Herbst 2015 · 23. Jahrgang
Deutschland 4,50 €

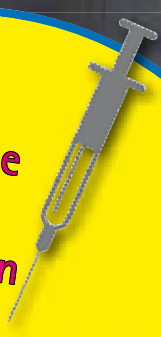
Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent – verständlich – patientengerecht

- **Inhalativa**
  Kein Aut-Idem
- **COPD**
  Beatmungsentwöhnung
- **Lungensport**
  Workshop der DPLA

JETZT:
Gegen Grippe und Pneumokokken impfen!



Jetzt offizielles Organ von:
- Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA
- AG Lungensport in Deutschland e.V.
- Deutscher Lungentag e.V.

Lust rauszugehen?

Nehmen Sie Ihren Sauerstoff doch einfach mit!

Ein Ausflug in die Stadt, ins Museum oder ins Theater? Ein aktives Wochenende mit Familie und Freunden? Lassen Sie sich nicht abhalten und nehmen Sie Ihren Sauerstoff einfach mit! Mit seinem geringen Gewicht, der hohen Akkukapazität ist der **SimplyGo Mini** Ihr idealer Begleiter für unterwegs – egal ob im praktischen Rucksack oder der schicken Schultertasche.

Besuchen Sie uns unter
www.philips.de/respironics.

innovation + you

PHILIPS
RESPIRONICS

ANZEIGE

Liebe Leserinnen und Leser,

ich behaupte einmal: „Aaatmen macht glücklich!". Langsam ein- und tief ausatmen. Dann eine kurze Atempause – so wird D u r c h a t m e n zur Entspannung für den ganzen Körper. Das Gegenteil wäre aufgeputscht, flach und schnell zu atmen, eben „Angstatmung".

Wir wollen Ihnen Angst nehmen. Wer einmal auf der Intensivstation war, hat nicht nur viel Technik, sondern auch Zuwendung erlebt. Wer dort beatmet wird, kann mit unserem Beitrag zur möglichen Entwöhnung einer dort begonnen Beatmung bei chronischen Lungenerkrankungen wie COPD, Hoffnung schöpfen! Weaningzentren (weaning, englisch für Entwöhnung) sind nicht nur ein relativ neuer Begriff, sondern Realität einer durch spezialisierte medizinische Einrichtungen häufig noch möglichen Entwöhnung von der maschinellen Beatmung. Lesen, oder besser, geben Sie (!) diesen Artikel Ihren Angehörigen rechtzeitig, bevor Sie als COPD-Patient eventuell selbst beatmet werden müssen.

Früher musste ein Schiff im Hafen, wenn seine Besatzung „hochinfektiös" war, in Quarantäne, d.h. isoliert dort liegen bleiben. Zur Warnung Aller, wurde die gelbe Fahne gehisst. Damit es bei Ihnen nicht zu einer schwerwiegenden Grippe oder gar Lungenentzündung durch Pneumokken kommt, haben wir schon im Titel den „gelben Punkt" als Hinweis: JETZT: IMPFEN, gesetzt.

Jeder, der nicht ein Einzelschläfer ist, weiß, dass er oft nicht nur von Atemgeräuschen geträumt hat. Unser Autor berichtet, wie man diese Atemgeräusche registrieren und zur Diagnostik sehr wohl nutzen kann.

Berlin im Dezember ist nicht nur Anziehungspunkt für Touristen, Ort zahlreicher Weihnachtsmärkte, sondern auch Entscheidungspunkt der deutschen Gesundheitspolitik. Wir kämpfen für Sie gemeinsam, siehe auch die Stellungnahme des DAAB in Ihrer aufgeschlagenen „Luftpost", gegen die Absicht die Ihnen mit Rezept verordneten Inhalativa in der Apotheke - ohne Wissen Ihres behandelnden Arztes – einfach durch andere, Ihnen nicht vertraute Präparate, auszutauschen. Optimal ist Ihre Behandlung bei Asthma bronchiale und COPD, wenn Sie trotz oft mehrerer notwendiger Wirkstoffe, diese möglichst nur über ein einziges Device (Inhalationssystem) inhalieren. Dieses müssen Sie kennen, seine Anwendung geübt haben, Ihrem Arzt demonstrieren und es letztendlich akzeptieren können. Abgesehen davon, dass es Ihre Krankheitssymptome wirksam bekämpft, Sie seine Anwendung beherrschen und Sie es deshalb auch bestimmungsgemäß und kontinuierlich anwenden. Schließlich leiden Sie an einer chronischen Erkrankung. Wenn Sie diese nicht kontinuierlich behandeln, hat Ihre Erkrankung leider sehr oft die Tendenz zu einer ständigen Verschlechterung. Als autorisierte Patientenvertreter kämpfen wir im zentralen bundesdeutschen Gremium - nicht nur auf dem Papier - für Ihre leitliniengerechte, wirksame und vor allem möglichst nebenwirkungsarme Therapie.

Ihre „Luftpost" schaut, trotz der herannahenden Weihnachtszeit und der kommenden meist kalorien- und genussbefrachteten Teller, auch „über den Tellerrand hinaus". Neue Rubriken, wie die Vorstellung renommierter Lungenkliniken, von Krankheiten, die mit Atemnot und Hustenreiz oft ähnlich wie Atemwegserkrankungen erscheinen, wie hier die Sarkoidose, „Wissen aus der Forschung - Der Lungeninformationsdienst", oder für die Praxis „Der Lungenatlas", die europäische Stiftung für Allergieforschung (ECARF) und das ärztliche Zentrum für Qualitätssicherung (ÄZQ), als nationaler Schrittmacher für wissenschaftlich gesicherte medizinische Therapieleitlinien, finden Sie in der aktuellen „Luftpost". Wir sind für Horizonterweiterung!

Analog zum nahenden Jahresende schreiben zwei Autoren auch über Möglichkeiten einer immer noch selbstbestimmten Gestaltung unseres ganz persönlichen letzten Lebensabschnittes. Enden wollen wir aber mit Hilde Domin, die immerhin fast 97 Jahre alt wurde: „Immer findet der Atem Zweige Wolken Vogelkehlen" und ich hoffe bei uns seinen langen Ein- und Ausgang.

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

Editorial
3

Asthma und COPD
6 Stellungnahme des DAAB gegen den einfachen Austausch von Inhalationssystemen in der Apotheke (Aut-Idem-Regelung)
8 Mögliche Entwöhnung einer auf der Intensivstation begonnenen Beatmung von chronischen Lungenerkrankungen wie COPD in einem Weaningzentrum
12 NEU: Atemgeräusche im Schlaf objektiv messen
14 Wissen aus der Forschung zum Wohle der Patienten: Der Lungeninformationsdienst
16 Die Pneumologen-Suchmaschine: Der Lungenatlas

Tuberkulose
18 Tuberkulose I: Meilensteine in der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland und weltweit

Aktuell
24 Grippe- und Pneumokokken-Impfung bei Erwachsenen

Allergien
26 Die Europäische Stiftung für Allergieforschung

Leitlinien
28 20 Jahre ÄZQ – Meilensteine der Qualitätssicherung durch Leitlinien in der Medizin

Über den Tellerrand hinaus
30 Vorstellung der Deutschen Sarkoidose Vereinigung e.V.

