Falle die **Beschwerdefreiheit**. Um den Kindern eine ungestörte kindliche Entwicklung zu gewährleisten, sollten bei ihnen noch strengere Kriterien angelegt werden als bei den Erwachsenen.

Mindestens **3 asthmatypische Episoden** im letzten Jahr
und
Ansprechen der Symptome **auf einen Therapieversuch** mit antiasthmatischen Medikamenten (Asthmaspray")
und
mindestens eines der folgenden **Zusatzkriterien**:

- Giemen/Pfeifen unabhängig von Infekten, insbesondere bei körperlicher Anstrengung,
- stationärer Aufenthalt wegen obstruktiver Atemwegssymptome, atopische Erkrankung des Kindes,
- Nachweis einer Sensibilisierung,
- Asthma bronchiale bei Eltern oder Geschwistern.

*Abb. 3 **Kriterien zur Teilnahme** von Kleinkindern im Alter von 1-5 Jahren im DMP Asthma*

Andererseits muss auch mehr auf Nebenwirkungen bzw. Beeinträchtigungen des wachsenden Organismus geachtet werden. Deshalb ist immer die *niedrigste mögliche Medikamentendosis* zu wählen, mit der eine gute Krankheitskontrolle erreicht werden kann. Wir wollen jede Chance nutzen, damit das Kind bereits im Kindesalter seine Krankheitsprobleme verliert.

Medikamente

Ohne auf die möglichen Medikamente im Einzelnen einzugehen, ist es doch wichtig zu wissen, dass es in der Asthmatherapie *zwei Arten* von Medikamenten gibt: Bedarfsmedikamente und (vorbeugende) Dauermedikamente.

Bedarfsmedikamente

Das wichtigste Bedarfsmedikament ist das oben schon erwähnte Salbutamol. Ich beschreibe seine Wirkung oft als „Nasenspray für die Bronchien" Die Wirkung tritt schnell ein, hält aber nicht lange an. Wie das abschwellende Nasenspray in der Nase, bringt es den Bronchien schnell eine Erleichterung, aber auf Dauer sollte es nicht ohne eine sinnvolle Begleitmedikation angewendet werden. Es gibt das Medikament auch als Tropfen zum Schlucken. Die Anwendung ist einfacher, aber nicht besser. So früh wie möglich sollte versucht werden, Asthma Medikamente als Dosieraerosol und mit einer Inhalierhilfe (Spacer) als Inhalation anzu-

wenden. Dies ist bei Kleinkindern nicht immer einfach und muss in der Praxis ausführlich gezeigt, erklärt und trainiert werden.

Am Anfang ist es meist notwendig eine Maske zu benutzen. So früh wie möglich sollte jedoch versucht werden über ein Mundstück zu inhalieren, da damit mehr Wirksubstanz gezielt in der Lunge ankommt. Mit dem Spray wird das Medikament direkt inhaliert an den Zielort in der Lunge gebracht. Wir benötigen deshalb eine *geringere Medikamentendosis* und erreichen damit eine bessere Wirkung mit weniger Nebenwirkungen als wenn das Medikament geschluckt würde. Die meisten Kleinkinder akzeptieren die Gabe eines Asthmasprays nach einer gewissen Zeit sehr gut, vielleicht weil sie dessen Wirksamkeit spüren. Die Bedarfsmedikamente werden von den Eltern bei asthmatischen Beschwerden verabreicht. Ihre Gabe kann beendet werden, wenn die Beschwerden abgeklungen sind.

Dauermedikamente –Vorbeugende Medikamente

Die zweite wichtige Gruppe von Anti-Asthma-Medikamenten sind die Dauermedikamente, auch vorbeugende Medikamente genannt. Anders als die Bedarfsmedikamente müssen sie regelmäßig genommen werden, es dauert meist etwa drei Wochen bis ihre Wirkung vollständig eintritt.

Das wichtigste Medikament dieser Gruppe ist das inhalierbare Kortison- ebenfalls am besten als Spray angewandt. Das Wort Kortison löst bei den Eltern oft große Ängste vor Nebenwirkungen aus. Zu Unrecht!
Mögliche Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Knochenbrüchigkeit oder Wachstumsstillstand spielen dann eine Rolle, wenn Kortison über längere Zeit als Tablette oder Zäpfchen verabreicht wird. Als Spray inhaliert werden jedoch sehr viel geringere Mengen für eine identische Wirkung benötigt.

Ein Beispiel: Kleinkinder bekommen bei Luftnot im Notfall ein Kortison-Zäpfchen, dies entspricht etwa der Kortisondosis von 1.000 Hüben des vorbeugenden Kortison - Sprays! Einmalig bei Luftnot gegeben, hat selbst das Zäpfchen keine ernsten Nebenwirkungen. Würde man es aber regelmäßig geben, käme es wahrscheinlich zu den gefürchteten Nebenwirkungen.

Auf der anderen Seite kann die regelmäßige Einnahme des niedrigdosierten Kortison-Sprays nicht nur Beschwerden vorbeugend verhindern. Es gilt dann sogar als weniger belastend, als eine häufige Anwendung des Bedarfsmedikamentes.

Wenn das Dauermedikament oft benötigt wird, sollte man mit dem Arzt über eine Anpassung der vorbeugenden Behandlung reden. Änderungen in der Dauertherapie müssen aber immer mit dem Arzt besprochen werden!

Verlaufskontrolle – Therapieanpassung

Wie bei den Erwachsenen gibt es in den Leitlinien auch einen Stufenplan für die Behandlung von Kleinkindern. Dieser sieht bei ihnen etwas anders aus als bei den Erwachsenen. Einige Medikamente werden zurückhaltender als bei erwachsenen Patienten eingesetzt. Eine Überweisung zu einem Spezialisten wird z.B. immer dann erst empfohlen, bevor z.B. hohe Dosen von Kortison eingesetzt werden.

In der Verlaufskontrolle wird zunächst genau erfragt, wie oft es in der letzten Zeit zu Krankheitssymptomen gekommen ist und was die Eltern konkret unternommen haben. Wenn deutliche Beschwerden bestehen oder sogar eine Verschlechterung aufgetreten ist, sollte nicht auf die nächst höhere Therapiestufe gegangen werden, sondern zunächst nach möglichen Ursachen geforscht werden, wie z.B.:

- Wurden die Medikamente wie verordnet genommen?
- Wurden die Medikamente richtig angewendet?
  Es hat sich sehr bewährt, den richtigen Gebrauch des Asthmasprays bei jeder Vorstellung durch eine erfahrene medizinische Fachangestellte (MFA) kontrollieren zu lassen. Es ist erstaunlich, wie schnell sich Fehler in der Anwendung einschleichen.
- Hat sich in der Umgebung z.B. etwas verändert?
  - Schimmel?
  - Sind die Milbenbezüge auf den Betten?
  - Rauchen die Eltern wieder?
  - Wiederholte Tierkontakte?
- Ist eine Überweisung zum Spezialisten notwendig, um z.B. seltenere Ursachen oder Begleiterkrankungen auszuschließen?
- Ist eine Asthmaschulung sinnvoll?
  Ja! Im Rahmen der Schulung können die Probleme viel ausführlicher erklärt und besprochen werden als es in der täglichen Sprechstunde möglich ist. Es gibt hierzu die entsprechenden Programme, aber sie können erst flächendeckend eingesetzt werden, wenn auch das DMP in allen Bereichen umgesetzt worden ist.

Wenn das Kind aber über einen längeren Zeitraum beschwerdefrei war, wird der *Arzt überlegen, ob die Medikamente reduziert werden* können.

Gar nicht so selten ist es jedoch kaum entscheiden zu können - selbst nach längerer, mehrmonatiger Beschwerdefreiheit - und ohne Anwendung von Bedarfsmedikamenten, ob diese Besserung auf die gute Behandlung oder aber vielleicht auf eine spontane Besserung der Krankheitssymptome zurückzuführen ist.

In Absprache zwischen Arzt und Eltern wird man dann einen Auslassversuch machen.

Wenn in Veröffentlichungen behauptet wird, das Patienten – insbesondere Kinder - oft als Asthmatiker behandelt werden, obwohl sie gar kein Asthma haben, liegt das meist daran, dass die Asthmasymptome zwischenzeitlich verschwunden sind. Es wurde dann versäumt, die Behandlung rechtzeitig zu beenden. Die Diagnose war richtig, die *Fehlbehandlung* ist hier aber die *Folge einer fehlenden Verlaufskontrolle* und -beobachtung.

In den letzten Jahren ist die Akzeptanz der Eltern zur Verabreichung inhalativer Kortison-Präparate deutlich gestiegen. Manchmal müssen jetzt Eltern sogar dazu überredet werden, einen *Auslassversuch* zu wagen, aus Furcht es könnte so werden wie vor der Behandlung.
Das Risiko bei einem Auslassversuch ist gering, da die Eltern ja gelernt haben mit akuten Symptomen umzugehen. Gelingt der Auslassversuch nicht, haben wir die Bestätigung dafür, dass die Behandlung weiter notwendig ist. Gelingt der Versuch, ersparen wir dem Kind eine unnötige lange Behandlung mit Medikamenten.
Wenn Sie in der Darstellung Ihr Kind oder Enkelkind wiedererkannt haben und die Diagnose Asthma noch nicht genannt wurde, sprechen Sie unbedingt Ihren Kinderarzt darauf an.

Eine Teilnahme im DMP-Asthma ist für Kleinkinder derzeit noch nicht möglich. Sie können aber bei Ihrer Krankenkasse schon jetzt gezielt danach fragen.

Autor:

Dr. med. Martin Tiedgen
Kinder-und Jugendarzt
Kinderpneumologe
Hamburg-Harburg

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

Patientinnen und Patienten erleben Qualitätsmängel im Krankenhaus hautnah

– dennoch dürfen ihre Vertretungsorganisationen keine Qualitätskontrollen beauftragen!

von Prof. Dr. I. Heberlein

Foto: Fotolia / Africa Studio

Qualitätsmängel in Krankenhäusern sollen künftig entschiedener verfolgt werden – so will es der Gesetzgeber. Dazu wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet, in einer Richtlinie u.a. zu regeln, wer den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Prüfung der Qualität beauftragen kann.

In seiner Sitzung am 21.12.2017 in Berlin, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Antrag der anerkannten Patientenorganisationen, dass auch sie Prüfaufträge stellen dürfen, abgelehnt.

Hierzu Prof. Dr. Ingo Heberlein vom Sozialverband Deutschland e.V.: „Dieser Antrag war berechtigt, denn Patientinnen und Patienten sind diejenigen im Gesundheitssystem, die ein wirklich existenzielles Interesse an der Einhaltung von Qualitätsanforderungen haben. Und sie sind auch diejenigen, die Qualitätsmängel hautnah erfahren und darüber berichten können.

Innerhalb der Patientenorganisationen werden diese Erfahrungen ausgetauscht und aufbereitet. Diese Entscheidung des G-BA ist sehr bedauerlich, denn Patientenorganisationen sind der ideale Auftraggeber zur Überprüfung von Krankenhäusern, um die Durchsetzung von Qualitätsanforderungen zu erreichen."

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Ingo Heberlein
E-Mail: Ingo.Heberlein@web.de

ANZEIGE

COPD-Notfall-Patienten sollten vorbereitet sein

von J. Frischmann

Aufgrund einer Exazerbation meiner COPD mit sehr akuter Atemnot wurde ich im Dezember 2017 in ein *Lungenzentrum einer Klinik der Maximalversorgung,* die zugleich *Lehrkrankenhaus der nahegelegenen Universitätsstadt* ist, eingeliefert. Von der Notaufnahme wurde ich nach ersten Untersuchungen wegen Nichtexistenz einer Lungenstation auf die gefäßchrirugische Station verlegt und kann dazu meine Erlebnisse berichten:

Als Langzeit-Sauerstoffpatient erfolgte meine ständig erforderliche Sauerstoffversorgung über die vorhandenen Wandanschlüsse im Zimmer - ohne Befeuchtung. Zur Vermeidung von Schleimhautschäden (z.B. Austrocknung) werden üblicherweise geschlossene Sterilwassersysteme wie AquaPak® oder Respiflo H Sterilwasser empfohlen und in den meisten Kliniken verwendet. Diese empfohlene Kaltluftbefeuchtung, die oft sogar noch nicht ausreichend ist, wurde in dieser Klinik mit dem Hinweis auf Hygieneprobleme leider nicht durchgeführt. Mir wurde zur Linderung der Probleme nur eine Nasensalbe und ein Befeuchtungsspray angeboten.

Da es in der Klinik auch keine Möglichkeit gab mein Flüssigsauerstoffgerät aufzufüllen, musste ich mir den Flüssigsauerstoff von zuhause bringen lassen. Dies war bei mir glücklicherweise möglich. Nur so war ich in der Klinik mobil und in der Lage das Zimmer ohne erheblichen Aufwand zu verlassen. Wer diese Möglichkeit nicht hat, ist in dieser Situation während seines Klinikaufenthaltes in seiner Mobilität ganz erheblich eingeschränkt.

Meine aktuellen Medikamente und die notwendigen Hilfsmittel hatte ich den Ärzten schon in der Notaufnahme mitgeteilt. Ich informierte die Ärzte dabei auch über mein Beatmungsgerät und die 3 mal täglich notwendigen Inhalationen. Aus Erfahrung überprüfte ich die mir bereitgestellten Medikamente. An einem Tag fehlte mir ein wichtiges Medikament und die Inhalationstherapie wurde - trotz Erinnerung - an allen Tagen nicht durchgeführt. Das Beatmungsgerät, welches mir von zuhause gebracht wurde, konnte wie verordnet verwendet und die Therapie fortgeführt werden. Die Handhabung des Gerätes war dem dortigen Pflegepersonal aber nicht bekannt und wurde auch nicht im Lungenzentrum erfragt (!).

Einen Tag vor der Entlassung wurde *nach der Visite* noch eine Lungenfunktion und Blutgasanalyse durchgeführt. Bis zur *Entlassung* wurden mir die *Ergebnisse nicht mitgeteilt* und die Entlassung erfolgte *ohne Arztbrief.* Die Ergebnisse habe ich dann schriftlich nach meiner Entlassung angefordert.

Fazit

Aufgrund wiederholter Klinikaufenthalte bin ich unterschiedliche Klinikabläufe gewöhnt und konnte mir bei meiner Einlieferung als Notfallpatient (!) noch selbst weiter helfen. Wenn man selbst dazu aber nicht mehr in der Lage ist, *sollte man* sich und *vor allem die Angehörigen* oder Bekannte auf solche Notfälle ausführlich und folgendermaßen *vorbereiten:*

- Zum einen sollte man vorab mit dem behandelnden Hausarzt oder Lungenfacharzt klären welche Klinik für einen COPD-Notfall Patienten in der Region geeignet ist.
- Man sollte immer die *aktuelle Medikamenten-* und *Therapieliste bei sich tragen.*
- Notwendige Geräte sollten zu Hause bekannt und zugänglich sein, um sie im Bedarfsfall unverzüglich in die Klinik bringen zu können.
- *Angehörige* oder Bekannte *sollten* über *die verwendeten medizinischen Geräte* informiert sein und diese *im Bedarfsfall auch bedienen können* (z.B. die Befüllung eines Flüssigsauerstoffgerätes).
- Auf Station - wenn möglich - *Medikamente bei Aushändigung auf Vollständigkeit prüfen* und bei *Zweifeln nachfragen.*
- *Notwendige* laufende *Therapien*, z.B. Inhalationen *beim Arzt oder Pflegepersonal einfordern.*
- *Untersuchungsergebnisse erklären lassen* und darauf achten, dass ein *Arztbrief* ausgehändigt wird, in dem auch *alle Untersuchungsergebnisse* aufgeführt sind.

Der Autor:

Jürgen Frischmann
stellv. Vorsitzender der DPLA

SPIROERGOMETRIE Teil 1 – das Messen der Atmung bei der Arbeit

von Dr. R. F. Kroidl

SPIROERGOMETRIE

- **Was steckt dahinter?**
- **Wo hilft sie uns?**
- **Wo sind ihre Grenzen?**

Spiroergometrie, ein zusammengesetztes Wort mit drei Silben ...

Spiro...	entlehnt aus dem lateinischen bedeutet	**Atmen**
Ergo...	entlehnt aus dem Griechischen bedeutet	**Arbeit**
Metrie...	ein uns bekannter Begriff	**Messen**

Der Begriff „Spiroergometrie" beschreibt somit „... das Messen der Atmung bei Arbeit".

I. Hintergrundwissen zu Atmung / Arbeit / Leistung – Das Bild der „Drei Räder"

1. „Atmung" ... nachgefragt
2. Mit welchem Organ atmen wir?
3. Begriff „Arbeit" und dessen Erweiterung „Leistung"

1. „Atmung".... nachgefragt

Zum Verständnis der Möglichkeiten der Spiroergometrie ist es sinnvoll, vorweg einige wenige Basisbegriffe aufzufrischen, nämlich „Atmen" und „Arbeit".

Atmen ist unabdingbar zum Leben. Mit der Atmung schöpfen wir Sauerstoff (**O_2**). O_2 benötigen wir zum „Verbrennen", genauer gesagt zur chemischen Verbrennung energiereicher Nahrung (Fette, Zucker [Kohlenhydrate], Eiweiß). Hieraus gewinnen wir die Kraft bzw. Energie zum Leben. Dies ist der Stoffwechsel (Metabolismus), dabei entsteht als Stoffwechselprodukt ein weiteres wichtiges Atemgas, nämlich Kohlendioxid (**CO_2**). Dieses Gas muss durch Abatmung aus dem Körper „weggeschafft" (also ausgeatmet) werden.

Dieses Grundprinzip gilt für das gesamte Tierreich. Das Pflanzenreich hat im Tageslicht einen anderen Stoffwechsel, die Pflanzen nutzen umgekehrt CO2 zur „Einatmung" (Photosynthese) und scheiden dafür den für uns lebenswichtigen Sauerstoff (O2) aus.

2. Mit „welchem Organ" atmen wir?

Atmung, ein harmonisches Zusammenwirken von: **Ventilation, Zirkulation** und **Zellstoffwechsel** / Muskulatur (Metabolismus). **Metapher: „Drei Räder"**
Der rote Blutfarbstoff (Hämoglobin – Hb) transportiert den Sauerstoff (O2) von der Lunge zu den Zellen und Kohlendioxid (CO2) von den Zellen zur Lunge.

Unsere Atmung beginnt in der Lunge:

Einatmung → O_2 Aufnahme
Ausatmung → CO_2 Abgabe

Dies wird als **Ventilation** bezeichnet. O_2-reiche Luft wird aus der Atmosphäre (Umgebung) in unsere Lungenbläschen (Alveolen) eingeatmet.