Neue Reihe: Lungenkliniken
34 Espan-Klinik in Bad Dürrheim (Schwarzwald)

Lungensport
36 Workshop der DPLA in Hattingen 2015
38 30 Jahre Lungensport in Pinneberg
39 Gründung einer Lungensportgruppe in Worms

18. Deutscher Lungentag
40 „Wer hat die größte Lunge Lüdenscheids?"

Ethikberatung
42 Wer bestimmt eigentlich über meine Behandlung? Rechtliche Werkzeugkiste für das Lebensende
46 Zielführende Patientenverfügung für Patienten mit einer chronischen Lungenerkrankung

Zu Ihrer Information
50 Aktion Lauffeuer gegen COPD
51 Erste Ambulanz für Atemnot eröffnet

Selbsthilfe
52 Aktivitäten unseres „Beisitzers für internationale Angelegenheiten"
54 Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA
55 Aktuelles aus den Ortsverbänden der DPLA
56 Warum auch Sie Mitglied in der DPLA werden sollten
57 Mitgliedsantrag

Rubrik
58 Impressum
58 Abonnement

ANZEIGE

Teva gehört zu den führenden Herstellern von Arzneimitteln gegen Asthma und COPD. Wir entwickeln neue Wirkstoffe und Medikamente, um das Leben für Atemwegspatienten und ihre Angehörigen leichter und unbeschwerter zu gestalten.

Besonders am Herzen liegt uns die einfache Handhabbarkeit von Inhalationsgeräten. Daher lassen wir uns bei der Entwicklung dieser Geräte von den Patienten und ihrem Alltag inspirieren. Dies macht es uns möglich, Inhalationsgeräte für das echte Leben zu entwickeln, mit einer Bedienungsweise, die auf Anhieb verständlich ist.

Teva GmbH · Charlottenstraße 59 · 10117 Berlin · www.teva.de · www.mission-atemwege.de

TEVA Atemwege

Stellungnahme des Deutschen Allergie- und Asthmabundes (DAAB):

Inhalationssysteme

Zur Anwendung bei Patienten mit Atemwegserkrankungen und zu Adrenalin-Autoinjektoren zur Anwendung bei Anaphylaxie-Patienten.

© Deutsche Atemwegsliga e.V.

Zur Behandlung von Atemwegserkrankungen wie Asthma bronchiale oder chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) kommen verschiedene Inhalationssysteme zur Anwendung, die vom Patienten ganz unterschiedlich bedient werden müssen. Von ärztlicher Seite muss daher bei der Auswahl des jeweils verwendeten Inhalationssystems (Device) auf die individuellen Koordinationsmöglichkeiten des Patienten geachtet werden. Nicht jedes Inhalationssystem eignet sich für jeden Patienten. Bei der Auswahl und Einstellung des Patienten auf ein Inhalationsgerät müssen die Ärzte klären,

- ob und wie der Patient inhalieren kann,
- welche Inhalationsform (Dosieraerosol, evtl. mit Vorschaltkammer /Pulverinhalator/Vernebler) für den Patienten am besten zu nutzen ist und
- ob der benötigte Wirkstoff für das favorisierte Inhalationssystem verfügbar ist.

Nach der Auswahl des Systems muss der Patient die Anwendung durch Schulung üben. Auch regelmäßige Nachschulungen sind wünschenswert, damit sich einschleichende Fehler immer wieder beheben lassen, um eine optimale Wirkstoffversorgung zu erzielen.

Nun steht eine Austauschmöglichkeit zur Debatte. Verordnete Inhalationsgeräte können demnach aufgrund der sogenannten „Aut-idem-Regelung" (lat „oder Ähnliches") von der Apotheke durch andere kostengünstigere Inhalationsgeräte mit gleichem Wirkstoff ausgetauscht werden.

Dieses Vorgehen birgt ein hohes Fehlerpotenzial. Ein möglicher Austausch des Systems ist fahrlässig,

- da die Anwendung bei dem neuen Inhalationsgerät meist ganz anders funktioniert,
- die Patienten die neue Technik womöglich gar nicht beherrschen können,
- nicht geschult werden und
- der Therapieerfolg dadurch gefährdet wird.

Es ist sinnvoll, die einmal erlernte Handhabung eines Inhalationssystems nicht immer wieder unnötig zu verändern, um den Therapieerfolg nicht zu gefährden.

Am besten ist es, wenn der Patient die Möglichkeit hat, eine Patientenschulung (Asthma-/COPD-Schulung) zu besuchen, damit er unter Anleitung die richtige Inhalationstechnik erlernen kann. Wird das Inhalationsgerät häufig ausgetauscht und verändert sich seine Handhabung, kann das den Therapieerfolg drastisch senken. Ohne die individuellen Fähigkeiten des Patienten bei der Bedienung von Inhalationsgeräten zu kennen, wird durch die Austauschmöglichkeit in die ärztliche Empfehlung eingegriffen. Zudem erlangen die behandelnden Ärzte darüber zunächst keine Kenntnis. Daher fordert der Deutsche Allergie und Asthmabund ebenso wie die ärztlichen Fachgesellschaften, die Inhalationssysteme in eine Substitutionsausschlussliste aufzunehmen. Sie sollen nicht einfach ausgetauscht werden können um die korrekte Handhabung nicht unnötig zu gefährden und den Therapieerfolg einzuschränken.

Bei einer Anaphylaxie handelt es sich um die schwerste allergische Reaktion. Patienten mit einem Risiko für derartige Reaktionen werden mit einem Adrenalin-Autoinjektor ausgestattet. Hierdurch wird es ihnen ermöglicht im Notfall schnellstmöglich zu reagieren und lebensbedrohliche Reaktionen abzuwenden. Auch der Austausch von Adrenalin-Autoinjektoren, die von Anaphylaxie-Patienten im Rahmen eines Notfallsets verwendet werden, ist problematisch und kann lebensgefährdend sein. Es gibt inzwischen Adrenalin-Autoinjektoren, die sehr unterschiedlich gehandhabt werden müssen. Daher muss die Verwendung dieser

Notfallhelfer intensiv geschult werden, damit sie dem Patienten im Notfall sehr gut bekannt ist.

Ein Austausch eines Adrenalin-Autoinjektors kann zu großen Problemen führen, wenn der Unterschied nicht bewusst ist und der Patient durch ein anderes Produkt plötzlich mit einer ganz anderen Handhabung konfrontiert wird. Der Ablauf muss für Patienten und für die Notfallhelfer eindeutig klar sein, damit im Notfall keine wertvolle Zeit verloren geht. Dafür stellt der Deutsche Allergie- und Asthmabund Anaphylaxie-Patienten sogenannte Anaphylaxie-Notfallpläne zur Verfügung, in die je nach individuell verschriebenem Adrenalin-Autoinjektor ein Aufkleber mit der Abbildung der jeweiligen Handhabung des verwendeten Adrenalin-Autoinjektors eingeklebt werden kann.

Diese Notfallpläne werden für den Patienten gut erreichbar aufbewahrt oder aufgehängt. Beispielsweise in Kindergärten oder Schulen, damit der Handlungsablauf auch für Notfallhelfer präsent ist. Insbesondere in Bezug auf Betreuungspersonen, bei welchen es sich in den meisten Fällen um medizinische Laien handelt, würde eine aut-idem Regelung mit einem beliebigen Austausch der Adrenalin-Autoinjektoren zu einer großen Belastung der gesamten Situation führen, die nicht nur die Betreuer selbst, sondern auch die betroffenen Familien involviert und die mit einem nicht unerheblichen Risiko für Fehlanwendungen einhergehen könnten. Eine unnötige ständige Anpassung an immer wieder veränderte Systeme ist nicht sinnvoll, und kann nicht geleistet werden, führt zu Unsicherheit im Umgang mit dem Auto-Injektor und würde auch die Hilfsbereitschaft von potentiellen Notfallhelfern gefährden.

Adrenalin- Autoinjektoren können lebensnotwendig sein, ihre richtige Anwendung sollte bestmöglich gesichert werden. Sie sollten daher ebenfalls auf jeden Fall zu den Arzneimitteln gehören, deren Austausch durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel ausgeschlossen ist. Ebenso wie der Ärzteverband Deutscher Allergologen (AEDA) setzt sich daher auch der Deutsche Allergie- und Asthmabund für eine klare Regelung zur Stärkung der bestmöglichen Sicherheit des Notfallmanagements von Anaphylaxie-Patienten ein.

Der Deutsche Allergie- und Asthmabund fordert den gemeinsamen Bundesausschuss auf, für Inhalationssysteme zur Anwendung bei Atemwegserkrankungen und Adrenalin- Autoinjektoren zur Anwendung bei Patienten mit schweren allergischen Reaktionen (Anaphylaxie) eine Entscheidung zum Wohle der Patienten zu treffen und diese Arzneimittel in eine Substitutionsausschlussliste aufzunehmen. ■

Anmerkung der Redaktion:
Gliederung redaktionell modifiziert

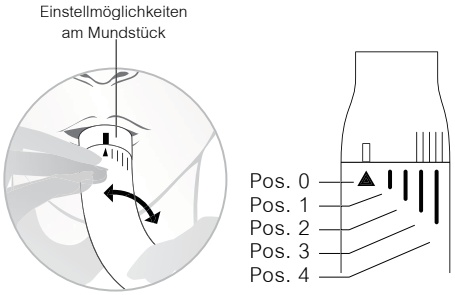
ANZEIGE

Löst Schleim, reduziert Atemnot und Husten

RC CORNET®

Fachverbände empfehlen das RC-Cornet® als Hilfsmittel der Atemphysiotherapie. Über unterschiedliche Einstellungen am Mundstück sind zwei OPEP-Therapien möglich.

1. Senkt Atemnot durch Weitung der Atemwege (Einstellung 0–2)
2. Reduziert nachhaltig Husten durch Reinigung der Atemwege von Schleim (Einstellung 3–4)



Erstattungsfähig unter Hilfsmittel-Nr. 14.24.08.0004

Weitere Informationen unter
www.basiscornet.de

PZN 08 418 667
Erhältlich in Apotheken, Sanitätshäusern oder unter:

RC MEDIZINTECHNIK
Fon +49 2602 9213-0
www.cegla-shop.de

Chronische Lungenerkrankungen wie COPD und Intensivstation

Viele Patienten mit schwerer, chronischer Lungenerkrankung (meist COPD) haben eine verständliche Angst vor dem Sterben. Dabei geht es weniger um den Tod an sich, der uns alle ereilt, sondern um das Endstadium. Sie haben einfach die plausible Angst zu ersticken. Luftnot kennen sie alle und sie stellen sich vor, dass es am Ende schrecklich werden kann.

von Prof. Dr. Dieter Köhler

Dieses Problem wird in der ärztlichen Sprechstunde nur selten angesprochen, weder vom Arzt noch vom Patienten. Dabei ist es eigentlich ein gut lösbares Problem. Die moderne Medizin hat seit vielen Jahren die Möglichkeit das Lebensende ohne Luftnot zu ermöglichen. Hier gibt es verschiedene Medikamente aber auch Beatmungsverfahren über die alle pneumologischen Abteilungen oder Kliniken verfügen. Viele internistische Abteilungen kennen sich ebenfalls damit aus, wenn auch noch Defizite existieren. Deswegen sollten die Patienten das Problem aktiv mit ihrem Hausarzt bzw. dem zusätzlich behandelnden Lungenarzt ansprechen. Erfahrene Ärzte sprechen das auch meist von sich aus an, um dem Patienten die Hürde vor der kritischen Frage zu nehmen. Nach meiner Erfahrung ist es sehr erleichternd für die Patienten, wenn sie dann erfahren dass sie vor einem qualvollen Sterben bewahrt werden können. Da die Fachärzte praktisch kaum Hausbesuche machen, muss hier der Kommunikation zwischen Hausarzt und Lungenarzt besonders gut funktionieren.

Es gibt aber noch ein ganz anderes, dem Endstadium manchmal um Jahre vorverlagertes Problem, das viel komplexer ist. Es geht um den Aufenthalt eines chronisch Lungenkranken auf einer Intensivstation. Hier werden nicht selten schwere Fehler gemacht.

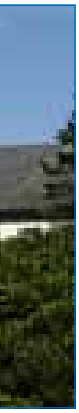
Kommt bei einer vorbestehenden Lungenerkrankung eine akute Komplikation wie eine Lungenentzündung oder eine schwere bronchitische Exazerbation(plötzliche deutliche Verschlechterung) hinzu, müssen diese Patienten nicht selten stationär, manchmal sogar auf der Intensivstation aufgenommen werden. Wenn dann eine maschinelle Beatmung droht, ist es für die Patienten ganz entscheidend, wie die Atemluft zugeführt wird. Üblicherweise ist es fast immer möglich, die Patienten über eine Maske zu beatmen. Eine Beatmung über einen Tubus (Intubation) ist nur in Ausnahmefällen erforderlich.