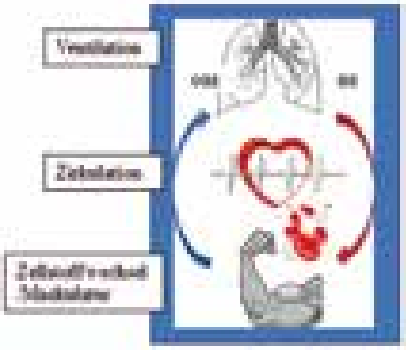


Abbildung 1

Die „Arbeit" im Körper und damit der O_2-Verbrauch erfolgen aber in den Körpergeweben, in den Zellen, vor allem in der Muskulatur. Dorthin muss der Sauerstoff O_2 gelangen.

Wie geht es weiter?
Der Sauerstoff (O_2) in den Alveolen, den etwa 200 Millionen Lungenbläschen, geht über Diffusion in das Blut, konkret wird er an den roten Blutfarbstoff, das Hämoglobin (Hb) in den roten Blutkörperchen gebunden. Mit diesen gelangt der Sauerstoff zu den Zellen. Diese Aufgabe des Transportes und der Verteilung übernimmt das Herz- Kreislaufsystem mit dem Blutkreislauf (**Zirkulation**).

O_2-reiches Hb erreicht in den feinsten Haargefäßen (Kapillaren) die Zellen und geht wieder über Diffusion in die Zellen (an das Zellkraftwerk) über. In den Zellen befindet sich ihr „Kraftwerk", das Mitochondrium. Hier findet der letzte und nicht minder entscheidende Teil der Atmung statt, die Zellatmung (**Metabolismus**). Aus der hier stattfindenden „Verbrennung" energiereicher Nahrungsmittel schöpfen wir die Kraft für Arbeit, Leben und Leistung.

Wir atmen somit nicht mit einem Atmungsorgan, sondern es sind mehrere Organfunktionen beteiligt.

Die Atmung beruht auf dem harmonischen Zusammenwirken von:

- Ventilation (1),
- Zirkulation (2) und
- Zellstoffwechsel (Metabolismus) (3).

Hierfür wurde das Bild der **„Drei ineinander greifenden Zahnräder"** (Karlman Wasserman) geprägt.

Das harmonische Zusammenwirken von *Ventilation* (blaues Rad), *Zirkulation* (rot) und *Zellstoffwechsel / Muskulatur* (beige) ist Grundlage der Atmung.

„Drei Räder der Atmung" (Abbildung 2)

Von diesen „drei Rädern" hat das „blaue Rad" (also die Ventilation) die größten Reserven.

- *Mechanistische Betrachtung:* Wenn ein Zahnrad blockiert ist, werden die anderen beiden Zahnräder ebenfalls stillstehen.
- *Lebensnahe Betrachtung:* Im Leben ist dies glücklicherweise nicht zutreffend. Bei Schwäche eines Rades können die beiden anderen Räder im begrenzten Maße „aushelfen". So hilft vor allem eine muskuläre Ertüchtigung (3. Rad – beige) bei möglichen Schwächen der Ventilation und/oder der Zirkulation. Dies ist auch der *Ansatzpunkt der körperlichen Rehabilitation!*

3. Begriffe „Arbeit" und „Leistung"

Physikalisch gesehen ist:

- **Arbeit** = Kraft x Weg und
- **Leistung** ist „Arbeit pro Zeit".
- Der Begriff „**Energie**" ist gleichbedeutend mit dem der „Arbeit" (Synonym).

Biologisch gesehen, leisten wir auch in völliger Ruhe „**Arbeit**", denn auch in Ruhe haben wir einen Stoffwechsel und haben wir lebenswichtige Funktionen, die ein gewisses Maß an Energie benötigen. Im allgemeinen Verständnis betrachten wir Arbeit als eine „externe" Verrichtung unseres Körpers und denken entsprechend an die vielfachen Aufgaben des Lebens. Wird diese Arbeit in einer bestimmten Zeiteinheit bemessen (z.B. auf eine Minute), so bezeichnen wir sie als eine **Leistung**.

Jeder Mensch verfügt in jeder Lebensphase über eine *individuelle maximale Leistung*. Diese „maximale Leistung" ist aber nur kurzzeitig leistbar (Beispiel: Zwei Getränkekisten sollen in den vierten Stock). Über einen längeren Zeitraum – z.B. über die acht Stunden einer Arbeitsschicht – steht uns diese maximale Leistung nicht zur Verfügung, sondern nur eine Teilmenge davon. Anerkannt ist, dass die *körperliche Leistung auf Dauer nicht mehr als etwa 40% der maximalen Leistung* betragen soll.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der, dass wir Arbeit nur dann über längere Zeit verrichten können, wenn wir (d.h. unsere Muskulatur / unser Stoffwechsel) dabei **nicht „sauer"** werden. Die sogenannte aerob – anaerobe Schwelle (AT = aerobic- anaerobic threshold) kann auf längere Zeit nicht überschritten werden.

Aerob – anaerobe Schwelle (AT): Aerobe Arbeit ist solche Arbeit, für die wir ausreichend O2 bereitstellen können, die also im Verfügungsrahmen unserer Atmung (s.o.) liegt. Kurzfristig können wir darüber hinausgehen, sozusagen einen „Atmungs-Kredit" aufnehmen und mehr Leistung bewältigen als es unsere Atemkapazität zulässt. Wir nutzen dazu Leistungs-Reserven, die aber sehr begrenzt sind. Hierbei sammeln sich CO2 bzw. Laktat (Milchsäure), welches wiederum als Folge des Stoffwechsels entstehendes CO2 abpuffert. Dieser „Kredit" beim „Konto Energiestoffwechsel" kann nicht unbegrenzt erhöht werden. Er muss bald „zurückgezahlt" werden. Daher wird in der Erholungsphase Laktat abgebaut bzw. verstoffwechselt.

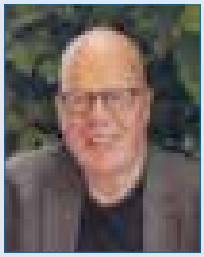
Es leuchtet ein, dass eine *Dauerleistung* (also z.B. über eine Arbeitsschicht) nicht im Bereich oberhalb der AT (aerob- anaeroben Schwelle) liegen kann. Auch für gut trainierte Sportler ist dies nicht länger möglich:

Nach diesen Ausführungen können wir jetzt die Möglichkeiten der Spiroergometrie besser verstehen. Die Spiroergometrie kann nämlich das Zusammenspiel der *„Drei Räder" (Ventilation / Zirkulation / Metabolismus)* und deren Bezug zu Arbeit und Leistung ziemlich gut abbilden.

Teil 2 folgt in Luftpost 02-2018

Autor:

Dr. med. Rolf F. Kroidl
Facharzt für Innere Medizin/
Pneumologie/Allergologie
Stade



Autoverkehr in Städten, was machen die Abgase mit der Lunge und den Atemwegen?

von Prof. Dr. J. Heinrich

Der Autoverkehr ist eine Hauptquelle der Luftverschmutzung in unseren Städten

Es gibt im Wesentlichen die folgenden Quellen, die die Luftverschmutzung in unseren Städten beeinflussen: die Emissionen *des lokalen Straßenverkehrs* sowie der Ferntransport von *Luftschadstoffen*, *die aus* der *Industrie* oder der *Landwirtschaft* entstammen. Hinzu kommt in manchen Gegenden die Emission aus Kleinfeuerungsanlagen, insbesondere bei *Verbrennung von Holz oder Holzpellets*.

Zu den *Emissionen des Autoverkehrs* gehören neben den *Abgasen* auch der nicht zu vernachlässigende *Abrieb von Bremsen und Reifen* sowie die Wiederaufwirbelung von *sedimentiertem Staub*. Die Emissionen des Autoverkehrs und dabei der Dieselfahrzeuge insbesondere tragen maßgeblich zur Luftbelastung mit *Stickoxiden* (NO_x) bei. Zusätzlich sind die *älteren Dieselfahrzeuge ohne Partikelfilter* eine maßgebliche Quelle der *Feinstaubbelastung*, messbar als Partikel mit einem aerodynamischen Durchmesser von kleiner als 10 µm (PM_{10}) sowie von Partikeln mit einem Durchmesser von kleiner als 2.5 µm ($PM_{2.5}$). Feinstaub und Stickoxide, insbesondere Stickstoffdioxid, sind neben dem *Ozon* in bodennahen Luftschichten die Luftschadstoffe, deren gesundheitliche Wirkung derzeit am besten untersucht ist und die wegen ihrer Schadwirkung in landesweiten Messnetzen kontinuierlich gemessen werden. Der Gesetzgeber hat deshalb auch Grenzwerte zum Schutz der Bevölkerung vor gesundheitlichen Gefahren festgeschrieben sowie Maßnahmen zur Reduktion der Schadstoffkonzentration empfohlen.

Worin bestehen hauptsächlich gesundheitliche Gefahren durch Luftverschmutzung für die Lunge und die Atemwege?

Die nachteiligen gesundheitlichen Wirkungen von Luftschadstoffen sind durch experimentelle Expositionsstudien, durch Expositionsstudien bei Menschen und schließlich durch epidemiologische Studien ausreichend belegt. Während die gesundheitlichen Wirkungen im Zusammenhang mit einzelnen Schadstoffen wie Feinstaub, Sickstoffdioxid und Ozon ausreichend erwiesen sind, ist der *spezielle Zusammenhang mit den Emissionen des Autoverkehrs* lediglich in Form eines „*Indiziennachweises*" zu erbringen, weil die eingeatmete Luft stets als Gemisch verschiedener Schadstoffe unterschiedlicher Quellen besteht. Als „Indizien" für die gesundheitlichen Schadwirkungen des Autoverkehrs dienen der gesicherte Nachweis, dass Autoabgase zu den Luftschadstoffkonzentrationen in unseren Städten beitragen, die zahlreichen Belege, dass Wohnen nahe verkehrsreicher Straßen mit höheren Erkrankungsrisiken einhergeht (auch nach dem Herausrechnen möglicher Straßenlärmeffekte) und dass bestimmte Komponenten im Feinstaub, die spezifisch für die Kraftfahrzeugabgase sind, mit den gesundheitlich erhöhten Risiken assoziiert sind.

Der *epidemiologische Nachweis* von irreversiblen gesundheitlichen Langzeitwirkungen entstammt bisher überwiegend aus den *Ergebnissen umfangreicher Kohortenstudien* in *Nordamerika*, die teils über Jahrzehnte hinweg auch im Hinblick auf die Entstehung von Atemwegserkrankungen untersucht wurden. Luftschadstoffe hatten bei diesen Studien ihren Ursprung in den Emissionen der Industrie, des Straßenverkehrs und des Hausbrandes. Die Ergebnisse dieser Studien begründeten maßgeblich die derzeitigen Grenzwerte für PM10, Feinstaub und Stickoxide in Europa. Dabei mussten vielfältige Unterschiede zwischen Nordamerika und Europa in Kauf genommen werden: wie zum Beispiel Unterschiede in der Emittentenstruktur, der Luftchemie wegen anderer klimatischer Bedingungen, und der allgemeinen Verbesserung der luft-

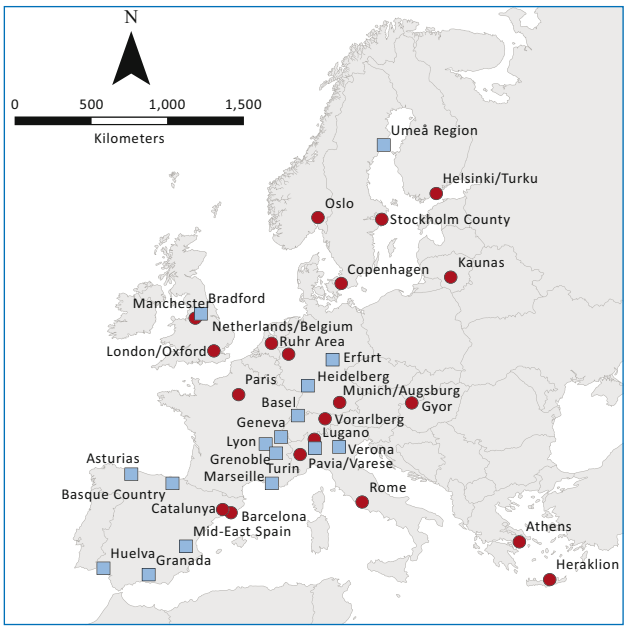
hygienischen Situation während der letzte Jahrzehnte. Deshalb sind zusätzlich Daten zu Langzeitwirkungen von Luftschadstoffen in Europa erforderlich, um auch hier die Allgemeinbevölkerung ausreichend vor diesen Schadwirkungen zu schützen. Die Etablierung und Langzeitbeobachtung ausreichend großer Kohorten in Europa ist aber extrem teuer, aufwendig und dauert zu lange, um jetzt entsprechende Novellierungen der Grenzwertfestsetzung zu begründen. Genau an diesem Punkt setzt das europäische ESCAPE Projekt an, um Abhilfe bei Wissenslücken zu schaffen.

Was ist ESCAPE:

ESCAPE (**E**uropean **S**tudy of **C**ohorts for **A**ir **P**ollution **E**ffects) ist ein europäisches Forschungsprojekt zur *Quantifizierung von Langzeitwirkungen von* Luftschadstoffen wie PM_{10} und $PM_{2.5}$ *Feinstaub, Feinstaubinhaltsstoffen* wie *Metallen, Stickoxiden* und *Dieselruß* auf die menschliche Gesundheit (siehe www.escapeproject.eu). Dabei wird auf existierende Daten von 22 Kohorten zurückgegriffen (siehe Abbildung). Aus Deutschland fließen mit Bezug auf Atemwegserkrankungen Ergebnisse der Erwachsenenkohorten **KORA** aus der Region *Augsburg* und SALIA aus *Nordrhein-Westfalen* sowie der Geburtskohorten **GINIplus** und **LISAplus** aus den Regionen *München*, dem *Rheinland* und *Leipzig* ein. Die Besonderheit von ESCAPE liegt allerdings in der standardisierten Modellierung der individuellen Schätzung der Exposition mit Feinstaub und Stickoxiden mittels sogenannter land use regression models (LUR). Dabei wird ein eigens für ESCAPE entwickeltes Messprogramm an *20 bis 40 Messpunkten pro Kohorte* benutzt, um die Vorhersage der Schadstoffkonzentrationen durch Daten des Geographischen Informationssystems (GIS) wie die Nähe und Intensität des Straßenverkehrs zu modellieren. Diese Regressionsmodelle werden zur Schätzung der Schadstoffkonzentration an den Wohnadressen der Probanden herangezogen.

Aktuelle ausgewählte Ergebnisse zu Atemwegserkrankungen

Die Analyse der Längsschnittdaten von über **300.000 Probanden aus 17 Kohorten** zeigte *nach* einer follow up Zeit von *durchschnittlich 12,8 Jahren* ein um **22%** statistisch signifikant *erhöhtes Risiko für Lungenkrebs* für *PM_{10}*, allerdings keine Risikoerhöhung für NO_2. Ein jüngst publiziertes systematisches Review zur NO_2 Exposition und Lungenkrebs zeigte allerdings ein konsistent erhöhtes Risiko. Die Mortalität an nicht bösartigen respiratorischen Ursachen war bei den ESCAPE Kohorten nicht statistisch signifikant erhöht.



Die Prävalenz und Inzidenz von *COPD* in Abhängigkeit von der Schadstoffexposition wurde bei 6550 Probanden aus 4 multizentrischen Kohorten (ECRHS, SALIA, SAPALDIA, NSHD) untersucht. Es zeigten sich *positive*, aber nicht statistisch signifikante *Risikoerhöhungen*. Lediglich *für Frauen* und *teils für Nie-Raucher* waren die *Risiken teils statistisch signifikant erhöht*. Bei Hinzuziehung von Daten der französischen EGEA Studie zeigten sich in den insgesamt 5 Kohorten statistisch signifikant niedrigere Lungenfunktionswerte (FEV_1, FVC) in Abhängigkeit von PM_{10} und NO_2, aber nicht für weitere Schadstoffe. Langzeitexposition mit Luftschadstoffen waren nicht assoziiert mit Symptomen der chronischen Bronchitis, Husten oder Auswurf bei den über 10000 Erwachsen aus 5 Europäischen Kohorten. Allerdings war das Risiko für Auswurf bei Nie-Rauchern mit Bezug auf die coarse PM ($PM_{10-2.5}$) erhöht. Auch für die Inzidenz von *Asthma* zeigte sich nur für $PM_{10-2.5}$, der sogenannten „coarse fraction des PM_{10}" eine *statistisch signifikante Risikoerhöhung*.

Für **Kinder** waren positive, aber nicht statistisch *signifikant erhöhte Risiken für Asthma* sowohl in den ESCAPE Kohorten, als auch in unserem jüngst publizierten systematischen Review (Heinrich et al 2016) nachweisbar. Die Lungenfunktion (FEV_1, FVC) war bei etwa 6000 Kindern aus 5 Kohorten geringfügig, aber statistisch signifikant erniedrigt sowohl für $PM_{2.5}$ als auch für NO_x, wenn die aktuelle Adresse zur Expositionsschätzung herangezogen wird. Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Exposition in der perinatalen Phase einen langzeitigen Einfluss auf die Lungenfunktion hat. Deutliche Effekte für alle modellierten Luftschadstoffexpositionen wurden für Pneumonie nach-

gewiesen, während *keine substantiellen Effekte* für das Auftreten von *Pseudokrupp* beobachtet wurden. *Otitis media* war statistisch signifikant *mit NO_2 assoziiert.*

Welche Bevölkerungsgruppen bedürfen eines besonderen Schutzes?