Das gleiche ist mitunter der Fall, wenn eine Operation ansteht, zum Beispiel eine Hüftoperation oder ein herzchirurgischer Eingriff. Infolge der chronischen Lungenerkrankung landen diese Patienten nach der Operation nicht selten auf der Intensivstation, weil sie – scheinbar plötzlich – von der maschinellen Beatmung nicht wegzukommen scheinen. Gemeint ist hier ein Zeitraum von mehr als 4-7 Tagen, denn dann droht eine Dauerbeatmung mit einem Tubus in der Luftröhre (Tracheotomie).

Werden sie dann nicht von einem Intensivmediziner betreut, der Pneumologe ist oder zumindest über profunde pneumologische Kenntnisse verfügt, entsteht oft ein Teufelskreis. Der folgende Beitrag beschäftigt sich mit dem Problem, wie zum einen bei anstehenden, selektiven Operationen das Risiko einer Dauerbeatmung vermindert werden kann. Ist dann trotzdem eine Langzeitbeatmung eingetreten, dann gibt es immer noch Methoden, wie man davon wieder wegkommen kann. Diesen Prozess nennt man Entwöhnung, wobei auch das englische Wort „Weaning" häufig verwendet wird.

Wie kann man das Risiko bei einer anstehenden Operation vermindern?

Bei einem Patienten mit einer chronischen Lungenerkrankung wird üblicherweise vor einer größeren Operation neben den üblichen Laboruntersuchungen ein Röntgenbild und eine größere Lungenfunktion beim Lungenarzt (Ganzkörperplethysmographie) durchgeführt. Wenn die Patienten vor der Operation in der



Lage sind ca. drei Stockwerke hochzusteigen, ohne wegen Luftnot stehen bleiben zu müssen, reichen diese Untersuchungen sicherlich aus. Schaffen sie das hingegen nicht, müssen zusätzliche Untersuchungen durchgeführt werden, was leider nicht immer geschieht. Hierzu gehört insbesondere die Messung der Diffusionskapazität (Kapazität des Gasaustausches) der Lunge. Diese Untersuchung kann jeder Pneumologe durchführen.

Durch diese Untersuchung wird das Ausmaß des häufig zusätzlich bestehenden Emphysems bestimmt. Patienten mit COPD haben neben der chronisch obstruktiven Bronchitis mit Einengung der Bronchien häufig einen Verlust der inneren Lungenoberfläche, die die Aufnahme von Sauerstoff (O_2)und die Abgabe von Kohlendioxid (CO_2) erschwert. Manchmal steht das Emphysem sogar ganz im Vordergrund. Diese Patienten haben dann noch relativ gute Lungenfunktionswerte (Vitalkapazität und 1-Sekunden Kapazität, die FEV_1), zeigen jedoch deutliche Luftnot unter Belastung. Werden solche Patienten einer größeren Operation meist im Bauchraum oder auch im Brustkorb unterzogen, so sind das nicht selten genau diejenigen, denen dann danach eine Dauerbeatmung droht.

Wir haben in unserer Klinik festgestellt, dass mehr als die Hälfte der COPD Patienten, die zu uns zur Entwöhnung von der Dauerbeatmung verlegt wurden, ein vorher nicht entdecktes schweres Emphysem aufwiesen. Deswegen sollten Patienten auch von sich aus das Problem der Messung der Diffusionskapazität beim Lungenarzt ansprechen, wenn eine Operation ansteht. Eine alternative Möglichkeit das Ausmaß des Emphysems abzuschätzen wäre die Messung der Blutgase unter Belastung. Patienten mit Emphysem zeigen typischerweise einen Abfall der Sauerstoffsättigung im Blut bzw. des Sauerstoffpartialdruckes (paO_2)unter

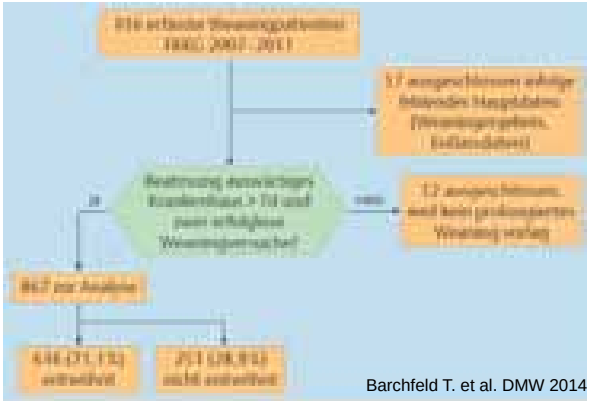


Abb. 1

Belastung. Im Gegensatz zu Patienten, bei denen die Obstruktion („Verengung") im Vordergrund steht, fällt bei ihnen unter körperlicher Belastung gleichzeitig das Kohlendioxid ($paCO_2$) im Blut ab.

Maskenbeatmung oder Intubation bei akuter Verschlechterung einer chronischen Lungenerkrankung?

Wenn Patienten mit einer COPD oder einer anderen chronischen Lungenerkrankung, wie zum Beispiel einer Fibrose (krankhafte Vermehrung des Bindegewebes der Lunge) an einem schweren grippalen Infekt oder gar einer Lungenentzündung (Pneumonie) erkranken, erhöht sich die erforderliche Atemarbeit erheblich. Das kann dann dazu führen, dass die Atemmuskulatur, insbesondere das Zwerchfell es nicht mehr schaffen, ihre aktive „Blasebalgfunktion" zum Ein- und Ausatmen der Lunge und damit den Austausch der lebenswichtigen Gase Sauerstoff und Kohlendioxid zu sichern. Die Folge ist ein zunehmender – schädlicher - Anstieg des Kohlendioxids (CO_2) im Blut (Hyperkapnie).

In diesen Fällen ist eine Unterstützung der Atemmuskulatur erforderlich. Manche Patienten, die aufgrund der Schwere der Erkrankung bereits eine Hyperkapnie haben, werden heute üblicherweise mit nicht-invasiver Maskenbeatmung zu Hause versorgt. Wenn das der Fall ist, kann eine nicht allzu starke Verschlechterung der Erkrankung z.B. durch einen Infekt durch die Verlängerung der Beatmungszeiten zu Hause kompensiert werden.

Reicht das aber nicht mehr aus oder es bestand vorher keine Beatmung, müssen die Patienten dann in der Klinik beatmet werden. In der Regel dort auf der Intensivstation. Jetzt ist es ganz entscheidend in welcher Klinik bzw. Abteilung sie aufgenommen werden. Kommen die Patienten in ein normales Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung, so ist es leider immer noch häufig der Fall, dass sie gleich über einen Tubus in der Luftröhre (meist eingeführt durch den Mund, seltener durch die Nase) beatmet werden, bis ihr Infekt durch die Therapie mit Antibiotika und Cortison wieder abgeklungen ist.

In diesen Fällen erhöht sich das Krankheitsrisiko der Patienten drastisch. Die Wahrscheinlichkeit, durch die durchgeführte Beatmung eine Lungenentzündung zu bekommen, verzehnfacht sich etwa. Das hängt damit zusammen, dass man die Patienten wegen des Tubus in der Luftröhre meist deutlich sediert d.h. mehr oder weniger stark betäubt.