Insgesamt sind die Wirkungen *von Luftschadstoffen* für die *Allgemeinbevölkerung* in den Konzentrationen, wie wir sie derzeit *in Deutschland* haben, *eindeutig nachweisbar.* Wichtig ist dabei auch anzumerken, dass *gesundheitlich nachteilige Wirkungen auch* unterhalb der *bestehenden Grenzwerte deutlich* zu sehen sind. Obwohl die Stärke der Schadwirkung als nicht sehr hoch einzuschätzen ist, betrifft diese dennoch einen sehr großen Anteil unserer Bevölkerung, der sich niemand entziehen kann. Deshalb hat der Gesetzgeber auch für saubere Luft zum Atmen für alle, auch für jene, die in Ballungsräumen mit einem hohen Verkehrsaufkommen wohnen, zu sorgen. Ungeachtet dessen gibt es einige Bevölkerungsgruppen, die als *besonders verletzlich durch Luftschadstoffe* gelten. Dazu gehören Patienten mit geschädigten Atemwegen wie Asthmatiker oder Patienten mit einer *Chronisch Obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)*, Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* und *Diabetes und Kinder.*

Schlußfolgerungen

Insgesamt haben sich die *Belege für die gesundheitliche Schädigung* von Lunge und Atemwegen durch Luftschadstoffe wie Feinstaub und Stickoxide und dabei insbesondere für verkehrsabhängige Luftschadstoffe *weiter erhöht.* Eine belastbare Bewertung gesundheitlicher Wirkungen darf nicht bei der Lunge und den Atemwegen als Zielorgane stehen bleiben und muss selbstverständlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen, vielleicht auch Diabetes, Demenz und kognitive Störungen einbeziehen. Es gibt keinen vernünftigen Grund die bestehenden Grenzwerte für Feinstaub und Stickstoffdioxid in Frage zu stellen. Mit einem Bündel von Maßnahmen muss um die *Einhaltung dieser Grenzwerte*, die schließlich *Gesetzescharakter* haben, gerungen werden. Dazu gehören im Einzelnen:

- *Anforderungen an die Automobilindustrie* durch technologische Maßnahmen den Schadstoffausstoß insbesondere von *Stickstoffoxiden* zu verringern;
- eine attraktivere Gestaltung des öffentlichen *Personennahverkehrs*;
- verkehrsorganisatorische Maßnahmen zur *Vermeidung des stop and go Verkehrs*, der mit einem höheren Schadstoffausstoß verbunden ist;
- und die *Ausweitung von Umweltzonen* als Übergangsmaßnahme, bis andere Maßnahmen zu einer Einhaltung der Grenzwerte geführt haben.

Zu guter Letzt steht auch die Frage, welche gesundheitlichen Kosten und Nachteile an Lebensqualität durch den Autoverkehr in unserer Wohnumgebung wir bereit sind in Kauf zu nehmen im Vergleich zu dem alltäglichen Nutzen unserer privaten Kraftfahrzeugnutzung.

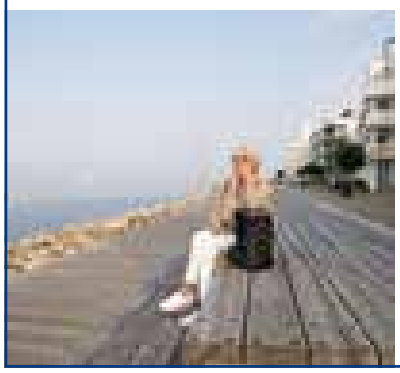
Literatur beim Autor

Der Autor:

Prof. Dr. Joachim Heinrich
Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, WHO Collaborating Centre for Occupational Health, Klinikum der Universität München, Member of German Center for Lung Research (DZL) und Institut für Epidemiologie I, Helmholtz Zentrum München
Email: joachim.heinrich@med.uni-muenchen.de

ANZEIGE

GCE mediline
* A matter of life



Die mobilen Sauerstoffkonzentratoren

Zen-O™
und
Zen-O lite™
aktiv - unabhängig - mobil

- hergestellt in Europa
- einfache Bedienung
- hohe Sauerstoffleistung
- zuverlässig und langlebig
- Akkuleistung bis zu 8 Stunden
- atemzuggesteuert und Dauerflow

FAA

GCE GmbH
Weyherser Weg 8
36043 Fulda
0661 8393-42
www.gcegroup.com
info-med-de@gcegroup.com

Stadtluft zu schmutzig für Sport und Bewegung:

Schadstoffe belasten Herz und Lunge bei körperlichen Aktivitäten

Berlin – Wer regelmäßig spazieren geht, joggt oder mit dem Rad fährt, um sich fit zu halten, sollte auf der Trainingsroute stark befahrene Straßen meiden.

Ein Londoner Forschungsteam fand heraus, dass geringgradige körperliche Aktivität in der Nähe stark befahrener Straßen die positive Wirkung der Bewegung auf Atemwege und Symptome von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zunichtemacht (Lancet, 2018). Dies gilt vor allem für Menschen, die bereits mit einer Herz- oder Lungenerkrankung vorbelastet sind. Anlässlich ihres 59. Kongresses fordert die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) die Regierung auf, mehr Maßnahmen für eine bessere Luftqualität in Großstädten zu ergreifen. Auf einer Pressekonferenz am 7. März in Berlin erklären Experten, was Stadtbewohner tun können, um sich vor Luftschadstoffen zu schützen.

Im Rahmen der Studie unternahmen 120 Männer und Frauen im Abstand von drei bis acht Wochen zwei zweistündige Spaziergänge. Einer führte Sie entlang der stark befahrenen Oxford Street, der andere durch den Hyde Park. Unter den Probanden befanden sich sowohl *gesunde Freiwillige* als auch *Patienten* mit *chronischen Herz- und Lungenerkrankungen*. Vor und nach den Spaziergängen untersuchten die Studienautoren Herz und Lungenfunktionswerte der Teilnehmer.

- Bei *allen gesunden* Probanden verbesserte sich nach dem Spaziergang im Hyde Park die Lungenfunktion.
- Bei den *kranken Teilnehmern* mehrten sich Symptome wie *Husten, Auswurf und Atemnot* bei der Wanderung entlang der deutlich stärker Luft belasteten Oxford Street.

Fazit: „Bei körperlicher Aktivität wird mehr und tiefer eingeatmet, sodass mehr ungefilterte Schadstoffe aufgenommen werden", erklärt Prof. Joachim Heinrich von der Ludwig-Maximilians-Universität München. „Diese Schadstoffbelastung kann die positiven Effekte der körperlichen Aktivität wieder zunichtemachen."

Wie schädlich Abgase für die Gesundheit sind, hat die European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (ESCAPE) untersucht. Mehrere Forschungsteams analysieren dabei Daten aus 22 europäischen Kohorten.

Foto: Fotolia / fotohansel

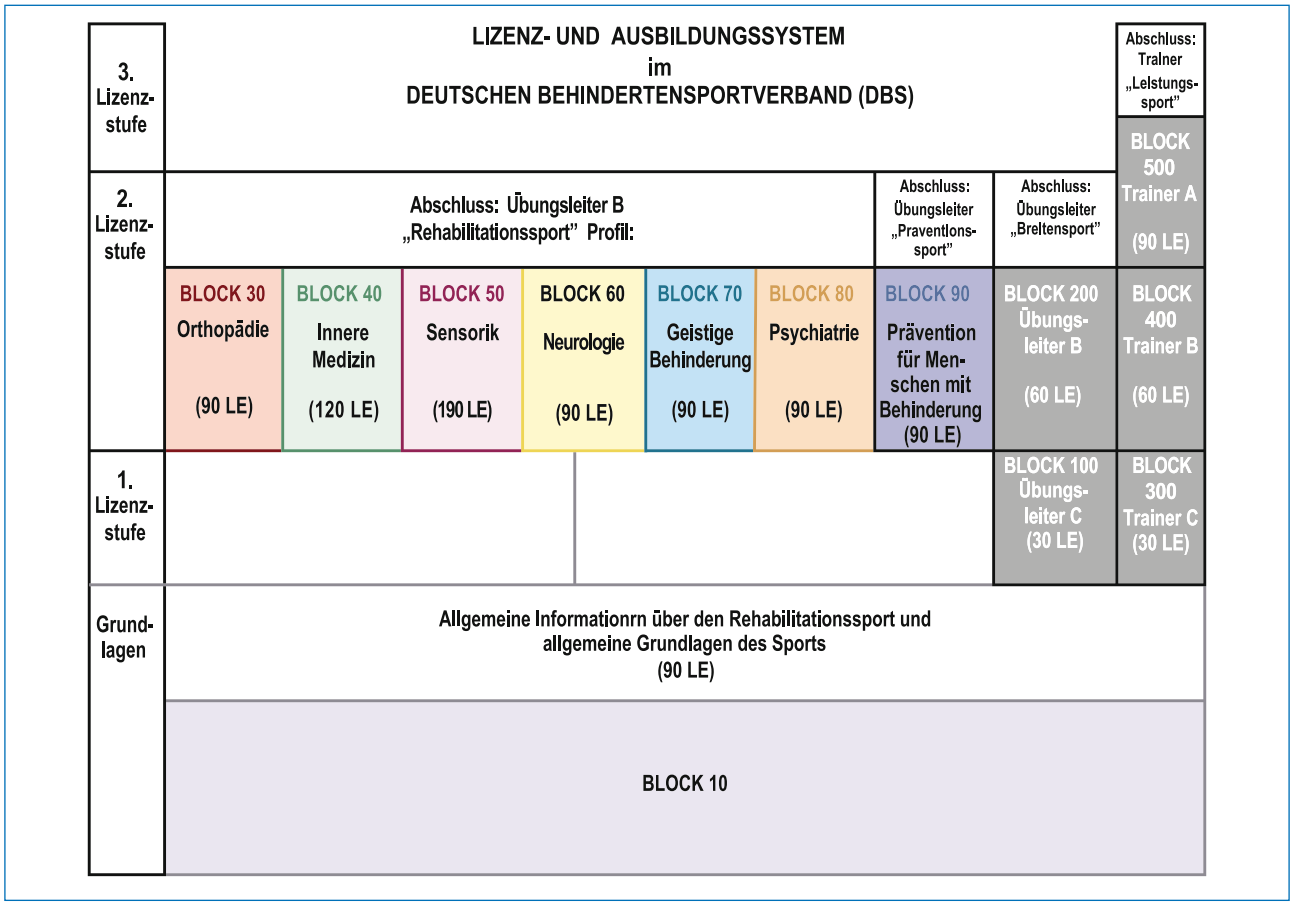
Bei gesunden Probanden, die einer erhöhten Konzentration von *PM10-Feinstaub-Partikeln* ausgesetzt waren, ergab die *Auswertung nach fast 13 Jahren Beobachtungszeit ein um 22 Prozent erhöhtes Lungenkrebs-Risiko*. Weitere Untersuchungen dieses Konsortiums zeigen auch, dass Feinstaub und Stickoxide sich negativ auf die Lungenfunktion auswirken. „Für gesunde Menschen schätzen wir die Schadwirkung durch Abgase als nicht sehr hoch ein", sagt Heinrich. „Einige Bevölkerungsgruppen sind aber durch Luftschadstoffe besonders gefährdet. Dazu gehören Kleinkinder und Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Asthma, COPD, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die eines besonderen Schutzes bedürfen."

Im Vergleich zu Stickoxiden und Ozon halten Experten *Feinstaub für den gefährlicheren Luftschadstoff.* Die Ergebnisse der ESCAPE-Studie erhärten den Verdacht, dass die Partikel auch unterhalb der gesetzlich festgelegten Grenzwerte gesundheitsschädlich sind. „Niemand kann sich der Belastung durch Luftverschmutzung vollständig entziehen", betont DGP-Experte Heinrich. „Deshalb müssen Städte und Gemeinden Maßnahmen ergreifen, die die Luftqualität in Ballungsräumen verbessern." Einzelpersonen können sich schützen, indem sie stark befahrene Straßen meiden. Freizeitsportler sollten bevorzugt abseits des Straßenverkehrs trainieren.

Nach der Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin am 07.03.18 anlässlich des Kongresses

Der Weg zum Übungsleiter im Lungensport

von A. Frischmann



Für den Block 40 „Innere Medizin" ist eine grundlegende Ausbildung erforderlich. Diese Ausbildung geschieht im Block 10: Grundlagen im Rehabilationssport. Im Block 10 werden die Grundlagen des Rehasports behandelt. Zu diesen zählen folgende Themen:

- Organisation/Recht & Verwaltung (darunter Geschichte, Organisation des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) und der Landesverbände, Vergabe der Lizenz, Verwaltung der Teilnehmer und Abrechnung gegenüber der Krankenkassen)
- Ausdauer und Kraft
- Ernährung
- Einführung in das Herz- Kreislaufsystem
- Muskellehre
- Schnelligkeit und Beweglichkeit
- Trainingslehre
- Arten der Behinderungen

Neben den theoretischen Themen gehören zu diesem Block praktische Übungseinheiten in Form einer Rehasportstunde. Im praktischen Teil gibt es Ideen für eine Rehasportstunde, die man für seine eigene Stunde übernehmen kann. Des Weiteren wird der Ablauf einer Stunde besprochen und man hat die Möglichkeit sich an den verschiedenen Übungshilfen wie Tennisring, Gymnastikstab, verschiedene Ballarten, Gymnastikseil, Gymnastiksäckchen, Gymnastikreifen, Stuhl oder Handtuch zu üben. Das in vielen Gruppen verwendete „Theraband" wird überhaupt nicht eingesetzt, da es darum geht, dass man eigene Ideen zu den Übungen einbringen soll. Der praktische Teil dient im Block 10 auch dazu, dass man Übungen, aus dem normalen Sport, für die Teilnehmer des Rehasports modifiziert, d. h. um sie zielgruppengerecht anwendbar zu machen für die jeweiligen Teilnehmer vereinfacht, z. B. Liegestütze nicht auf dem Boden, sondern an der Wand.

Der Block 10 schließt mit einer „praktischen Prüfung" ab, d. h. jeder Teilnehmer demonstriert einen Ausschnitt aus einer 45-Minütigen-Trainingsstunde. Diese Stunde kann zu Hause vorbereitet werden.

Voraussetzung für den Block 40 „Innere Medizin" ist die Teilnahme am Block 10 oder ein entsprechender

Lehrgang bei einem anderem Verband, der vom DBS und dem Landesverband anerkannt ist. Zu Beginn von Block 40 werden verschiedene Bereiche von Block 10 wiederholt.

Der Block 40 behandelt folgende Krankheiten:

- COPD
- Asthma
- Diabetes Mellitus
- Herzschwäche (Herzinsuffizienz)
- Herzrhythmusstörungen
- Herzklappenerkrankungen
- Herzinfarkt
- Koronare Herzkrankheit

Wie man am Krankheitsbild erkennen kann, geht es bei der „Inneren Medizin" hauptsächlich um Herzkrankheiten, den Aufbau und die Funktion des Herzens und des Blutkreislaufes. Der Aufbau der Lunge, sowie die Funktion werden eher am Rand behandelt.

Beim Herzsport geht es um die Steigerung der Ausdauer und der Beweglichkeit. Beim *Lungensport* geht es um den *Erhalt der Ausdauer* und der Bewegung.

Neben den theoretischen Grundlagen rund um das Herz und die Lunge sowie zum Diabetes Mellitus, gibt es im Block 40 ebenfalls vielesportliche Anregungen für häusliche Übungen.

Ein Bestandteil von Block 40 ist der „6-Minuten-Gehtest" und ein Spaziergang von 15 Minuten mit einem Strohhalm im Mund. Dies soll die eingeschränkte Atmung bei fortgeschrittener COPD bei Lungengesunden verdeutlichen.

Der Block 40 schließt mit einer Hausarbeit über eine Krankheit des Blockes 40, einer Stundenprobe (siehe Block 10) und einem Wissenstest (Hilfsmittel wie Unterlagen und Internet sind erlaubt) ab.

Für die Beantragung der Lizenz sind erforderlich:
Teilnahmenachweis an Block 10 und Block 40

- Nachweis über einen absolvierten Erste-Hilfe-Kurs
- eine schriftliche Stundenplanung
- Nachweis über die Teilnahme an Herz- und Lungensportstunden
- (die Anzahl variiert je nach Bundesland und Landesverband)
- Lichtbild (Passbild)

Die *Lizenz ist zwei Jahre gültig* und wird durch den Nachweis der Teilnahme an einem Lehrgang verlängert.

Für weitere Informationen ist die Internetseite des DBS (http://www.dbs-npc.de) zu empfehlen. Auf dieser Seite gibt es auch Links zu den Landesverbänden und den entsprechenden Kursangeboten und Inhalten.

Der Autor:

Andreas Frischmann
DPLA Ortsverband Wiesbaden
andreasfrischmann1981@gmail.com

ANZEIGE

Sport bei COPD? Aber bitte!

Foto: Bergisches Lungenzentrum

Nichts ist sinnvoller für Patienten mit Lungenerkrankungen, als in Bewegung zu bleiben. Diese Krankheiten schränken das Atmen ein – und deshalb brauchen Sie mehr Fitness!"

Mit dieser Botschaft motivierte Frau OÄ Dr. med. Urte Sommerwerk die Besucher beim „Lungentag im Bergischen 2017" im Bergischen Lungenzentrum des Helios Universitätsklinikums Wuppertal.

Tatsache ist: „Viele Patienten mit COPD leiden natürlich unter Schmerzen und Atemnot, sie neigen dazu sich zu schonen. Heute wissen wir: Unsere Patienten sollten sich so viel bewegen wie möglich. Wir finden schon den richtigen Weg."

Bei der Veranstaltung nutzten über 100 Interessierte und Betroffene die Gelegenheit, sich beim „Lungentag im Bergischen 2017" über neue Behandlungsmöglichkeiten insbesondere der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) zu informieren. Viele Patienten waren gekommen, darunter sogar Patienten mit einer „neuen" Lunge nach Lungentransplantation oder mit einer Langzeitsauerstofftherapie und dadurch nur mit Einschränkung noch mobil sind. Einige trugen sogar einen Mundschutz, wie wir es z.B. aus Japan kennen.
„Allein das ist für uns und viele Andere, die vielleicht vor einer solchen Behandlung stehen, ein tolles Signal – denn auch eine schwere Lungenerkrankung sollte nicht dazu führen, dass man inaktiv wird und sich nur noch schont", so Dr. med. Urte Sommerwerck, Leitende Oberärztin der Pneumologie. Sie und ihr Team führten vieles vor, was Menschen mit Lungenerkrankungen selbst tun können, um sich fit zu halten und trotz ihrer Krankheit zu „trainieren". Allein das regelmäßig mehrfach wiederholte Über-den-Kopf-Strecken der Arme, idealerweise mit dem Theraband oder zwei kleinen Sprudelflaschen als Gewicht in den Händen sorgt für eine Kräftigung der Atemhilfsmuskulatur und damit der „Atempumpe", die der Lunge beim Atmen hilft.
Auch weitere Themen wie die jeweils richtige Beatmungstherapie oder die Schlafmedizin wurden dargestellt. Dr. med Claus Hader von der überörtlichen Gemeinschaftspraxis für Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin Aeroprax in Wuppertal, stellte die unterschiedlichen Ursachen für Schlafprobleme dar und zeigte die vielen Behandlungsmöglichkeiten. Sollte die nächtliche Schlafstörung bereits gesundheitliche Probleme bereiten, was bei wiederholten Atemaussetzern pro Nacht schnell die Folge sein kann, sorgt das Interdisziplinäre Schlaflabor schnell für eine gesicherte Diagnose. Dann können Lungen- oder HNO-Ärzte die richtigen Maßnahmen einleiten. Oder auch die Neurologen, wenn die Ursache zum Beispiel „unruhige Beine" sind, die durch häufige Muskel"zuckungen" den Schlaf immer wieder stören oder unterbrechen.

Quelle: Nach einer Pressemeldung des Helios Universitätsklinikums Wuppertal

Die Autorin:

OÄ Dr. med. Urte Sommerwerk
Bergisches Lungenzentrum des
Helios Universitätsklinikums
Wuppertal

Vereinsablage entrümpeln

Von welchen Unterlagen kann man sich trennen?

Foto: Fotolia / rdnzl

Ein neues Jahr hat begonnen und das alte ist abgeschlossen. Ein Grund, die Vereinsablage unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten zu „verschlanken".

Wie ein Unternehmer müssen **Vereine** *Handelsbücher, Inventare, Eröffnungsbilanzen, Jahresabschlüsse und Buchungsbelege sowie alle sonstige Buchungs- und Organisationsunterlagen* **zehn Jahre** lang aufbewahren.

EDV-Buchführung:

Erstellt ein Verein seine Buchführung per EDV, müssen diese Unterlagen und Programme dem Finanzamt **10** Jahre lang zugänglich sein. Alte Daten sollten auch beim Wechsel auf neuere Programmversionen weiterhin funktionstüchtig bleiben. Die Vorlage von Papier- und Kontoausdrucken reichen nicht aus. Dies betrifft alle ab 2002 auf EDV erstellten Buchführungsvorgänge. Alles was älter ist, kann getrost vernichtet werden, sofern sich der Verein nicht in einer Betriebsprüfung befindet!

Die **Aufbewahrungsfrist beginnt** immer mit dem **Schluss des Kalenderjahres**, in dem bei laufend geführten Aufzeichnungen die letzte Eintragung gemacht worden ist, der Brief abgesandt oder empfangen worden ist oder wann die sonstigen Unterlagen entstanden sind.

10-jährige Aufbewahrungsfrist

- Bücher, Journale, Kontenaufzeichnungen
- Jahresabschlüsse, Lageberichte, Eröffnungsbilanzen
- EDV-Gestützte Buchführungssysteme

6-jährige Aufbewahrungsfrist

- Lohnkonten und Unterlagen (Bescheinigungen) zum Lohnkonto (§ 41 Abs. 1 Nr. 9 EstG).
- Sonstige für die Besteuerung bedeutsame Unterlagen sowie Geschäftsbriefe

Achtung!

Die Vernichtung der Unterlagen ist allerdings dann noch nicht zulässig, wenn die Frist für die Steuerfestsetzung noch nicht abgelaufen ist (§§ 169, 170 AO).

3-jährige Verjährungsfrist

Für sonstige Unterlagen (Korrespondenz, o. ä.).
Das ergibt sich aus § 195 BGB.

Wie Sie in Zweifelsfällen alles richtigmachen

Trotz aller gesetzlichen Regelungen treten im Verein immer wieder Zweifelsfragen auf. Hier sind die Lösungen:

Was mache ich mit Bewerbungsunterlagen?

Lösung: *bei Einstellung*: zur Personalakte nehmen bei *Absage*: Schreiben unter Beachtung des Datenschutzes vernichten.

Was mache ich mit E-Mails an den Verein?

Lösung: Es kommt auf den Inhalt an: Sie bewahren sie so lange auf wie ein entsprechendes Dokument in Papierform, also z. B.:

- *unverbindliche Anfragen per E-Mail*: gar nicht
- *Auftragsbestätigungen* per E-Mail: **6** Jahre
- *Rechnungen per E-Mail*: **10** Jahre
- Vorsicht: *E-Mails mit steuerlichem Inhalt* müssen zudem *elektronisch* archiviert werden.

Was mache ich mit erhaltenen Rechnungen?

Lösung: Buchungsbeleg: Aufbewahrungspflicht **10** Jahre

Was mache ich mit Kopien von Anfragen, denen keine Aufträge folgten?

Lösung: nach Erledigung wegwerfen

Was mache ich mit Kopien von Rechnungen z. B. aus der Vermietung des Vereinsheims?

Lösung: Buchungsbeleg: Aufbewahrungspflicht **10** Jahre

Was mache ich mit Spendenbescheinigungen?

Lösung: **10** Jahre aufbewahren

Quelle: SPRACHROHR NR. 166 · NOVEMBER 2017

Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Pneumologie und Beatmungsmedizin in der Missioklinik am Klinikum Würzburg Mitte

Seit der Mitte der Neunziger Jahre hat sich die Abteilung Innere Medizin an der Missionsärztlichen Klinik in Würzburg von einer breit aufgestellten und in der Bevölkerung weithin anerkannten Inneren Medizin zu einer Abteilung Innere Medizin mit einer pneumologischen Schwerpunktversorgung entwickelt. Darüber hinaus spielen auch die Onkologie und eine Kardiologie, die sich mit Spezialaspekten der klinisch bedeutsamen Herz-Lungen Interaktion beschäftigt, eine wichtige Rolle in dieser Klinik.

Im Jahre 2017 haben die Missionsärztliche Klinik und das Krankenhaus Juliusspital eine Fusion vollzogen, die durch Reorganisation und Prozessoptimierung noch besser die wachsenden und künftigen Aufgaben der überregionalen Schwerpunktversorgung stemmen soll.

Ein wesentlicher Teilaspekt ist der weitere Ausbau der schon jetzt hoch entwickelten Pneumologie. Dabei ist es den Verantwortlichen wichtig in der „*Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Pneumologie und Beatmungsmedizin*" ein komplettes internistisches Leistungsspektrum anzubieten. Dies kommt sowohl den Patienten als auch Ärzten in der Aus- und Weiterbildung zugute. Ein Patient erkrankt in der Regel nicht isoliert an einem Organ und die Lunge ist ein Organ, welches bei vielen Erkrankungen mitbetroffen sein kann. Sie kann z.B. bei Systemerkrankungen ein Manifestationsort unter mehreren sein. Dabei spielen auch gegenseitige Beeinflussung und Wechselwirkungen mit dem Herzen und dem Kreislaufsystem eine wichtige Rolle. Dies kommt im Übrigen auch im Motto des diesjährigen Kongresses unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) zum Ausdruck: „Pneumologie im Prisma der Inneren Medizin".

Abteilung Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Beatmungsmedizin

Die „Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Pneumologie und Beatmungsmedizin" befasst sich mit der

Abklärung von vielfältigen Beschwerden und Krankheitsbildern. Sie bietet eine umfassende Diagnostik und Therapie auf dem Gebiet der Inneren Medizin. Dabei ist es wichtig zu verstehen, dass sich Erkrankungen nicht nur isoliert an einem Organ abspielen. Ein wichtiger Aspekt der täglichen Arbeit die daher auch die Erkennung und Behandlung der führenden Komponente bei Multimorbidität (gleichzeitige Erkrankung mehrerer Organsysteme). Ein umfassendes Angebot in der Breite in Zusammenhang mit technischer Ausstattung auf hohem Niveau, kennzeichnen das Leistungsangebot. Der Mensch steht dabei ganzheitlich im Mittelpunkt. Zudem versteht man sich als überregionaler Ansprechpartner für spezielle Fragestellungen und Krankheitsbilder.

Die Zusammenarbeit mit den anderen Fachabteilungen des Klinikums, die Aktivität in nationalen und internationalen Netzwerken und der Austausch mit anderen überregionalen Zentren ist den Verantwortlichen ein wichtiges Anliegen. Die wissenschaftliche Aktivität an der Klinik bezeugt einen Anspruch an moderne Hochleistungsmedizin. Eine Zusammenarbeit im Team aus Ärzten, Pflegepersonal, Physiotherapie und Sozialarbeitern wird gelebt. Auch die psychische Dimension der Erkrankung wird als sehr wichtig eingeschätzt.

Die aktuellen, wissenschaftlich fundierten Standards in Diagnostik und Therapie der Inneren Medizin sind der Maßstab des Handelns. Die apparative Ausstattung unserer Abteilung entspricht dem neuesten Stand der Technik. Prävention und Leistungsdiagnostik runden das Profil ab.

Optimierte Abläufe: Sprechstunde, Station, Board und Nachbesprechung

Die Untersuchungen und ein stationärer Aufenthalt sollen *für die Patienten möglichst angenehm* und *wenig zeitraubend* sein. Je nach Indikation besteht die Möglichkeit zum *ambulanten* oder *vorstationären* Vorgespräch mit Sichtung der Vorbefunde. So soll der Ablauf des stationären Aufenthaltes für die Patienten möglichst zielgerichtet geplant und reibungslos gestaltet werden.

Nach Abschluss der stationären Diagnostik werden je nach Erkrankungen die Befunde in der interdisziplinären Fachkonferenz besprochen. Ein ambulantes oder poststationäres Nachgespräch bietet die Möglichkeit zum Übergang in die erneute ambulante Versorgung. Eine engmaschige Abstimmung mit den niedergelassenen Fach- und Hausärzten ist ein wichtiges Anliegen.

Das Tem der Inneren

Team

23 Jahre wurde die Abteilung „Innere Medizin" vom Chefarzt Professor Dr. med. Berthold *Jany* (Präsident der deutschen Gesellschaft für Pneumologie 2015 - 2017) geleitet und in dieser Zeit fortentwickelt. Zum 1.3.2018 hat Professor Jany die Leitung der Klinik im Rahmen der Altersnachfolge an Herrn Priv. Doz. Dr. med. Matthias *Held*, Pneumologe und Kardiologe, übergeben. Er wird künftig von 6 Oberärzten und einem Team von 16 Assistenzärzten unterstützt.

Schwerpunkte

Eine Schwerpunktversorgung bietet die Abteilung für die folgenden Bereiche an:

- Pneumologie und Beatmungsmedizin
- Kardiologie
- Onkologie

Pneumologie und Beatmungsmedizin.

Sowohl Patienten mit einem unklaren Verdachtsfall als auch Patienten mit fortgeschrittenen und schweren Erkrankungen, die ein individuelles Behandlungsangebot benötigen, werden versorgt. *Spezialsprechstunden, Fachkonferenzen* (Boards), das Angebot *klinischer Studien* und die Mitarbeit in *Netzwerken* wie zum Beispiel PH-DACH, PH-Netzwerk Mitte, ICA, Thoraxzentrum, Transplantationszentren etc. bieten ein umfassendes Angebot.
So ist es möglich auch in diagnostisch und therapeutisch anspruchsvollen Situationen eine passende Lösung zu finden.

Eine Zusammenarbeit *mit Selbsthilfegruppen* wie „pHev" und „Lungenfibrose e.V." bietet weitere Möglichkeiten.

Aufgrund unspezifischer Symptome wie Luftnot oder dem Auftreten von Mehrfacherkrankungen ist dem Team das Wechselspiel von Lunge und Herz ein besonderes Anliegen. Daher besteht auch eine Spezialexpertise in der Kardiologie.

Kardiologie

Bei der Abklärung unklarer Luftnot ist die Diagnostik kardiologischer Erkrankungen im Grenzgebiet zur Lunge eine wichtige Stärke der Abteilung.

Die Versorgung von Patienten mit angeborenen und erworbenen Herzfehlern und auch der diastolischen Herzinsuffizienz und Folgestörungen des Lungenkreislaufs gehört neben der PAH (pulmonal-arteriellen Hypertonie) und CTEPH (chronisch thromboembolische pulmonale Hypertonie) zu den Versorgungs-Aufgaben der Lungenhochdruck-Ambulanz.

Onkologie

Die Onkologie ist ein wichtiger Schwerpunkt innerhalb der Abteilung. So werden Patienten mit bösartigen Tumoren aller Organgebiete behandelt, der Schwerpunkt liegt auf den bösartigen Krebserkrankungen des Brustraumes wie Lungenkrebs, Mesotheliomen und malignen Lymphomen..

Die Onkologie ist eingebunden in das durch die Deutsche Krebshilfe zertifizierte Comprehensive Cancer Center Mainfranken (CCCMF).

Die Möglichkeit vorstationärer Sprechstundenbesuche, Diagnostik auf hohem Niveau, inklusive modernster molekular- und genetischer diagnostischer Tests, die Festlegung von Therapiestrategien im interdisziplinären Board (Fachkonferenz) sowie das Angebot moderner Therapieoptionen im Rahmen klinischer Studien, charakterisieren die Arbeit.

Eine Weiterbildungsbefugnis für Nachwuchsärzte liegt für alle drei genannten Schwerpunkte (Pneumologie, Kardiologie und Onkologie) vor.

Leistungsspektrum/Apparative Ausstattung

In der Abteilung werden Funktionsdiagnostik, endoskopische sowie bildgebende Verfahren auf hohem Niveau vorgehalten. Diese dienen sowohl der Diagnostik als auch der Therapie. Ergänzt wird die Diagnostik durch Verfahren der Labor – und Infektionsdiagnostik.

Eine optimale Vernetzung im Klinikum gewährleistet zudem den raschen Austausch der zusammenarbeitenden Fachabteilungen.

Besondere Einrichtungen:

Funktionsdiagnostik

In der Funktionsdiagnostik wird eine Reihe von Untersuchungen angeboten, die der Erkennung aber auch der Therapieüberwachtung dienen. Im Einzelnen gehören zum Angebot:

- EKG, Langzeit-EKG, Event-Recorder, Abfrage und Programmierung von Herzschrittmachern, Abfrage und Programmierung von implantierten Defibrillatoren, Langzeit-Bludruckmessung, Belastungs-EKG, Spiroergometrie,
- Verfahren wie submaximale Belastungstests (Gehtest und Constant Work Rate Test), Blutgasanalyse, Atemgasanalyse, Leistungs- und Trainingsdiagnostik, Laktatmessung
- Spirometrie, Bodyplethysmographie, Provokationsverfahren
- Rhinomanometrie und Messung der Atemarbeit, allergologische Tests (Hauttests und Labordiagnostik)

Bildgebung

Als bildgebende Verfahren stehen transthorakale Echokardiographie, transösophageale Echokardiographie, Stressechokardiographie (pharmakologisch-dynamisch und medikamentös) und Doppler- und farbcodierte Duplexsonographie der Arterien und Venen, Thoraxsonographie sowie Sonographie (Ultraschall) verschiedener Organe und Blutgefäße und der Ultraschall des Bauchraumes, eine Computertomographie und die Kernspintomographie zur Verfügung Daneben kommen Kontrastmittel-gestützter Ultraschall (CEUS) und Ultraschall-gestützte Organbiopsie zum Einsatz.

Endskopie

In der *Endoskopie* gehören die flexible Laryngoskopie, flexible und starre Bronchoskopie, endobronchialer Ultraschall, endobronchiale und transbronchiale Biopsien, bronchopulmonale Navigationssysteme, die Anlage von Drainage-Systemen und Kathetersystemen zur stationären oder häuslichen Drainagetherapie, die *Gewebeabtragung* mit Kryosonde, Argon-Plasma-Koagulation und Neodyn-Yag-Laser, die *Rekanalisation* und *Stentimplantation* sowie die *endoskopische Volumenreduktion* mittels Ventilen und Coils sowie die Therapie pleuraler Fisteln mit Ventilen zum Angebot. Zudem stehen die Anlage von Spülkathetern, Magenspiegelung, Darmspiegelung, Bougierung und Dilatation von Engstellen, Polypenabtragung, Ligatur von Venenerweiterungen der Speiseröhre, Stentanlage zur Therapie von Engstellen (Stenosen) im Speiseröhren-Magen-Darm-Trakt zur Verfügung.

Schlaflabor

Das von der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin akkreditierte Labor wird von Herrn Dr. Stefan Baron geleitet. Hier werden Kardiorespiratorische Polygraphie, Polysomnographie kontinuierliche transcutane Oxymetrie (O2-Messung) und Kapnometrie (CO2-Messung), Multipler Schlaf-Latenztest (MSLT) Vigilanztest, nasale Überdrucktherapie bei Schlafapnoe (CPAP, APAP, BiPAP ST, ASV), nichtinvasive Beatmung bei Atempumpeninsuffizienz sowie die Diagnostik und Therapie der Hypersomnie wie Narkolepsie und PLMS und die Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen (Insomnie) angeboten.

Beatmungs- und Weaningzentrum

Auf der Beatmungsstation werden Patienten behandelt, die aufgrund einer schweren Akuterkrankung vorübergehend oder bei chronischer Erkrankung dauerhaft eine *Unterstützung der Atmung* brauchen. Aufgabe des Weaningzentrums ist die *Entwöhnung von der künstlichen Beatmung*.

Palliativ-Medizinischer Dienst (PMD)

Seit 2010 ist der PMD vom bayerischen Sozialministerium anerkannt. Angeboten werden die palliativmedizinische Komplexbehandlung im multidisziplinären Team, mit wöchentlicher Teambesprechung. Im Rahmen des Palliativnetzwerkes Würzburg erfolgt eine enge Kooperation mit den Partnern vom Standort Juliusspital und der Universitätsklinik. Dr. Jens Kern hält im Rahmen der studentischen Lehre regelmäßige Lehrveranstaltungen und palliativmedizinische Seminare.

Spezialsprechstunden (PH, ILD, Lungenemphysem, Onkologie)

Die Klinik verfügt über eine Ambulanz nach Paragraph 116 b zur Versorgung von Patienten mit Lungenhochdruck (PH). Zudem bestehen Sprechstunden für andere spezielle pneumologische Krankheitsbilder wie interstitielle Lungenerkrankung (ILD), Lungen-Emphysem und onkologische Krankheitsbilder.

Boards und Fallkonferenzen

In Einrichtungen wie dem Interdisziplinären Tumorboard, dem Interdisziplinären ILD-Board/Fibrose-Board und dem Lungengefäß-Board/PH-Board werden Patienten mit komplexen Erkrankungsbildern interdisziplinär vorgestellt und diskutiert, um die jeweils beste individuelle Therapiestrategie festzulegen.

Studiensekretariat

Studiensekretariat und Studienambulanz bieten feste Strukturen, die es ermöglichen, Patienten mit besonderen Fragestellungen spezielle oder neueste Therapien z.B. im Rahmen klinischer Studien anzubieten. Studienärzte und Dokumentatoren sorgen für eine Versorgung und Arbeit gemäß der „Good Clinical Practice" (GCP).

Ausblick:

Die Dyspnoe-Unit für Patienten mit Atemnot

Aus der Verfügbarkeit einer Notfallambulanz einerseits, einer Intensiv- und Beatmungsstation andererseits wird eine Einheit zur strukturierten Versorgung von Patienten mit Atemnot entwickelt, die sogenannte Dyspnoe-Unit. Diese soll durch strukturierte Abläufe Patienten mit Luftnot eine möglichst rasche und zielgerichtete Therapie ermöglichen.