Mit einem Tubus in der Luftröhre kann man aber nicht mehr abhusten. Zusätzlich wird durch die Sedierung der Husten ebenfalls gehemmt. Das führt dazu, dass sich der infektiöse Schleim in der Lungenperipherie ansammelt und dort der ideale Nährboden für eine Lungenentzündung wird. Das häufige Argument, dass man über den Tubus ja bequem Schleim aus der Luftröhre absaugen kann, trifft nicht den Kern des Problems, denn das Sekret sitzt in den Bereichen weit tiefer, wo es nicht mehr durch den Absaugkatheter erreicht werden kann.

Ganz anders ist die Situation, wenn die Patienten mittels Maske, meist Nasen-Mundmaske, beatmet werden. Sie bleiben im Wesentlichen wach und können zwischenzeitlich die Maske abnehmen, z.B. um abzuhusten. Allerdings ist die Maskenbeatmung personalintensiver, jedenfalls am Anfang. Zudem muss man sich mit dieser Beatmungsform gut auskennen, damit sie funktioniert. Daher greifen Unerfahrene schneller zum Tubus, weil bei seiner Anwendung die Pflege und ärztliche Betreuung insgesamt bequemer und weniger zeitaufwendig ist.

Vergleicht man Maskenatmung und Beatmung über einen Tubus bei Patienten mit exazerbierter COPD (meist durch einen Infekt ausgelöst), belegen zahlreiche Untersuchungen, dass die Todesrate (Mortalität) bei der Beatmung über einen Tubus deutlich ansteigt (1). Der Unterschied ist dabei so deutlich, dass tatsächlich einer von acht Patienten vermeidbar stirbt, wenn er über einen Tubus beatmet wird, statt über eine Maske.

Das jeweils individuelle Risiko ist für den betroffenen Patienten schwer zu ermitteln. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, sich mit dem behandelnden Lungenfacharzt auszutauschen. Dieser kennt die lokalen Kliniken, die eine Maskenbeatmung von Lungenpatienten auf der Intensivstation anwenden und beherrschen.

Entwöhnung von der Langzeitbeatmung

Wenn jetzt ein Patient mit chronischer Lungenerkrankung auf einer Intensivstation mehr als eine Woche beatmet wird, sinken seine Chancen, von seinem Beatmungsgerät wieder loszukommen drastisch. Das hängt einerseits vom Grund seiner Aufnahme auf der Intensivstation und andererseits von seiner vorbestehenden Lungenerkrankung ab. Ein zusätzlicher Faktor ist aber auch die geringe Erfahrung, die die behandelnden Ärzte in der Entwöhnung dieser Beatmungspatienten haben. Es genügt nicht, nur alle ein bis zwei Jahre eine entsprechende Behandlung durchzuführen.

Aus diesem Grunde sind weltweit und insbesondere in Deutschland Kliniken als Entwöhnungszentren (Weaningzentren) entstanden, die nahezu immer von Lungenärzten betrieben bzw. geleitet werden. Wird ein Patient in ein entsprechendes Zentrum verlegt, hat er dort eine 60-70 %ige Chance, von der Langzeitbeatmung wieder entwöhnt zu werden. In der Regel dauert das etwa 10-20 Tage. Das ist vergleichsweise kurz, denn die Patienten sind meist bis zu zwei Monate beatmet worden, bis sie in ein entsprechend spezialisiertes Zentrum verlegt worden sind. Daher sollten die Angehörigen von Patienten, die länger auf einer nicht spezialisierten Intensivstation beatmet werden, darauf

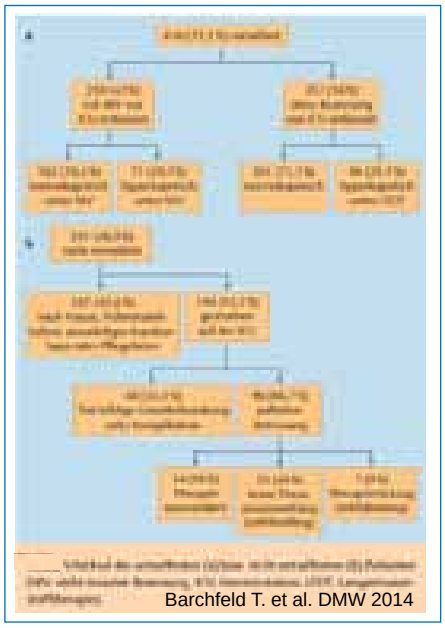


Abb. 2

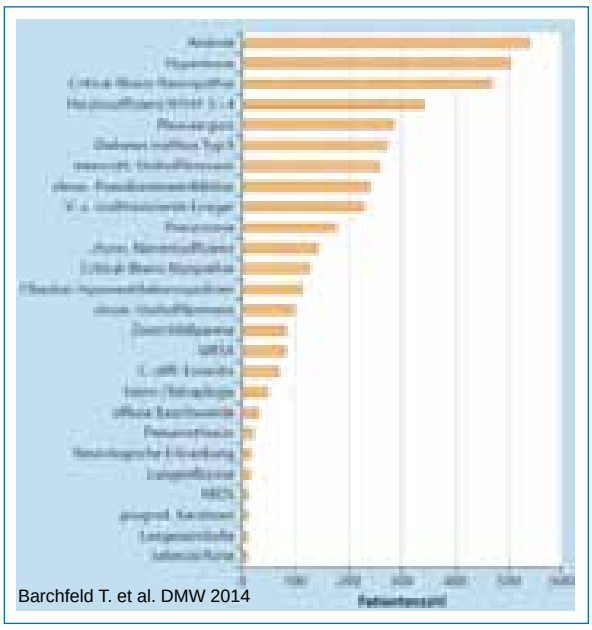


Abb. 3

drängen, ihn in ein qualifiziertes Weaningzentrum verlegen zu lassen.

Das Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft in Schmallenberg gehört zu den größten und ältesten Weaningzentren Deutschlands. In einer großen wissenschaftlichen Untersuchung konnte eindrucksvoll belegt werden, wie effektiv ein Weaning-Zentrum arbeiten kann. Von 2007-2011 wurden Beatmungspatienten anhand einer großen Datenbank näher untersucht (2). In Abb. 2a ist der Krankheitsverlauf der Patienten, die in dieses Weaningzentrum verlegt wurden, dargestellt. Von 867 Patienten konnten insgesamt 71 % aller vorher beatmeten Patienten von der Beatmung entwöhnt werden. Von den dort entwöhnten Patienten konnten immerhin 58 % ohne jede weitere Beatmung entlassen werden. Die anderen 42 % konnten auf eine häusliche Beatmung nur noch mit Maske umgestellt werden (Abb. 2a).