Einbindung und Kooperationen

Die Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Pneumologie und Beatmungsmedizin ist in regionale, nationale und internationale Netzwerke eingebunden und pflegt zahlreiche Kooperationen. So besteht eine Zusammenarbeit mit dem PH-Dach-Netzwerk, dem PH-Netzwerk Mitte, der International CTEPH-Organisation, dem Comprehensive Cancer Center Mainfranken, den wichtigsten Transplantationszentren sowie Patientenselbsthilfeorganisationen wie PH e.V., Lungenfibrose e.V., Asthma/COPD-Selbsthilfegruppe und der DPLA.

Die Kinder- und Familien-Selbsthilfe Arbeitsgemeinschaft Allergiekrankes Kind – Hilfen für Kinder mit Asthma, Ekzem oder Heuschnupfen (AAK) e.V. stellt sich vor!

Einleitung: Unsere Arbeitsgemeinschaft wurde vor nunmehr 40 Jahren gegründet. Eltern von Kindern mit Haut- und Atemwegserkrankungen waren damals und sind noch heute die treibende Kraft.

Die bundesweit agierende Kinder- und Familien-Selbsthilfeorganisation hat in Herborn (Hessen) ihre Bundesgeschäftsstelle und ihr Büro zur Koordination der Regionalgruppen. Die Unterstützung der Familien von an Allergien (Atopien) erkrankten Kindern geschieht durch das Zusammenbringen der Familien, das umfassende objektive Zusammentragen von Informationen sowie die Bereitstellung für diese Betroffenen. Unterstützt wird die AAK-Koordinations- oder Netzwerk-Arbeit durch die fachkundige Hilfe von unabhängigen Experten aus den Bereichen Ernährung, Psychologie und Umweltmedizin (Luftverschmutzung, Feinstaubbelastung, ökologisches Bauen). Hinzu kommt das Engagement von Ernährungsberatern, Allgemeinmedizinern, Dermatologen, Allergologen, Kinderärzten, Kinderpsychologen und Hebammen u.a. für die Anliegen der Mitglieder, Kinder und Familien. Die AAK unterstützt insbesondere den kontinuierlichen, verständnisvollen und vertraulichen Austausch von Informationen und Erfahrungen unter den Mitgliedern und stellt neue Kontakte zu anderen Betroffenen her.

Diese Erkrankungen haben in den letzten 20 Jahren besonders im Kindes-und Jugendalter stark zugenommen. Somit besteht ein weiteres Anliegen der AAK darin, die umweltbedingten Zusammenhänge solcher Erkrankungen aufzuzeigen und die Rechte der Kinder, in einer gesunden Umwelt aufzuwachsen, zu stärken. Asthma bronchiale ist z.B. bei Kleinkindern die häufigste chronische Erkrankung.

Beschreibung der Erkrankung – des Problems:

Atopische (Atopie altgriechisch „Ortlosigkeit", beschreibt in der Medizin die Neigung mit Überempfindlichkeitsreaktionen, wie z.B. mit allergischen Reaktionen auf den Kontakt mit oft harmlosen Substanzen aus der Umwelt zu reagieren.) Erkrankungen können sich in vielfältiger Weise zeigen. Häufig ist Asthma bronchiale Infekt-, anstrengungs- oder/und allergisch bedingt, dieses gilt auch für chronische Entzündungen der Haut, wie z.B. das atopische Ekzem. Auch diese zeigen sich in verschiedenen Ausprägungen und nicht immer sind Allergien der Auslöser. Aber auch Allergien haben die unterschiedlichsten Auslöser. Häufige Auslöser sind Inhalationsallergene (Pollen, Hausstaub), Nahrungsmittel einschließlich der verschiedenen Lebensmittelzusatzstoffe (z.B. Konservierungsmittel, Farbstoffe), aber auch Substanzen, mit denen wir mit der Haut in Kontakt kommen (Duftstoffe in Drogerieartikeln, Nickel in Jeansknöpfen usw.). Für viele Auslöser gibt es keine Hyposensibilisierungs-Behandlung. Den Betroffenen bleibt nichts anderes übrig, als die verursachenden oder vermuteten Allergene zu vermeiden, was ihren Alltag erheblich einschränken kann. Bei symptomatischen Therapien kann nicht ausgeschlossen werden, dass es zu Nebenwirkungen bis zu langfristigen Schädigungen kommen kann, wenn z.B. kortisonhaltige Medikamente unkontrolliert angewandt werden.

Weitere Aufgaben und Ziele der Kinder- und Familien-Selbsthilfe:

In der Unterstützung von Familien mit allergiekranken Kindern sieht die AAK ihre Hauptaufgabe. Es geht hierbei ganz konkret um die Alltagsbewältigung und Bewältigung aller Herausforderungen, die eine solche Erkrankung mit sich bringt. Dazu gehört unter anderem die Vermittlung von Kontakten zu Betroffenen, die sich in gleicher oder ähnlicher Situation befinden, sowie zu Fachexperten. Durch diesen Austausch kann auch die Ursachenforschung verstärkt werden und es lassen sich z.B. geeignete Therapiemöglichkeiten in Erfahrung bringen, aber auch die oft mit der Erkrankung verbundenen psychischen und rechtlichen Probleme besser bewältigen. Denn eine Vermittlung von Wissen über unterschiedliche Krankheitsverläufe und Therapieerfahrungen sowie der fundierte Erfahrungsaustausch darüber kann zu einer positiven Bewältigung und Wahrnehmung des Alltags beitragen. Zudem möchte sich die AAK zukünftig für die dringend erforderliche Fortentwicklung bedarfsgerechter Therapien für Kinder mit atopischen Haut-und Atemwegserkrankungen engagieren. Ein weiteres wichtiges Anliegen ist die Inklusion betroffener Kinder und Jugendlicher sowie der damit verbundene Nachteilsausgleich. Obwohl die Öffentlichkeit immer sensibler für die Probleme und Bedürfnisse von Menschen wird, besteht hier weiter großer Aufklärungsbedarf. ErzieherInnen und LehrerInnen sollten

dementsprechende Kenntnisse vermittelt werden, damit sie den speziellen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden können und diese, ohne Nachteile befürchten zu müssen, in das soziale Gruppen- und Klassengefüge integrieren können.

Um dieses Gefüge der gegenseitigen Unterstützung insbesondere regional zu stärken und Raum für Gespräche und einen Erfahrungsaustausch zu bieten, werden regelmäßig wohnortnahe Treffen für Betroffene organisiert. Diese Treffen werden gerne besucht, denn oft bieten diese Veranstaltungen die einzige Möglichkeit über die unterschiedlichen Auswirkungen, die diese Erkrankungen auf die Gefühle und das soziale und Familienleben haben, zu sprechen. Dabei sind die Erfahrungen der gegenseitigen praktischen Hilfe und der Geselligkeit sehr positiv.

Aktuelle Herausforderungen:

Die AAK möchte einen aktiven Beitrag zur Prävention leisten, indem sie versucht das Bewusstsein und die Kenntnisse für die Zusammenhänge bei der Entstehung von allergischen Erkrankungen in der Gesellschaft zu schärfen und Kindern ein gesundes Heranwachsen in einem möglichst schadstoffarmen Innen- und Außenklima zu ermöglichen.

Der Verein engagiert sich zudem besonders in der Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Probleme und Bedürfnisse allergiekranker Menschen und deren Rechte und in der Folge für die Klärung und Kenntnismachung des Nachteilsausgleiches in Kindergärten, Schulen und der Berufsausbildung etc. Im Bereich der Inklusion sind zum Beispiel für das Schul-und Jugendalter Fragen rund um rechtliche und soziale Konsequenzen hoher krankheitsbedingter Fehlzeiten zu klären. Es ergeben sich Problematiken rund um längere Krankenhaus -und Reha-Aufenthalte oder aus dem Umgang mit der spezifischen Erkrankung im Schulalltag oder im Bereich des Schulsports, denn gerade dort sollte der zuvor erwähnte Nachteilsausgleich für Kinder und Jugendliche mit asthmatischen und allergischen Erkrankungen geltend gemacht werden können. Ein weiterer wichtiger Punkt stellt die Integration der Betroffenen in das soziale Klassengefüge dar.

Für Heranwachsende und junge Erwachsene ergeben sich noch weitere Problemfelder, denn atopische Erkrankungen bringen diverse Einschränkungen im Alltag der Betroffenen. Obwohl der Umgang mit diesen Einschränkungen trainiert werden kann, können hieraus möglicherweise soziale und auch psychische

Probleme entstehen. Ein weiterer zu bedenkender Faktor ist, dass die Berufswahl oft durch eine vorliegende atopische Erkrankung beeinflusst wird und betroffene Jugendliche sich ausführlich und gezielt zu den Themen Arbeitsschutz und speziellen beruflichen Allergenen etc. informieren sollten, um nicht während oder kurz nach der Ausbildung evtl. krankheitsbedingt ausscheiden zu müssen. Eine weitere Stigmatisierung sollte unbedingt verhindert werden.

Aktuelle und zukünftige Vorhaben und Projekte:

Die Arbeitsgemeinschaft Allergiekrankes Kind bringt regelmäßig Informationsschriften zu relevanten Themen heraus und organisiert (zum Teil projektgebundene) Veranstaltungen wie Expertenvorträge, Workshops, Tagungen und und den Erfahrungsaustausch zwischen Betroffenen. Zukünftig möchte die AAK das Online-Angebot „MITMACHNetz" ausbauen sowie den Austausch von Betroffenen und Interessierten mit Fachexperten in Foren, Chats und Webinaren fördern. Zudem sollen regionale und überregionale Kooperationen ausgebaut werden und die Arbeit von regionalen AnsprechpartnerInnen soll weitere Unterstützung finden.

Der Zweck des Vereins ist es, bundesweit Kindern und Jugendlichen, die an allergischen Erkrankungen und Unverträglichkeitsreaktionen leiden, die sowohl durch natürlich vorkommende Stoffe als auch durch (Schad-) Stoffe aus der Umwelt ausgelöst oder begünstigt werden, Selbsthilfe zu gewähren. Dies umfasst insbesondere die Förderung der Selbsthilfe zu Prävention, Therapie, Rehabilitation, Pflege und die bundesweite Zusammenführung von Betroffenen, Familien, Selbsthilfegruppen und Sachkundigen (alternativ Fachleuten).

Kinder- und Familien-Selbsthilfe
Arbeitsgemeinschaft Allergiekrankes Kind
Hilfen für Kinder mit Asthma, Ekzem oder Heuschnupfen
– (AAK) e.V. - gemeinnütziger Verein
Bundesgeschäftsstelle Herborn, Augustastraße 20, 35745 Herborn
Tel. 02772 9287-0 Fax 9287-9, E-Mail: MITMACHNetz@aak.de
AAK-Forum: https://www.selbsthilfe-interaktiv.de/virtuelle-gruppen/viewforum.php?f=280
Facebook: https://de-de.facebook.com/AAKHerborn/

Rückblick auf die Zentralveranstaltung des 20. Deutschen Lungentages in Göttingen: Gemeinsamer Tag für Jung und Alt.

von PD Dr. C. Lex

Zum runden 20. Jahrestag des Lungentages fand die Zentralveranstaltung 2017 am 16. September erstmals in Göttingen statt. Bei dem alljährlichen Deutschen Lungentag handelt sich um einen *gemeinsamen Tag der Patientenorganisationen* und *wissenschaftlichen Organisationen* mit dem Ziel Menschen über aktuelle Erkenntnisse und Entwicklungen zum Thema Lunge zu informieren.

Veranstalter war die *Universitätsmedizin Göttingen* in Kooperation mit der *Sektion Deutscher Lungentag* in der Deutschen Atemwegsliga e.V. Das diesjährige Motto „**Prävention: Besser Vorbeugen als Behandeln!**" entsprach der Tagungsleiterin Frau PD Dr. *Christiane Lex*, stellvertretende Vorsitzende des deutschen Lungentages, als Kinder- und Jugendärztin besonders gut. Prävention muss möglichst früh anfangen, um effektiv zu sein!

Vor dem diesjährigen Deutschen Lungentag wurde die Presse daher besonders auf ein zentrales Thema der Veranstaltung aufmerksam gemacht: **Passivrauchen im Kindes- und Jugendalter**. Hierzu war bereits seit März 2017 auf der Internetseite des Lungentages ein Video zur Aufklärung eingestellt (www.lungentag.de). Dass Eltern, die selbst nur auf dem „Balkon" und nicht in der Wohnung rauchen, auch ihre Kinder gefährden, wurde in Tageszeitungen wie der „Welt" und in Online-Journalen und im „Stern" ausführlich dargestellt und erreichte so ein deutschlandweites großes Publikum. Auch der Mitteldeutsche Rundfunk sendete pünktlich am Morgen des Lungentages einen Beitrag zu diesem wichtigen Thema. Ganz bewusst wurde als Veranstaltungsort nicht eine Klinik, sondern die ehemalige Studentenmensa im Zentrum Göttingens, am Wilhelmsplatz, mitten in der Göttinger Altstadt ausgewählt. Seit einem Jahr wieder renoviert, erstrahlt sie in neuem Glanz und lässt auch bei vielen Bewohnern der Stadt und der Umgebung Erinnerungen wach werden. Der Göttinger Oberbürgermeister Rolf-Georg Köhler, gleichzeitig auch Schirmherr der Zentralveranstaltung des Lungentages 2017, war der Eröffnungsredner.

Prof. Criee, Vorsitzender der Deutschen Atemwegsliga e.V., moderierte den ersten Teil der Veranstaltung, zu den wichtigen Themen:

- Allergieprävention,
- Infektionsprophylaxe und
- Raucherentwöhnung.

Exzellente Referenten gaben den Teilnehmern einen engagierten Überblick zu diesen wichtigen Punkten und standen anschließend Rede und Antwort. *Prof. Lommatzsch*, Universitätsmedizin Rostock und Vorsitzender des Deutschen Lungentages, erklärte einprägsam, wie Kontakt zu Kühen und Gülle allergiepräventiv sein können. Eine besonders lebhafte Diskussion schloss sich dem Vortrag von *Dr. Stachow,* Chefarzt der Fachklinik Sylt an. Was ist das beste Klima für unsere Lunge? Da kam der eine oder andere Teilnehmer der Veranstaltung richtig ins Schwärmen....

ANZEIGE

Vortrags- und Mitmachprogramm für Kinder und Jugendliche

Vortrags- und Mitmachprogramm für Kinder und Jugendliche

Begleitend zu den Vorträgen fand erstmals ein spezielles Vortrags- und Mitmachprogramm für Kinder und Jugendliche statt. Der interaktive Vortrag von Frau *Dr. Schucht* zum Thema "Wie funktioniert unsere Lunge?" stimmte frühmorgens auf das Thema ein, danach startete der „*Lungenparcours*", exzellent vorbereitet und durchgeführt von den Praxisteams *Dr. Feindt* und *Dr. Stengel* aus Göttingen und Hann. So mussten Filzkugeln in Tore gepustet oder Smarties in Höchstgeschwindigkeit aufgesogen werden, um anschließend im Mund der Kinder zu verschwinden. Nach erfolgreicher Absolvierung konnte ein komplett gestempelter „Pass" in eine kleine Belohnung umgetauscht werden.

Gutscheine für Spielwaren und Buchläden lockten zum Gestaltungswettbewerb mit Bildern unter dem Motto „*Frische Luft*" in den Klassenstufen 1 bis 4 und „*Atemlos*" in den Klassenstufen 5-13. So hatte die Jury alle Hände voll zu tun die besten und originellsten Bilder zu prämieren. Bei der Preisverleihung gab es wahre Prachtexemplare zu bestaunen! Im *REAL*-Preiswettbewerb von *Frau Gadsoudi* ging es um kleine Sachpreise, so dass auch die jüngeren Kinder „Gewinner" werden konnten. Einen zusätzlichen *Sonderpreis* erhielten die älteren Schüler des Berufskollegs im Bildungspark Essen für ihr Video über das eigene Rauchverhalten.

Aber auch die Erwachsenen konnten sich engagieren: Wer auf die *Fragen zu Impfungen & Co* die richtigen Antworten wusste, konnte 2 Eintrittskarten für das große Abschlusskonzert des NDR 2 Soundcheckfestivals am gleichen Abend gewinnen. Dort sang der bekannte Sänger Wincent Weiss sein neues Lied „Ich brauch´ frische Luft". Wenn das nicht genau zum Thema des Lungentages passte! In den Pausen konnten sich die Teilnehmer mit Essen und Trinken stärken und sich bei den Patientenorganisationen, den Aktionsständen und den Hilfsmittelherstellern zu weiteren „luftigen" Themen informieren. So demonstrierte *Philipp Gloch*, engagierter Medizinstudent in der Aktion „Aufklärung gegen Tabak e.V." mit seiner „Smokerstop App" SchülerInnen, wie sich ihr Gesicht nach 20 Jahren Weiterrauchen verändert haben wird. Ergänzend fanden am Nachmittag *Workshops* zum Lungensport und Vorträge für erwachsene Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen wie COPD und Asthma bronchiale statt. Auch sie stießen auf lebhaftes Interesse.

Prof. Lommatzsch beim Vortrags- und Mitmachprogramm für Kinder und Jugendliche

Zusammengefasst: Der 20. Deutsche Lungentag in Göttingen war eine überaus erfolgreiche öffentliche Veranstaltung mit großer Resonanz. Er hat allen Beteiligten von der Planung bis zur Durchführung viel Freude bereitet. Natürlich laufen jetzt schon die Vorbereitungen für das nächste Jahr!

Die Zentralveranstaltung des Deutschen Lungentages 2018 wird unter dem Motto „Umwelt und Klima" am 29.9.2018 in der Bundeshauptstadt Berlin stattfinden. Bitte Termin schon vormerken!

Die Autorin:

PD Dr. med. Christiane Lex
Stellvertretende Sprecherin
der Sektion Deutscher Lungentag
in der Deutschen Atemwegsliga e.V.

Fortsetzung des Berichts von Christopher Kofahl in Luftpost Winter 2017

Shild-Studie Teil 2

Modul 3 – Wirkungen der Selbsthilfe

Christopher Kofahl, Marie-Luise Dierks, Marius Haack, Olaf von dem Knesebeck, Ursula Köstler, Silke Kramer, Francis Langenhorst, Stefan Nickel, Frank Schulz-Nieswandt, Gabriele Seidel, Silke Werner

Während das *Modul 2* sich überwiegend mit den *aktiven Akteuren* der gesundheitsbezogenen *Selbsthilfe* befasst hatte (Selbsthilfegruppen-Sprecherinnen und -sprecher, Vorstände von Selbsthilfeorganisationen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen), richtete sich der Fokus in Modul 3 auf die Betroffenen-Ebene in Gestalt von aktiven und ehemaligen Selbsthilfegruppen-Mitgliedern sowie Gleichbetroffenen, die noch niemals in Selbsthilfegruppen waren. Damit ist **diese Untersuchung** unseres Wissens **weltweit bislang einmalig.**

Die inhaltliche Planung und Gestaltung des Forschungskomplexes erfolgte in Abstimmung mit den Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung basierend auf den Zwischenergebnissen der Module 1 und 2. Dazu fand im Juni 2014 ein Transfer-Workshop in Berlin statt, auf dem die bisherigen Ergebnisse diskutiert und das weitere Vorgehen festgelegt wurden.

Teilprojekt 3.1: Quantitative-empirische Vergleichsstudien

Aufbauend auf den Ergebnissen der Struktur- und Bedarfsanalyse wurden im Modul 3 die *unmittelbaren Wirkungen der Selbsthilfe bei Betroffenen* und *Angehörigen* chronisch Erkrankter in Vergleichsstudien im zeitlichen Verlauf untersucht. Die Forschung wurde geleitet von der Frage, in welchen Faktoren sich Betroffene/Angehörige in Selbsthilfegruppen von nicht selbsthilfeaktiven Betroffenen/Angehörigen unterscheiden z.B.:

- Erkrankungsbewältigung,
- Lebensqualität,
- Gesundheitskompetenz,
- Inanspruchnahme des Gesundheitssystems,
- Gesundheitsverhalten,
- gesundheitliche Outcomes (dt. Ergebnisse).

Für die Analyse wurden *fünf Indikationsgruppen* ausgewählt:

1. Diabetes mellitus Typ 2 (als häufige chronische Erkrankung)
2. Prostatakrebs (als onkologische Erkrankung mit dem Fokus auf Männergesundheit)
3. Multiple Sklerose (MS, als seltenere Erkrankung, an der häufiger Frauen erkranken)
4. Pflegende Angehörige Demenzerkrankter (als pflegende Angehörige chronisch Erkrankter)
5. Tinnitus (dt. „Klingeln in den Ohren", wurde in die SHILD-Studie im Rahmen einer Projektförderung durch die IKK classic integriert)

Im Laufe des Jahres 2015 fanden die ersten Umfragen (online und postalisch) bei Betroffenen der fünf Indikationsgruppen statt. Eine zweite Datenerhebungsphase im Jahr 2016 erfolgte in den Erkrankungsgruppen Diabetes mellitus Typ 2, Prostatakrebs und Multiple Sklerose. Die Befragung der Tinnitus-Betroffenen und der Angehörigen Demenzerkrankter bis Ende 2016 umfasste nur einen Erhebungszeitraum. Kooperationspartner waren der Deutsche Diabetiker Bund e.V., der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft e.V., die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., die Deutsche Tinnitus-Liga e.V. sowie die jeweiligen Landesverbände und -gesellschaften.

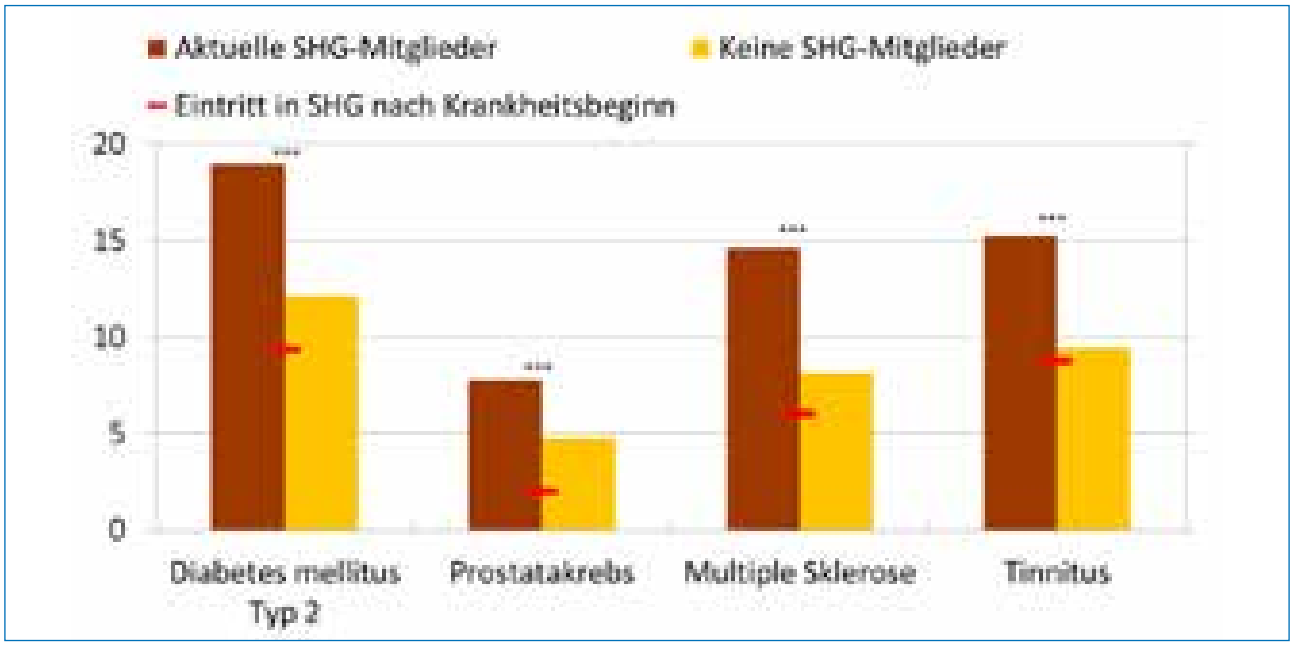
Teilprojekt 3.2: Qualitativ-ethnographische Studie

Die zweite Studie umfasste die Wirkungen der Selbsthilfeaktivitäten in (sozial-)rechtlichen Handlungsfeldern auf Meso- und Makroebene in Form qualitativer Erhebungen und Analysen bei Vertreterinnen und -vertretern der Selbsthilfe und Patientenvertreterinnen und -vertretern in Deutschland. Die *übergreifende Forschungsfrage* war, *welche Wirkungen die Selbsthilfebewegung in Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung erzielt.*

Zusammengefasste zentrale Ergebnisse des Moduls 3

Die folgenden **Ergebnisse** basieren auf den **Befragungen** von **3.163 Betroffenen** in den oben genannten *fünf Indikationsgebieten.*

– **45,7%** der Befragten waren zum ersten Erhebungszeitpunkt Mitglied in einer Selbsthilfegruppe,



**** statistisch bedeutsam (signifikant), Abbildung 3: Krankheitsdauer und Eintritt in eine Selbsthilfegruppe (Mittelwerte in Jahren)*

- **6,5%** waren in der Vergangenheit Selbsthilfegruppen-Mitglied und
- **47,8%** haben noch nie eine Selbsthilfegruppe besucht.

- Die *Mitglieder von Selbsthilfegruppen sind* in unseren Stichproben *deutlich älter* als die Betroffenen, die nicht selbsthilfeaktiv sind: um zwei Jahre bei den Prostata-Krebs-Patienten bis über acht Jahre bei den MS-Betroffenen.

- *Selbsthilfegruppenmitglieder sind gesundheitlich stärker belastet als Nicht-Mitglieder.* Das *Fortschreiten der Erkrankung* (Erkrankungsprogredienz) ist offensichtlich ein wichtiger Auslöser für den Impuls, sich bei Gleichbetroffenen Hilfe und Unterstützung zu holen.

- Entgegen der allgemeinen Wahrnehmung, dass eher die mittleren und höheren Bildungsschichten Selbsthilfegruppen für sich nutzen, zeigt sich in unseren Stichproben das Gegenteil. *Selbsthilfegruppenmitglieder haben hier eine geringere Schulbildung als die Nicht-Mitglieder.* Die multivariaten Analysen ergeben, dass gerade die geringer Gebildeten im *indikationsbezogenen Wissen* von dem Austausch in Selbsthilfegruppen profitieren.

- *Betroffene treten erst zu einem relativ späten Zeitpunkt in ihrem Krankheitsverlauf einer Selbsthilfegruppe bei.* Die Männer mit Prostatakrebs bereits nach zwei Jahren, MS-Betroffene nach durchschnittlich sechs Jahren, Menschen mit Diabetes oder Tinnitus nach ca. neun Jahren. Dies erklärt zu einem großen Teil das *höhere Alter* und die *höhere gesundheitliche Belastung* der *Selbsthilfeaktiven* gegenüber den Nicht-aktiven (vgl. Abb. 3).

- *Selbsthilfegruppen (SHG)-Mitglieder* haben gegenüber Nicht-Mitgliedern ein *höheres Wissen* über sozialrechtliche Ansprüche und Regelungen (z.B. zur Pflegeversicherung, zum Behindertenausweis, zu spezifischen Hilfen und Unterstützungsangeboten) sowie über medizinische Behandlungsleitlinien.

- In fast allen Bereichen der *Gesundheitskompetenz, des Selbstmanagements und der Selbstwirksamkeit wurden signifikante Unterschiede zugunsten der Selbsthilfegruppen-Mitglieder gemessen.* Allerdings sind die Effektstärken relativ klein.

- *Die stärksten Unterschiede zwischen Selbsthilfeaktiven und -nichtaktiven bestehen im indikationsbezogenen Wissen.* Die Selbsthilfegruppenbeteiligung zeigt in den multivariaten Analysen von allen Prädiktoren die größten Effekte, welche *sogar die Schulbildung als Prädiktor deutlich übersteigt. Eine Ausnahme* hiervon bilden die MS-Betroffenen. Diese informieren sich auf vielfältigen anderen „Kanälen" über ihre Erkrankung – unabhängig davon, ob sie in einer Selbsthilfegruppe sind oder nicht, unterscheiden sich also im krankheitsbezogenen Wissen nicht.

- *Hohe Zustimmungswerte* in der Größenordnung *von 75% bis über 80%* zeigen sich bei den Selbst-

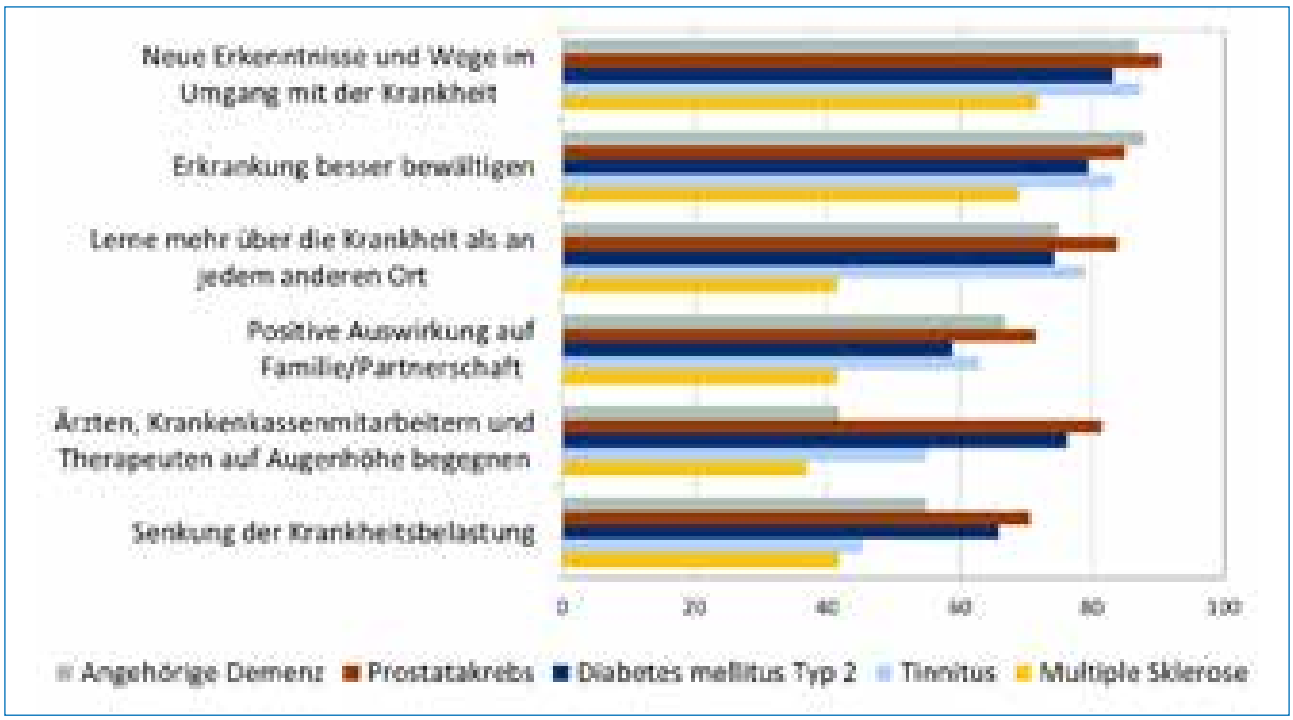


Abbildung 4: Mitglieder zur Bedeutung ihrer Selbsthilfegruppe (SHG, „stimme zu" und „stimme eher zu" in Prozent)

hilfegruppenmitgliedern in ihren Einschätzungen zu *„Krankheitsbewältigung"* und *„Wissenszuwachs".* Zustimmungswerte in den Größenordnungen zwischen 40% bis über 70% zeigen sich in den Dimensionen *„Entlastung der Familie", „Interaktion mit Ärzten, Therapeuten und Krankenkassenmitarbeitern" und „Senkung der Krankheitsbelastung".* MS-Betroffene sind in ihrem Urteil deutlich kritischer als die Mitglieder der vier anderen Indikationsgruppen, die vergleichsweise ähnlich hohe Werte erzielen. Die *Werte decken sich* im Wesentlichen *mit den Einschätzungen der 1.192 Selbsthilfegruppensprecherinnen und -sprechern* aus den Befragungen in Modul 2. Es ist also nicht anzunehmen, dass die Selbsthilfegruppensprecherinnen und -sprecher aufgrund ihres höheren Engagements und ihrer Identifizierung mit der Gruppe zu sozial erwünschten, beschönigenden Antworten neigen (vgl. Abb. 4).

- Betroffene, die nicht in Selbsthilfegruppen aktiv sind, bescheinigen diesen dennoch zu über 90%, dass sie die Gruppen als sinnvoll und hilfreich erachten. Ca. jeder dritte Befragte (Teilnehmende) hält einen Selbsthilfegruppen-Beitritt zu einem späteren Zeitpunkt für sich als wahrscheinlich. Dies gilt auch für die mögliche Beteiligung an einer „Internet-Selbsthilfegruppe".

- *Gründe der nicht-selbsthilfeaktiven Betroffenen, keiner Gruppe beizutreten*, sind in der Größenordnung von
  - **20%** ein *fehlender Anlass* („Ich habe keine Probleme"),
  - zu ca. **40%**, dass die Betroffen *genügend andere Menschen haben, mit denen sie sich austauschen können*, und
  - zu jeweils ca. **30%**, dass sie sich in einer Selbsthilfegruppe *unwohl fühlen* würden oder die *Teilnahme sie belasten* könnte.
  - Auffällig ist hier eine große Varianz zwischen den Indikationsgebieten. So sind die Werte bei den Angehörigen Demenzkranker relativ niedrig und die Werte bei den *MS-Betroffenen* deutlich höher. Letztere unterscheiden sich von den vier anderen Indikationsgebieten vor allem durch ein *deutlich niedrigeres Lebensalter* sowie durch eine *deutlich höhere Bildung* (vgl. Abb. 5).

- Im *Ein-Jahres-Verlauf* (Follow-up nur bei Diabetes, Prostatakrebs und MS) zeigt sich nur eine geringe Veränderung (Fluktuation). Bei den MS-Betroffenen fand sich, dass 11% der Befragten, die zum ersten Erhebungszeitpunkt noch keiner Selbsthilfegruppe angehörten, in dem Ein-Jahres-Zeitraum einer Gruppe beigetreten waren. Dies steht im Einklang mit dem bereits oben dargestellten Ergebnis, dass Betroffene erst im weiteren Krankheitsverlauf eine Gruppe suchen, bzw. ihr beitreten.