Die verbleibenden 251 Patienten blieben entweder dauerbeatmet oder wurden in ein am Haus angeschlossenes Zentrum für Frührehabilitation nach Langzeitbeatmung verlegt. (Abb. 2b). Von ihnen, immerhin 107 Patienten, konnten nach weiteren fünf Wochen noch mehr als die Hälfte doch noch entwöhnt werden. 48 Patienten verstarben während der Behandlung im Weaningzentrum.

Diese Zahlen beeindrucken besonders, wenn man berücksichtigt, dass die zur Entwöhnung von der Dauerbeatmung in unser Zentrum verlegten Patienten nahezu immer mehrere schwere Begleiterkrankungen hatten; es waren damit schwerkranke multimorbide Patienten. Im Durchschnitt hatte jeder Patient rund 15 weitere Erkrankungen. Die Häufigkeit ihrer Begleitdiagnosen ist in Abb. 3 dargestellt. Etwa 70 % aller behandelten Patienten hatten eine COPD, gefolgt von Herzinsuffizienz oder anderen Lungenerkrankungen.

Diese wissenschaftliche Untersuchung und Auswertung der Entwöhnung von der Langzeitbeatmung in einem entsprechend spezialisiertem Fachkrankenhaus zeigt eindrucksvoll, wie effektiv ein solches Weaningzentrum behandeln kann.

Hierbei darf nicht vergessen werden, dass unsere meisten Patienten vor ihrer Verlegung in das Weaningzentrum als nicht von der Langzeitbeatmung entwöhnbar beurteilt wurden. In einer früheren Analyse der Daten aus unserem Krankenhaus wurden zudem die Überlebenszeiten der entwöhnten Patienten gemessen (3). Dabei lebte mehr als die Hälfte der Patienten mit schwerer COPD noch ein Jahr nach ihrer Krankenhausentlassung. Nach fünf Jahren waren es immerhin noch 20 % aller Patienten. Noch besser waren die Überlebenszeiten der Patienten mit anderen Erkrankungen als der COPD. Hier lebte drei Jahre nach ihrer Entwöhnung noch die Hälfte der Patienten, und das bei oft sehr guter Lebensqualität.

Unsere Untersuchung belegt, dass man auch bei schweren chronischen Lungenerkrankungen wie der COPD, selbst bei einem Aufenthalt auf einer Intensivstation oder einer Langzeitbeatmung, noch sehr gut helfen kann. Ich würde empfehlen, diesen Artikel aufzubewahren um ihn gegebenenfalls den Ärzten im Krankenhaus zeigen zu können, falls solche Probleme einmal auftreten. ■

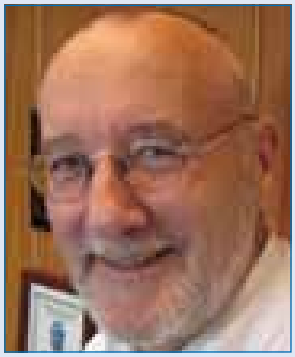
Literatur:

1. Lightowler JV, Wedzicha JA, Elliott MW, Ram FS. Non-invasive positive pressure ventilation to treat respiratory failure resulting from exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ.2003;326:185. Review
2. Barchfeld T, Dellweg D, Böckling S, Conze S, Kloske K, Schürholz G, Figge M, Köhler D. Entwöhnung von der Langzeitbeatmung; Daten eines Weaningzentrums von 2007 – 2011. Dtsch Med Wochenschr. 2014;139:527-33.*
3. Schönhofer B, Euteneuer S, Nava S, Suchi S, Köhler D. Survival of mechanically ventilated patients admitted to a specialised weaning centre. Intensive Care Med. 2002;28:908-16.

*Diese Analyse der Daten aus dem Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft wurde 2015 von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin mit dem Walter Siegenthaler Preis ausgezeichnet.

Walter Siegenthaler (1923 bis 2010), international bedeutender Schweizer Internist und Professor in Zürich.

Der Autor:
Professor Dr. Dieter Köhler, Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie, physikalische und rehabilitative Medizin, Schlafmedizin und Internistische Intensivmedizin. Ehemaliger Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Kloster Grafschaft in Schmallenberg



Atemgeräusche im Schlaf objektiv messen

Patienten mit Asthma oder COPD erzeugen im Schlaf oft typische Atemgeräusche. Für die Diagnose ist es gerade bei Kindern hilfreich, sie nachts aufzuzeichnen und später auszuwerten. Wir stellen ein neues Verfahren vor.

von Professor Dr. med. Ulrich Köhler

Manche Eltern kennen das Problem: Ihr Kind berichtet, es sei in der Nacht wach geworden und habe nur schlecht Luft bekommen. Beim Ausatmen sei ein merkwürdiges hohes Pfeifgeräusch zu hören gewesen. Doch tagsüber ist das Pfeifen wieder weg - man kann dem Arzt zwar davon berichten, aber nachweisen lassen sich die Geräusche nicht.

Fachleute bezeichnen den hohen Pfeifton beim Ausatmen als Giemen. Für Ärzte ist es ein Alarmsignal, das möglicherweise auf Asthma hindeutet. Bei Asthmatikern entsteht das Giemen, wenn die Atemwege verengt und verschleimt sind, sodass die Luft nur schlecht entweichen kann. Das ist keine Seltenheit: Zehn Prozent der Kinder sind von Asthma betroffen. Zwei Drittel davon erkranken bereits im Vorschulalter. Gerade in dieser Altersgruppe sind jedoch die bei Erwachsenen üblichen Diagnoseverfahren nur begrenzt aussagekräftig: Messungen der maximalen Ausatemgeschwindigkeit („peak flow") oder andere Lungenfunktionstests sind nur dann zuverlässig, wenn der Patient die Methoden versteht und sie eingeübt hat. Bei Kindern ist das oft nicht möglich.

Bis zu 24 Stunden lang automatisch aufzeichnen

Wir haben deshalb erprobt, ob Tonaufnahmen der nächtlichen Atemgeräusche technisch möglich sind und ob sie die Diagnose unterstützen. Als praktikabel erwies sich ein Aufnahmegerät („LEOSound-Recorder"), das etwas größer ist als ein Handy. Es wird mit einem Gurt auf der Vorderseite des Körpers angebracht (siehe Abb. 1). Der Recorder wird mit drei Sensoren verbunden, die Geräusche aus dem Inneren des Körpers aufnehmen. Zwei dieser Sensoren werden auf dem Rücken jeweils über dem linken und rechten Lungenflügel angebracht (zwischen der fünften und der sechsten Rippe), der dritte seitlich am Hals in der Nähe der Luftröhre. Die Sensoren sind weich und so flach, dass man mit ihnen auch auf dem Rücken gut schlafen kann (Abb.). Außerdem verfügt das Aufnahmegerät über ein Außenmikrofon, zur Diskriminierung von Umgebungsgeräuschen mit lauten Lungengeräuschen, wie z.B. dem Husten.