- Die *Freitext-Angaben* der teilnehmenden Selbsthilfegruppen-Mitglieder geben Hinweise auf **vielfältige Wirkungen der Gruppenteilnahme**: Neben

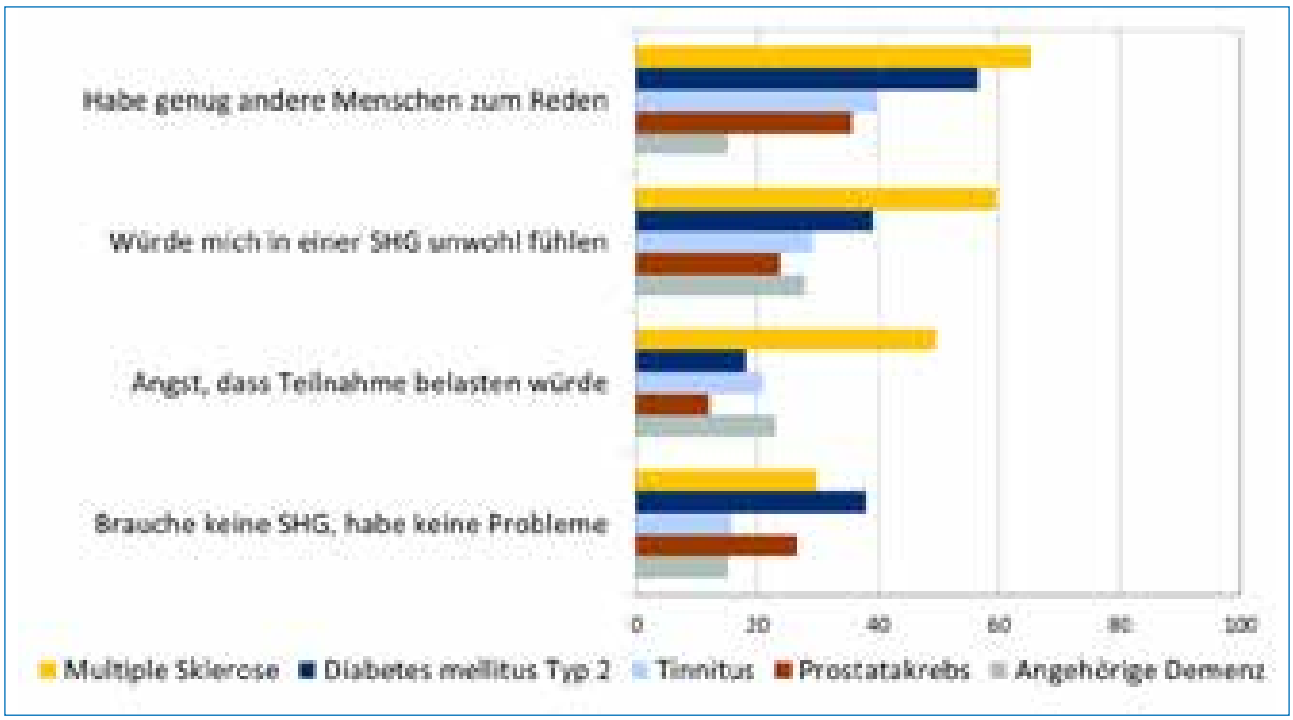


Abbildung 5: Meinung von Nicht-Mitgliedern über SHG („trifft zu" und „trifft eher zu" in Prozent)

den dominierenden Aspekten der

- *sozialen Teilhabe* und *Gemeinschaft* sind es vor allem sehr unterschiedliche
- *individuelle Erkenntnisse, Eindrücke, Erfahrungen und alltagsrelevante Informationen,*

die den Teilnehmenden bedeutsam sind. Sie reichen von:

- *sozialrechtlichen Informationen* über *Heil- und Hilfsmittel,*
- *Wirkungen von verschiedenen Therapien* bis hin zu
- *individuellen Wohnraumanpassungen* oder der
- *Suche nach dem geeigneten Arzt oder Therapeuten.*

- Die Kölner Arbeitsgruppe analysierte die **Mitwirkung der Selbsthilfe in Form der Patientenbeteiligung** in der *kollektiven Selbstverwaltung* nach § 140f SGB V in den **Gremien des G-BA**. Auf Basis einer Literaturanalyse und eines qualitativen Mixed-Methods-Design wurde ein explorativer Einblick in die Kultur und die Rolle der Selbsthilfe in diesem obersten Organ der Selbstverwaltung erarbeitet. Dabei standen Ambivalenzaspekte in der Einschätzung im Vordergrund. Die Ergebnisse verstehen sich als kritische Erkundung. Da eine zu verkürzte stichwortartige Darstellung dem Gegenstand nicht gerecht werden würde, sei an dieser Stelle auf die Publikation zu diesem Teilprojekt verwiesen (Schulz-Nieswandt F, Köstler U, Langenhorst F, Hornik A (2017): Zur Rolle der Gesundheitsselbsthilfe im Rahmen der Patientenbeteiligung in der gemeinsamen Selbstverwaltung gemäß § 140f SGB V. Eine explorative qualitative Studie und theoretische Einordnungen. Berlin: Duncker & Humblodt (i. E.)) ISBN 978-3-428-15323-7.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass **Selbsthilfe messbar positive Wirkungen erzielt.** Für diejenigen, die sich einer **Selbsthilfegruppe anschließen**, stellt die **Gemeinschaft eine wichtige Unterstützung in der Krankheitsbewältigung** und **psychosozialen Entlastung** dar.

Mit vergleichsweise **geringen finanziellen Zuwendungen** aus Krankenversicherung und öffentlicher Hand **(ca. 0,03 Prozent aller Gesundheitssystemausgaben)** erreichen die Selbsthilfeorganisationen, gruppen und -unterstützungseinrichtungen **nachhaltige Entlastungen bei den Betroffenen, ihren Angehörigen** und **indirekt bei den Bürgerinnen und Bürgern**. Auch wenn die in der SHILD-Studie gemessenen Effekte eher klein sind, so sind sie doch vielfältig und summieren sich in Gänze auf. Die **gesundheitskompetenzsteigernde Wirkung der Selbsthilfe kann als belegt gelten.**

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

ANZEIGE

Dies gilt unter der Berücksichtigung, dass die standardisierten Instrumente zur Messung von Gesundheitskompetenz den inhaltlichen Kern von Selbsthilfe nicht genau treffen (können). Letzteres ist auch deshalb nur begrenzt möglich, weil die *selbstbestimmten Selbsthilfezusammenschlüsse autonom entscheiden*, was ihre Themen und Schwerpunkte sind und somit sehr verschieden sind. Damit unterscheiden sie sich grundsätzlich von beispielsweise zertifizierten Schulungen oder Therapieprogrammen, deren Kriterien für eine Outcome-Messung klarer und einheitlicher sind.

Deutlich wurde durch die SHILD-Ergebnisse aber auch, dass die Selbsthilfelandschaft in Deutschland mit vielfältigen und in der Summe steigenden Herausforderungen konfrontiert ist. Viele Ansprüche der Selbsthilfe resultieren aus ursprünglich selbstgesteckten Zielen und eigenen Forderungen. Heute sind viele *ehrenamtlich Aktive* in Selbsthilfeorganisationen und -gruppen nun mit den Folgen ihres Erfolges im Sinne von öffentlicher, politischer und rechtlicher Anerkennung konfrontiert. Aus diesem Grunde sind sie weiterhin und zukünftig auf nachhaltige solidargemeinschaftliche Unterstützung angewiesen. Die wichtige gesellschaftliche Funktion dieser vom Bundespräsidenten Frank-Walter Steinmeier am 5. Oktober 2017 bezeichneten **„Keimzellen der Demokratie"** benötigt ermöglichende Rahmenbedingungen, welche sich keineswegs nur auf wirtschaftliche Aspekte beschränken, sondern vor allem auch auf rechtliche, insbesondere hinsichtlich der Integration und Inklusion in Sozialstaat und Gesundheitswesen.

Autor:

Dr. phil, Dipl.-Psych.
Christopher Kofahl,
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Psychosoziale
Medizin
Institut für Medizinische
Soziologie (IMS)
Stv. Direktor, Leiter AG Patientenorientierung
und Selbsthilfe Hamburg

G-BA beschließt längere Verordnungsmöglichkeit bei Palliativpatienten

Foto: G-BA

Berlin – Die Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) haben die häusliche Krankenpflege für Palliativpatienten erweitert. Künftig sollen die Verordnungen nicht nur „bis zu 14 Tage" möglich sein, sondern so lange, wie es der Patient benötigt. Die Mitglieder im G-BA-Plenum fassten diesen Beschluss jetzt am 22. September einstimmig.

Dem vorausgegangen war bereits eine Beschlussfassung zur Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie im März 2017. In dieser Richtlinie wird die ärztliche Verordnung der Pflege sowie deren Dauer, die Genehmigung durch die Krankenkassen und die Zusammenarbeit der Leistungserbringer verbindlich geregelt. Die Fassung vom März enthielt den Passus, dass die Palliativleistungen „bis zu 14 Tage" verordnet werden dürfen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte den Beschluss vom März nicht beanstandet, aber mit der Auflage versehen, die Länge der Verordnung an die Versorgungsrealität anzupassen. Für die Patientenvertreter im G-BA war diese einstimmige Entscheidung sehr positiv: „Endlich sind wir in der Versorgung von schwerstkranken Menschen in der Realität angekommen."

Quelle: Nach einer Pressemeldung im Deutschen Ärzteblatt

ANZEIGE

1. Lungentag Potsdam – Gelungener Auftakt zur Unterstützung von Patienten mit Asthma und COPD Erkrankung

von G. Krüger

Am 15. November 2017 fand der 1. Lungentag Potsdam statt. Gemeinsam organisiert wurde dieser mit dem noch jungen am 26.07.2017 gegründeten Ortsverband Potsdam der DPLA – dem ersten Ortsverband in den neuen Bundesländern – und auf Initiative von Herrn Dr. Hilger Müller, Internist und Facharzt für Pneumologie.

Dem ging voraus, dass für interessierte Patienten in der Praxis die Voraussetzungen geschaffen wurden, aktiv den in nahezu jedem Krankheitsstadium möglichen Lungensport aktiv und unter kompetenter Anleitung zu betreiben.

Der Unterschied zu vielen herkömmlichen Selbsthilfegruppen besteht in dem regelmäßig angebotenen „Lungensport", einer speziellen sportlichen Stärkung der körperlichen Leistungsfähigkeit insbesondere bei Asthma und COPD. Hinzu kommt die ständige Möglichkeit der kompetenten medizinischen Information und eines Erfahrungsaustausches.

Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität und Unterstützung von unterschiedlich Betroffenen in der Krankheitsbewältigung, durch Wissen und aktiven Erfahrungsaustausch mehr und mehr zu *mündigen* Patienten zu werden. Diese Erfahrung

ANZEIGE

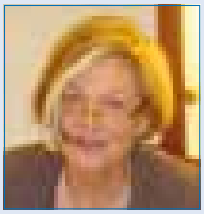
und Wissen brachte der Ortsverband durch den 1.Potsdamer Lungentag, der in den Praxisräumen von Dr. Müller (mit Unterstützung durch die AOK) stattfand, vielen Betroffenen nahe. Im Einzelnen wurden patientenverständliche Fachvorträge zu den Krankheitsbildern Asthma bronchiale, COPD und dem oft quälenden Symptom „Husten" gehalten. Hierzu wurde der aktuelle Stand der Lungenheilkunde vorgestellt.

Umfangreiches Informationsmaterial zu diesen Krankheitsbildern bis zu Asthma- und COPD-Tagebüchern lag ebenfalls bereit. Hinzu kam die Vorstellung der aktiven Trainings-und Untersuchungsmethoden mit kompetenten Ansprechpartnern, zur Atemgymnastik, dem 6 Minuten Gehtest, von der Selbstmessung der Sauerstoffsättigung, bis zur richtigen Inhalation und Anwendung des Sprays und zum Inspirationsmuskeltraining –IMT und der Vorstellung eines Computerprogrammes zur Verbesserung der Krankheitskontrolle, z.B. bei COPD.

Die ca. 60 Teilnehmer waren sehr interessiert und aufgeschlossen und fühlten sich in dem ansprechend ausgestatteten Räumen geschmückt mit Bildern nach Franz Marc sichtbar wohl. Das Interesse für diesen 1. Lungentag Potsdam und dem 1. Ortsverband der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA im Land Brandenburg und in den neuen Bundesländern, fand seinen Niederschlag auch in Beiträgen in der lokalen Presse und im Örtlichen Fernsehen (Potsdam TV), die aktuell berichteten.

Der Ortsverband stellte sich und sein Jahresprogramm 2018 vor und kündigte bereits die 1. Lungentagung Potsdam, am 8. September 2018 in der Universität Potsdam, Campus Griebnitzsee, an.

Die Autorin:
Gudrun Krüger
Leiterin des Ortsverbandes
Potsdam der DPLA
gudrunkrueger48@gmail.com



OxyCare Medical Group GmbH
FON +49(0)421 48 99 66 · www.oxycare.eu
OxyCare • Germany
A.R.U. Medizin-Technik • Germany
OxyCare • Austria

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

Beatmung mit COPD Modi

- BiPAP A40 Philips Respironics
- prisma VENT30/40/50 Löwenstein Medical
- O3T-Clean mit Akku
  Ozon Desinfektionsgerät
  Desinfizieren Sie Geräte und Zubehör, z.B. Schläuche, Masken usw., auf Knopfdruck ohne Chemikalien.

Messe-Neuheit 98,50 €

Sauerstoffversorgung

Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

Miete ab 1 Woche möglich!

- 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

Sekretolyse

Inogen One G4 4Cell Shop-Preis 2.798,00 € *

- VibraVest
  Methode HFCWO (High Frequency Chest Wall Oscillation) **ohne Kompression** des Brustkorbes.
  Für Kinder und Erwachsene, in 6 Größen erhältlich

Hustenassistent:
mit Vibrationsmodus, für Kinder und Erwachsene

- Pulsar Cough 700 neues Modell
- Cough Assist E70 von Philips

Inhalation

Shop-Preis 174,50 €

- OxyHaler - Membranvernebler
  Klein - leicht (88 g)- geräuschlos, mit Akku

78,50 €

- Allegro - Kompressorvernebler
- Salivent - Salzinhalation
  feucht-warme Meersalz-Inhalation

85,70 €

- Ultraschallvernebler U 3002-E
  Mit geschlossenem Sterilwassersystem ISAPAK.

Atemtherapiegeräte

IPPB Atemtherapie mit Inhalation: PSI

- 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

GeloMuc/Quake/RespiPro/ PowerBreathe Medic/ RC-Cornet/PersonalBest

Shop-Preis Gelomuc 55,00 € *

*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

Hospiz – auch ein Thema für die Selbsthilfe!

von E. Feyerabend

Das Thema geht alle an, denn alle Menschen sind sterblich. Auch im Bundesverband der Kehlkopfoperierten e.V. (BVK) und in einigen seiner Landesverbände ist die Sterbebegleitung im Gespräch. Von Hospizen oder palliativer Pflege haben viele Menschen schon mal gehört. Und in manch einer Selbsthilfegruppe haben Mitglieder oder Patientenbetreuer sich um ihre Bekannten, Freunde oder ihre Familien gekümmert, wenn es ans Sterben ging. Welche Bedeutung sollte das Thema „Hospiz" für eine Selbsthilfeorganisation haben?

Seit Ende der 1980er Jahre hat sich einiges getan. Damals entstand eine Hospizbewegug, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, sterbende Menschen bis zu Ihrem Ende zu begleiten. Dieses bürgerschaftliche Engagement war und ist eine Antwort auf die Versorgungsdefizite im Gesundheitswesen und auf sich verändernde Formen des Zusammenlebens:

- Die Familien leben zunehmend nicht mehr an einem Ort,
- immer mehr Frauen sind berufstätig und
- die Anzahl der Alleinlebenden nimmt ständig zu.

Unter diesen sozialen Umständen war und ist es alles andere als einfach, sterbende Menschen angemessen, d.h. mitmenschlich, zu pflegen und zu begleiten. Mittlerweile gibt es in Deutschland:

- 1.500 ambulante Einrichtungen,
- 221 stationäre Hospize für Erwachsene und
- 304 Palliativstationen in Krankenhäusern.

„Mein Körper ist so unsozial.
Ich rede, er bleib stumm.
Ich leb´ ein Leben lang für ihn.
Er bringt mich langsam um. (...) !

Strophe aus dem Gedicht „Siebenmal mein Körper" von Robert Gernhardt (deutscher Schriftsteller, Zeichner und Maler 1937-2006)

Zusätzlich gibt es die allgemeine Palliativversorgung durch Haus- und Fachärzte sowie Pflegedienste, die bei lebensbedrohlichen Erkrankungen zu Hause die Betreuung organisieren – in Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten und anderen Berufsgruppen. 295 so genannte *SAPV-Teams* (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung) können dies selbst bei schweren Leiden gewährleisten. An vielen Orten sind so Netzwerke entstanden, die mit den verschiedenen Professionen, Krankenhäusern und Hospizen zusammenarbeiten. Nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) finanzieren die Krankenkassen zum Teil die erwähnten Angebote. Vor allem aber die *ambulanten Hospizdienste* legen weiterhin großen Wert auf die ehrenamtliche Arbeit, die zum Teil unterstützt wird. Denn nur so kann der Gründungsgedanke der Hospizbewegung aufrechterhalten werden:

Foto: Fotolia / mickyso

Das Sterben ist Teil des Lebens und sollte nicht allein in die Zuständigkeit bezahlter Dienstleister fallen!
Pflege und ärztliche Versorgung gehören in professionelle Hände. Die soziale Unterstützung Schwerstkranker und Sterbender, ihrer Familien und Freundeskreise aber ist eine zutiefst menschliche Aufgabe von ehrenamtlichen Bürgern. Sie haben oft Zeit, müssen keine Einzelleistungen abrechnen und können so etwas wie „Normalität im Ausnahmezustand" ermöglichen.

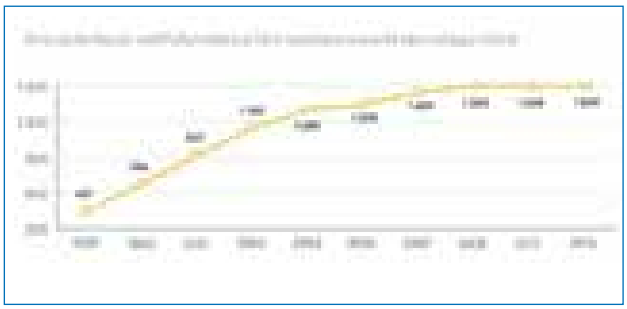
Wünsche und Wirklichkeit

Kürzlich hat der **D**eutsche **H**ospiz- und **P**alliativ**V**erband (DHPV), eine Dachorganisation der ambulanten und stationären Dienstleister und Vereine, wieder eine Bevölkerungsumfrage in Auftrag gegeben. Thema: „Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben". Am Telefon befragt wurden 1.015 deutsche Bürger, inwieweit sie sich im Jahr 2017 mit Sterben und Tod auseinandersetzten, an welchen Orten sie sterben möchten und ob sie sich gut genug über Hospiz- und Palliativangebote informiert fühlen.

Was ist dabei herausgekommen? *Die meisten Menschen möchten zu Hause sterben,* nur vier Prozent im Krankenhaus, fast 30 Prozent können sich auch ein Hospiz oder eine Palliativstation entsprechend vorstellen. Viele fühlen sich über die Angebote der Sterbebegleitung nicht ausreichend informiert, kaum jemand weiß, dass ambulante und stationäre Hospizversorgung kostenfrei sind. Insgesamt möchte die Mehrheit der Befragten, dass in der Gesellschaft mehr über das Sterben gesprochen wird.

Die Wirklichkeit der konkreten Umstände am Lebensende sieht anders aus. *Mehr als die Hälfte aller Menschen*

sterben im Krankenhaus, fast 20 Prozent im Pflegeheim, aber immerhin 23 Prozent zu Hause. Die Gründe für diese Verteilung sind vielfältig. Es ist nicht nur ein Problem von Informationsdefiziten in breiten Kreisen der Bevölkerung. Es ist auch ein Problem der Zugangsvoraussetzungen. Wer in einem Altenheim untergebracht ist, hat wenig Chancen in ein stationäres Hospiz zu kommen, weil er oder sie dort (vermeintlich) gut versorgt sei. Wer alleine lebt, wird Probleme haben das Lebensende in den eigenen vier Wänden zu erleben. Dafür sind die zeitlichen Limits der Pflegedienste und Hausarztpraxen - trotz von den Kassen bezahlter Zusatzleistungen - zu eng bemessen, und nicht jedes Defizit oder Bedürfnis kann durch ehrenamtliche Sterbebegleiter aufgefangen werden. Es bedarf schon eines guten Netzwerkes von Angehörigen und/oder des Freundeskreises, um sich als Begleiter nicht zu überfordern. Außerdem ist das Angebot ambulanter Hospizdienste, je nach geografischer Lage des Wohnortes, unterschiedlich gut ausgebaut – in der Regel in den Städten noch besser als auf dem Land.