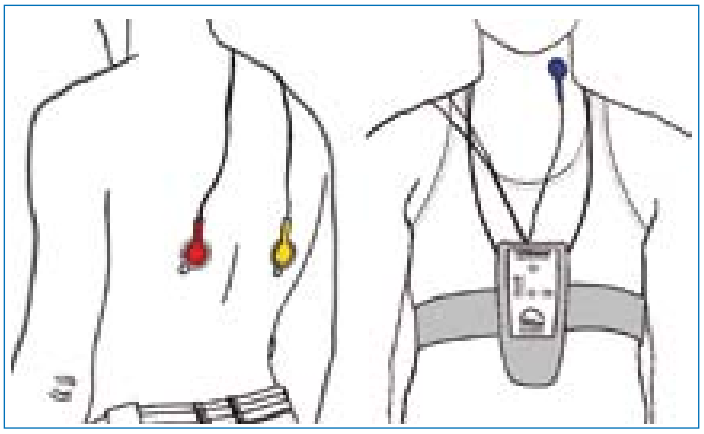


Abb. 1: Schematische Darstellung der Trageweise des „LEOSound". Sensor über der Luftröhre blau. Sensoren zur Aufzeichnung der Lungengeräusche am Rücken über dem linken und rechten Lungenflügel (rot und gelb).

Bis zu 24 Stunden lang – vergleichbar mit einem Langzeit-EKG - zeichnet der tragbare Recorder die Geräusche der Atemwege automatisch auf. Das kann zu Hause oder in einer Klinik geschehen. Anschließend werden die Daten auf einen Computer überspielt und dort grafisch als Spektrogramm dargestellt. Eine Software erkennt dabei jedes einzelne Giemen. Im Spektrogramm ist es durch seinen charakteristischen, wellenförmigen Frequenzverlauf optisch gut erkennbar und z.B. von ebenfalls aufgezeichneten Hustengeräuschen gut zu unterscheiden. Somit wird eine lückenlose Auswertung aller aufgezeichneten Töne möglich. Der Arzt kann sich diese jederzeit anhören, sie in der Aufzeichnung markieren und so medizinisch bewerten.

Die automatische Aufzeichnung der nächtlichen Atemgeräusche hat sich bei der frühen Diagnose von Asthma bei Kindern als nützlich erwiesen. Erstmals kann so die Krankheitsdiagnose objektiv erfasst und die im Schlaf aufgezeichneten Töne den entsprechenden Krankheiten zugeordnet werden. Nicht nur das Giemen beeinträchtigt die Schlafqualität; sondern auch trockener Husten und Luftnot. Diese führen - vor allem in den frühen Morgenstunden - zu einem nicht mehr erholsamen Schlaf und damit zu Tagesmüdigkeit und oft reduzierten Leistungen in der Schule. Auch bei jugendlichen und erwachsenen Asthmatikern wird die

Diagnose durch die nächtliche Aufzeichnung der Atemgeräusche unterstützt. Untersuchungen zeigen, dass bei zwei Dritteln der Patienten mit Asthma der Schlaf oft krankheitsbedingt beeinträchtigt ist. Bei jedem Zehnten ist das sogar jede Nacht so. Gezielte Untersuchungen von diesen Patienten im Schlaflabor können durch dies neue Aufzeichnungsverfahren sinnvoll ergänzt werden.

Nicht nur für die Asthma-Diagnose

Die nächtlichen Geräuschaufzeichnungen beantworten auch andere Fragen. Wenn die Aufzeichnungen mehrmals wiederholt werden, lässt sich beurteilen, wie wirksam die Therapiemaßnahmen sind: Profitiert der Patient am ehesten von einer Bronchien erweiternden, einer Hustenreiz lindernden oder einer Schleim lösenden Behandlung - oder von einer Kombination entsprechender Medikamente?

Abb. 2 Der LEOSound-Recorder mit drei bioakustischen Sensoren (1) und Umgebungsmikrofon (2). Die weiche und flache Ausführung der Sensoren ermöglicht bequemes und komfortables Liegen auch in Rückenlage.

Vor allem helfen die Aufnahmen dabei, herauszufinden, warum und wann ein Patient nachts hustet und/oder schlecht Luft bekommt. Dafür kann es verschiedene Ursachen geben:

- Neben Bronchialasthma ist auch COPD häufig der Grund für Atemprobleme im Schlaf.
- Es kann auch sein, dass wegen einer chronischen Nasennebenhöhlenentzündung laufend Schleim über den Rachen und sogar bis in die Bronchien fließt und dann abgehustet werden muss.
- Asthma kann auch von einer Engstellung der Stimmbänder begleitet sein bzw. damit verwechselt werden.
- Nicht selten führt die sogenannte Refluxkrankheit in der Nacht zu Luftnot, Giemen und Husten. Dabei fließt Magensäure über die Speiseröhre quasi rückwärts bis in den Rachenraum oder sogar bis in die Bronchien auf.

All diese Krankheitsbilder erzeugen charakteristische Geräusche. Eine automatische Aufzeichnung und die Auswertung am Computer sind für die genaue Diagnose sehr hilfreich. Mit Hilfe dieses neuen „Langzeit-Stethoskops" können Ärzte jetzt gezielt geeignete Behandlungsmaßnahmen einleiten bzw. Medikamente verordnen und deren Wirksamkeit über längere Zeit vergleichend beobachten. ■

Der Autor:
Prof. Dr. Ulrich Köhler,
Klinik für Innere Medizin Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg, Baldingerstraße, D-35043 Marburg
spielmanns@k-plus.de

ANZEIGE

Wissen aus der Forschung zum Wohle der Patienten

Der Lungeninformationsdienst

Patienten, die unter chronischen Erkrankungen der Lunge leiden, fühlen sich im Umgang damit oft unsicher. Anders als beispielsweise bei einem Atemwegsinfekt oder einer gut und rechtzeitig behandelten Lungenentzündung ist die Sachlage oft deutlich komplexer und für den medizinischen Laien schwerer verständlich. Das bedeutet für die Patienten, dass sie sich mit ihrer Krankheit auseinandersetzen und sie verstehen müssen, da sie diese oft lebenslänglich begleiten wird.

von Ulrike Koller

Der Lungeninformationsdienst möchte die Betroffenen auf der Suche nach Antworten unterstützen und ihnen zudem einen unkomplizierten Zugang zu oft fachsprachlich und daher schwer verständlich formulierten Forschungsergebnissen ermöglichen. Die bio-medizinische Forschung hat in den vergangenen Jahrzehnten weltweite Forschungsnetze aufgebaut und eine, selbst für den Fachmann schwer zu überschauende Vielfalt an Ergebnissen hervorgebracht, die zumeist in englischsprachigen Fachzeitschriften publiziert werden. Eine derartig rasant fortschreitende Entwicklung mit ständig neuen Publikationen bleibt dem fachlich nicht vorgebildeten Patienten oft verschlossen, zumal Betroffene sich meist erst nach der Diagnose mit der eigenen Krankheit intensiver beschäftigen. Die den Patienten häufig fehlenden wissenschaftlichen Grundlagen erschweren das Verständnis dieser Sachverhalte noch zusätzlich.