Quelle: http://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html

Lohnende Aufgaben für die Selbsthilfe

Gerade die Selbsthilfearbeit eines Selbsthilfeverbandes hat Anknüpfungspunkte, nicht nur, weil viele Mitglieder oder Angehörige schon schwerste Krankheiten haben und so mit der Frage der eigenen Sterblichkeit in ihrem Leben konfrontiert sind. Schon die Praxis der Patientenbetreuung ist den ehrenamtlichen Hospizdiensten recht nahe. Die Patientenbetreuer leisten ihren Dienst direkt am schwerkranken Menschen und ergänzen die pflegerische und ärztliche Versorgung. Kenntnisse über sozialrechtliche Ansprüche und die Probleme mit ihrer Durchsetzung sind bekannt. Was weniger bekannt ist, zu wissen sich aber lohnt: Welche Angebote und Ansprüche gibt es im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung rechtlich und in der Kommune?

Dem *Pflegereport 2016*, der sich als Schwerpunkt mit dem „Sterben" beschäftigte, liegt eine sehr viel größere und intensivere Befragung zugrunde als in der des erwähnten Dachverbandes DHPV. Dort gaben nur 13 Prozent der Interviewten an, sich noch nie mit dem Sterben beschäftigt zu haben. Es ist also bei weitem nicht so, dass Menschen – wie oft behauptet – das Thema weitestgehend meiden, ja tabuisieren. Auch das ist eine Chance für die Selbsthilfe: Es gibt ein viel größeres Interesse als öffentlich vermutet und kommuniziert wird. Selbsthilfevertreter können das Thema selbstbewusst in den Gruppen oder in Seminaren oder auf Tagungen vorschlagen. Dort haben sich Mitglieder entweder schon rein beruflich mit der Sterbebegleitung beschäftigt, oder die Vorbereitungskurse der ambulanten Hospizdienste besucht (siehe Interview mit Inge Kunz in der nächsten Luftpost).

Nicht alles ist delegierbar und nicht alles erlernbar. Viele haben Gruppenmitglieder und ihre Angehörigen in schweren Krisen ganz einfach unterstützt, haben sie zum Arzt begleitet, sind einkaufen gegangen, haben Mut zugesprochen, Wünsche erfragt oder beim Kaffee über Gott und die Welt gesprochen. Auch das ist Dienst am Mitmenschen und Sterbebegleitung, wenn die Prognose schlecht oder ein baldiges Sterben wahrscheinlich ist. Sich das selbst bewusst zu machen, die gemachten Erfahrungen mitzuteilen ist mitmenschliches Engagement. Hier kommt es auf eine dem Menschen zugewandte Haltung an. Diese Haltung steht auch in den Hospizdiensten ganz oben. Dafür gibt es keinen „Lehrplan", sondern hier zählen Lebenserfahrung und gelebte Solidarität mit einem Mitmenschen in schweren Stunden.

Autorin und Quelle:
Erika Feyerabend
ist Journalistin, Diplom-Sozialarbeiterin und Sozialwissenschaftlerin, sowie Vorstandsmitglied in der Hospizvereinigung OMEGA – Mit dem Sterben leben e.V.
Sprachrohr November 2017

Wenn nichts mehr zu machen ist, dann ist noch viel zu tun

von I. Kunz

Foto: Fotolia / Photographee.eu

Inge Kunz gehört zu den Gründern der deutschen Hospizbewegung Mitte der 1980er Jahre – und ist noch heute sehr engagiert. Die studierte Sozialpädagogin und Familientherapeutin arbeitet in der bundesweiten Hospizorganisation OMEGA e. V. mit und ist in ihrem Wohnort Bocholt gerade dabei ein stationäres Hospiz aufzubauen.

Welche Aufgaben haben Hospizbegleiter in Ihrem Verband?

Wir begleiten ehrenamtlich Menschen, wenn sie schwerkrank, wenn sie sterbend sind und nicht alleine sein wollen. Letztlich machen wir ganz normale Dinge: Vorlesen, Kaffee kochen, zum Arzt begleiten, miteinander sprechen oder bei Behörden unterstützen. Wir machen auch Sitzwachen in der Nacht, nicht nur um den totkranken Menschen beizustehen. Es geht darum, die Familien zu entlasten, die dann mal ruhig schlafen können. *Den Angehörigen zu helfen*, das ist fast das Wichtigste, besonders für ältere Menschen, damit sie nicht das Gefühl haben, ihre Familie zu sehr zu belasten.

Die Hospizbegleiter müssen vorbereitende Kurse besuchen. Worum geht es da?

Es geht vor allen Dingen darum sich mit dem, was Menschen in solchen Situationen brauchen auseinander zu setzen und auch mit den eigenen Erfahrungen. Was kann ich besonders gut? Welche Grenzen und welche Möglichkeiten hat mein Handeln? Das zu erkennen ist wichtig. Eine große Gefahr ist es ja auch, die Begleitung Sterbender zu idealisieren. Nach dem Motto: Wenn ich komme, geht alles gut. Unser Prinzip ist sicher: Wenn nichts mehr „zu machen" ist, dann ist noch viel zu tun. Aber das heißt nicht: Ich rette jemanden oder mache ihn glücklich. Wer leiden will oder wütend ist, der oder die darf das auch.

Wie sind diese Kurse aufgebaut?

Das ist unterschiedlich, je nach Hospizverband. Manche bieten fast eine Art halbe Therapeutenausbildung an. Bei uns wird die Selbsterfahrung groß geschrieben. Wie gehe ich mit mir selbst um? Wie reagiere ich eventuell, wenn die Sterbende vielleicht mein Alter hat. Was bedeutet Trennung und Trauer, Abschied und Verzicht in meinem Leben? Wichtig ist auch, unser Netzwerk im Kopf zu haben, von den vielen anderen, die ja nach Bedarf und Bedürfnis unterschiedlich helfen und unterstützen können. Ein großer Bereich sind auch sozialrechtliche Informationen und Diskussionen darüber, wie Menschen in unserer Gesellschaft sterben und was sich ändern müsste.

Wie lange dauern die Kurse?

Die Rahmenvereinbarungen des Hospizgesetzes empfehlen ca. 100 Stunden, die mit unterschiedlichen Inhalten gefüllt werden können. Angefangen haben wir mit zweimonatlichen Arbeitskreisen zu verschiedenen Themen, mit Teilnehmern, die aktuell Sterbende begleiten und solchen, die das zukünftig tun möchten. Vieles ergab sich aus den Erfahrungen der Hospizbegleiter. Ich erinnere mich, dass innerhalb einer Woche

vier Menschen in meiner Gegenwart verstarben. Das wurde dann fast schon wie Routine. Das ist wirklich nicht gut, denn man muss immer wieder Abstand gewinnen, um den nächsten Menschen neu und individuell zu sehen. Darüber haben wir zum Beispiel gesprochen. Oder jemand war in der Nacht da. Der Betreute hatte furchtbare Schmerzen und kein Arzt war erreichbar oder sagte nur am Telefon: Geben Sie ein paar Tropfen mehr. Was mache ich dann? Auch mit meiner Hilflosigkeit? Rufe ich dann zum vierten Mal den Nachtdienst an? So geben wir an die neuen Begleiter als die Erfahreneren weiter, womit sie konfrontiert werden können.

Kommen auch spezielle Referenten in die Kurse?

Vieles machen die Koordinatorinnen selbst. Das haben sie in ihrer Palliative Care Ausbildung gelernt. Wir fragen aber gerne auch Referenten zu speziellen Themen an, z. B. zu Kommunikation, Spiritualität und Menschlichkeit und anderes mehr – auch im Rahmen von Wochenendseminaren. Uns ist daran gelegen, dass die Teilnehmer über die Praxis auch eine Folie der Theorie legen können.

Muss man für die Kurse bezahlen?

Nein. Ehrenamtlich Engagierte sollen nicht auch noch Geld mitbringen müssen. Für die hauptamtlich organisierten Dienste mit mindestens einer bezahlten Koordinatorin und 15 Ehrenamtlichen sind die Vorbereitungskurse förderfähig, leider nicht für die ehrenamtlich organisierten Dienste.

Mittlerweile haben wir aber noch ein zusätzliches Problem: Es gibt auch geringfügig bezahlte Begleiter. Nach dem Sozialgesetzbuch kann man sich gegen Aufwandsentschädigung zusätzlich Assistenz einkaufen. Es ist o. k., wenn Leute sich etwas dazu verdienen. Was nicht in Ordnung ist, dass dies auch Menschen bezahlen müssen, die es sich nicht leisten können. Davon gibt es mittlerweile genug. Das müssten die Kommunen oder Krankenkassen übernehmen, sonst haben die Armen das Gefühl, sie müssten sich „sozialverträglich selbst entsorgen".

Ist es sinnvoll als Mitglied einer Selbsthilfegruppe oder als Patientenbetreuer solche Kurse zu besuchen?

Das liegt ganz bei jenen, die begleiten möchten. Manche sagen, ich kann das ohnehin. Andere sind nicht sicher, wo ihre Grenzen und ihre Möglichkeiten liegen. Generell würde ich aber sagen: Unsere Aufgabe ist es, *Sicherheit zu geben*. Wodurch diese Sicherheit entsteht, das sagen die Sterbenden, Kranken oder die, die in einer Lebenskrise sind – sei es die Sicherheit in finanziellen Angelegenheiten, gegenüber den Behörden oder in der Begegnung. Das geht natürlich nur, wenn auch die Begleiter in sich ruhen - dabei aber auch selbstreflektierend sind.

Kann man an den Kursen teilnehmen, ohne bei OMEGA Begleiter zu werden?

Auch das ist je nach Träger unterschiedlich. Bei uns muss sich niemand verpflichten, bei manchen Trägern allerdings schon. Ich meine überhaupt: Da es eigentlich darum geht, Menschen in unterschiedlichen Krisensituationen zu begleiten, ist es wichtig, sich vorzubereiten, sich ausprobieren zu können, aber auch die Freiheit zu haben, Nein zu sagen. Insgesamt finde ich diese Spezialisierung schade. Eigentlich geht es doch um „*Krisenbegleitung*", nicht nur um Sterbebegleitung. Letztlich lernt man am meisten bei der Begleitung selbst und im Erfahrungsaustausch mit anderen Helfern.

Was ist Ihnen besonders in Erinnerung?

Eine Dame, die nur noch mit zusätzlichem Sauerstoff, im Rollstuhl und mit Begleitung mobil sein konnte, wünschte sich zu IKEA in Arnheim fahren zu können. Unsere Palliativkrankenschwester hat sie mit einer ehrenamtlichen Begleiterin ins Auto gepackt und zusammen sind sie nach Arnheim gefahren. Daraus wurde eine „dicke" Freundschaft zwischen diesen drei Frauen. Das kann man weder planen noch wissen. Das muss man einfach erleben.

Oder neulich habe ich eine mir bis dato völlig unbekannte Frau ins Klinikum zur stationären Aufnahme begleitet. Als man sie fragte, wer denn unter Umständen informiert werden sollte, ist ihr außer mir niemand eingefallen. Traurig, dass Menschen oft so allein sind, aber gut, dass *in Krisensituationen schnell Vertrauen* entstehen kann. Vielleicht ist das nicht immer gerechtfertigt aber es zeigt: In Krisensituationen ist *das Gefühl nicht allein zu sein* und Menschen vertrauen zu können *ein großes Geschenk*.

Die Autorin:

Inge Kunz
OMEGA e.V.

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	06133 / 35 43
Brandenburg		
Potsdam	Gudrun Krüger	0331 / 2708809
	Wolfgang Weber	033205 / 25699
Hessen		
Frankfurt am Main	Ellen Herchen	069 / 523 507
	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	Michael Wilken	05130 / 583 85 77
- Hannover		
- Neustadt am Rübenberge	Detlef Henning	05032 / 964 090
- Garbsen		
- Wunstorf		
- Wedemark		

Bundesland, Ort	Ansprechpartner	Telefonnummer
Nordrhein-Westfalen		
Dortmund	Cornelia Schulz	0231 / 126 376
Duisburg	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Essen	Jürgen Frischmann	0160 / 4628961
Gelsenkirchen	Dr. Markus Wittenberg	0209 / 364-3610
Hagen	Werner Brand	02330 / 12 792
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	Gabriele Reinhold	0202 / 705 598 13
Rheinland-Pfalz		
Alzey	Jürgen Frischmann	0160 / 4628961
Bernkastel-Wittlich	Inge Follmann	06573 / 574
Bitburg	Jürgen Frischmann	0160 / 4628961
Daun (Vulkaneifel)	Inge Follmann	06573 / 574
	Renate Maisch	06572 / 23 99
Birkenfeld/ Idar-Oberstein	Winfried Walg	06785 / 77 70
Linz am Rhein	Jürgen Frischmann	0160 / 4628961
Mainz	Jürgen Frischmann	0160 / 4628961
Trier	Ursula Eicher	0651 / 44611
Worms	Bernhard Röhrig	0176 / 285 60516
Saarland		
Homburg / Saar	Dietmar Hecker	06841 / 162 2919
	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
E-Mail: g.frank@copdundlunge.de
http://www.copdundlunge.de

SHG COPD&Lunge Region Bayern - Selb
Kontakt: Christa Jäkel
Tel.: 09287 / 67800
Mobil: 0152 / 217 86 886
E-Mail: c.jaekel@copdundlunge.de
christa50oldi@gmail.com
http://www.copdundlunge.de

SHG COPD&Lunge Region Bayern - München-Oberbayern
Kontakt: Mary-Lou Schönwälder
Tel.: 089 / 6095153
E-Mail: ml.schoenwaelder@copdundlunge.de
http://www.copdundlunge.de

SHG COPD&Lunge Region Bayern - Regensburg
Kontakt: Alois Stadlbauer
Tel.: 0941 / 89849270
E-Mail: a.stadlbauer@copdundlunge.de
http://www.copdundlunge.de

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Regensburg – Alpha-1
Kontakt: Sabine Besten
Tel.: 08782 / 979335
E-Mail: s.besten@copdundlunge.de
http://www.copdundlunge.de

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Regen
Kontakt: Maria Tschöpp
Tel.: 09921 / 2774
E-Mail: m.tschoepp@copdundlunge.de
http://www.copdundlunge.de

SHG COPD&Lunge Region Bayern - Straubing
Kontakt: Marion Essig
Tel.: 09421 / 9297910
E-Mail: m.essig@copdundlunge.de
http://www.copdundlunge.de

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 Rund um die Lunge im Idsteiner Land
Kontakt: Karin Boß
Tel.: 06126 / 9591136
E-Mail: rund-um-die-lunge1@gmx.de
http://rund-um-die-lunge.blogspot.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
E-Mail: d.krecke@copdundlunge.de
http://www.copdundlunge.de

SHG COPD & Lunge Städte Region Aachen - Lungenkrebs
Kontakt: Anja Schüller
Tel.: 0241 / 4748810
E-Mail: a.schueller@copdundlunge.de
http://www.copdundlunge.de

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Simmerath
Kontakt: Maria-Luise Zorn
Tel.: 02408 / 1460099
E-Mail: m.zorn@copdundlunge.de
http://www.copdundlunge.de

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Würselen
Kontakt: Heidi Witt
Tel.: 02405 / 475255
E-Mail: h.witt@copdundlunge.de
http://www.copdundlunge.de

SHG COPD&Lunge Städte Angehörigengruppe Region Aachen-Würselen
Kontakt: Heidi Witt
Tel.: 02405 / 475255
E-Mail: h.witt@copdundlunge.de
http://www.copdundlunge.de

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 Unterainer
Tel. 0351 / 3108540

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.:

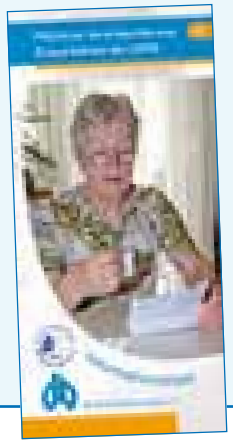
- Reisen ... mit Asthma und COPD
- Husten ... was muss ich tun?
- Häusliches Training bei schwerer COPD
- Lungenkrebs ...rechtzeitig erkennen und gezielt behandeln
- Plötzliche Verschlechterung (Exazerbation) bei COPD

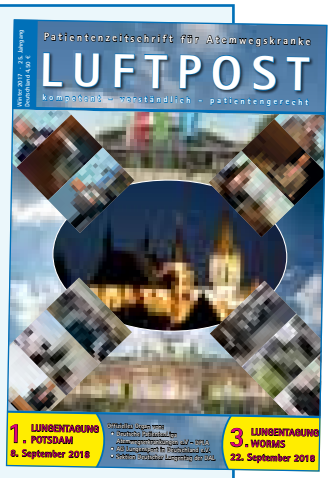
Selbstverständlich können Sie auch weitere Informationen oder eine Beratung in unserer **Geschäftsstelle** erhalten:

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 Mitgledschaft in die:

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA

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

(freiwillige Angaben)
Lungenerkrankung/en: Asthma ☐ COPD ☐ Emphysem ☐ Weitere ☐ _____

Andere Erkrankungen: ☐ _____

Angehörige/r ☐ Nicht selbst erkrankt ☐

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.

Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

_____
Datum, Unterschrift (für Einzugsermächtigung):

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

ANZEIGE

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: Fotolia / Sinuswelle

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

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

Zum Thema „Patientenschulung" informiert der Flyer 23: Es gibt für *Asthmatiker* das Schulungsprogramm NASA (Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker) und für *COPD-Patienten* COBRA (Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Lungenempyhsem – Ambulante Schulung für COPD-Patienten).

Für *Kinder* werden besondere Asthma-Schulungsprogramme angeboten.

Um Asthma oder COPD erfolgreich zu behandeln, reichen gute Medikamente und verständige Ärzte allein nicht aus, sondern auch Sie als Asthmatiker oder COPD-Patient müssen aktiv einen Teil der Behandlung und der Kontrolle Ihrer Erkrankung selbst übernehmen. Eine Schulung bei Ihrem Arzt und der Austausch mit anderen Betroffenen in einer Selbsthilfegruppe helfen Ihnen dabei.

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.

COPD*

Sind Sie trotz Behandlung außer Atem?

Sprechen Sie Ihren Arzt an!

Vielen mit der Diagnose COPD geht es wie Ihnen.
Jetzt Info-Broschüre gratis anfordern unter: www.copd-atemnot.de

*Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg. Tel.: (09 11) 273-0, Fax: (09 11) 273-12 653. www.novartis.de

NOVARTIS