Angebote online und persönlich

Der Lungeninformationsdienst bietet aktuelle, wissenschaftlich geprüfte Informationen aus allen Bereichen der Lungenforschung und Medizin in verständlich aufbereiteter Form über das Internet an. Darüber hinaus lädt der Lungeninformationsdienst zu Patientenforen ein. Hochqualifizierte Ärzte und Lungenforscher halten hier Vorträge zum aktuellen Stand des Wissens. Patienten und Angehörige haben zudem die Möglichkeit, direkt in Kontakt mit den Wissenschaftlern zu kommen und ihre individuellen Fragen an sie zu richten. Kurze, patientengerechte Publikationen wie Faktenblätter zu verschiedenen Krankheitsbildern runden das Angebot ab.

Betrieben wird der Lungeninformationsdienst von einem Redaktionsteam am Helmholtz Zentrum München in Kooperation mit Wissenschaftlern und Ärzten im Deutschen Zentrum für Lungenforschung (DZL). Das Team bringt die Artikel zu Risikofaktoren, Diagnose oder Therapie im jeweiligen Spezialgebiet kontinuierlich auf den aktuellen Stand in Medizin und Forschung und stellt die neuesten Entwicklungen und Ergebnisse vor. Die langjährige Erfahrung des Helmholtz Zentrums München in der Erstellung und Kommunikation von Gesundheitsthemen über andere Informationsdienste wie z.B. FLUGS oder die Umweltberatung Bayern bildet dafür eine optimale Grundlage. Zum Gebiet Lungenkrebs besteht speziell eine enge fachliche Kooperation mit dem Krebsinformationsdienst am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg.

Wer steckt hinter dem Lungeninformationsdienst?

Das Helmholtz Zentrum München ist Teil der deutschen Helmholtz Gemeinschaft. Deren Namensgeber ist der bedeutende Physiker Hermann von Helmholtz (1821-1894). Mit mehr als 38.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in 18 naturwissenschaftlich-technischen und medizinisch-biologischen Forschungszentren ist sie die größte deutsche Wissenschaftsorganisation der Spitzenforschung. Der am Helmholtz Zentrum München ansässige Lungeninformationsdienst will helfen Wissenslücken bei Patienten und ihren Angehörigen sowie der an Gesundheit und Krankheit interessierten Öffentlichkeit fachlich kompetent und allgemein verständlich zu schließen. Unterstützt wird er dabei von Wissenschaftlern des DZL, das unter anderem am Helmholtz Zentrum München einen Standort hat.

Standortübersicht

HANNOVER

BIOMEDICAL RESEARCH IN ENDSTAGE AND OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE HANNOVER (BREATH)

Medizinische Hochschule Hannover

Leibniz Universität Hannover

Fraunhofer-Institut für Toxikologie und Experimentelle Medizin in Hannover

CAPNETZ Stiftung

STANDORTDIREKTOR

Prof. Dr. Tobias Welte

HEIDELBERG

TRANSLATIONAL LUNG RESEARCH CENTER (TLRC)

Universitätsklinikum Heidelberg

Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)

European Molecular Biology Laboratory (EMBL)

STANDORTDIREKTOR

Prof. Dr. Marcus A. Mall

BORSTEL/LÜBECK/KIEL/GROßHANSDORF

AIRWAY RESEARCH CENTER NORTH (ARCN)

Forschungszentrum Borstel

Universität zu Lübeck

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Campus Lübeck

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Campus Kiel

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

LungenClinic Grosshansdorf

STANDORTDIREKTOR

Prof. Dr. Klaus F. Rabe

GIEßEN/MARBURG/BAD NAUHEIM

UNIVERSITIES OF GIESSEN AND MARBURG LUNG CENTER (UGMLC)

Justus-Liebig-Universität Gießen

Philipps-Universität Marburg

Max-Planck-Institut für Herz- und Lungenforschung in Bad Nauheim

STANDORTDIREKTOR

Prof. Dr. Werner Seeger
Speaker and Chairman of the DZL

MÜNCHEN

COMPREHENSIVE PNEUMOLOGY CENTER MUNICH (CPC-M)

Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt

Ludwig-Maximilians-Universität München

Klinikum der Universität München

Asklepios Fachkliniken München-Gauting

STANDORTDIREKTOR

Prof. Dr. Oliver Eickelberg

Das DZL – Starker wissenschaftlicher Partner des Lungeninformationsdienstes

Das Deutsche Zentrum für Lungenforschung (DZL) ist eines der sechs Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung, die das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in den letzten Jahren gegründet hat. Es handelt sich dabei um einen nationalen Verbund, der Experten von der Grundlagenforschung bis zur klinischen Anwendung zusammenbringt. Insgesamt haben sich 22 universitäre und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen zu fünf Standortverbänden (siehe Karte) zusammengeschlossen.

Ziel des DZL ist es, Antworten auf offene Fragen in der Erforschung und Behandlung von Lungenkrankheiten zu finden und damit einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung von Vorbeugung (Prävention) und Diagnose, bis hin zur individualisierten Therapie und optimalen Versorgung von Patienten zu leisten. Forschungsergebnisse und Erkenntnisse sollen dabei schnellstmöglich zum Patienten gelangen.

Im DZL befassen sich Ärzte und Wissenschaftler vornehmlich mit Krankheitsbildern, die zum großen Teil auch heute noch als nicht heilbar oder nur schlecht behandelbar gelten, wie z.B.:

- Asthma bronchiale und Allergien
- chronisch obstruktive Lungenerkrankung (engl. COPD)
- Mukoviszidose, d.h. die erbliche Stoffwechselstörung der schleimproduzierenden Drüsen des Körpers,
- akute Lungenschäden und Lungenentzündung (Pneumonie)
- interstitielle/diffus-parenchymatöse Lungenerkrankungen (Lungenfibrose), d.h. Erkrankungen des Bindegewebes, charakterisiert durch Einlagerungen von überschüssigem Material in den Zellzwischenräumen
- Lungenhochdruck (PAH)
- alle Arten von Lungenkrebs
- schwere Lungenerkrankungen im Endstadium

Unter den Partnern des DZL sind viele Universitätskliniken, Helmholtz-, Max-Planck-, Leibniz- und Fraunhofer- Institute, das European Molecular Biology Laboratory (EMBL) sowie eine Reihe renommierter Lungenfachzentren. ■

KONTAKT UND INFORMATIONEN:

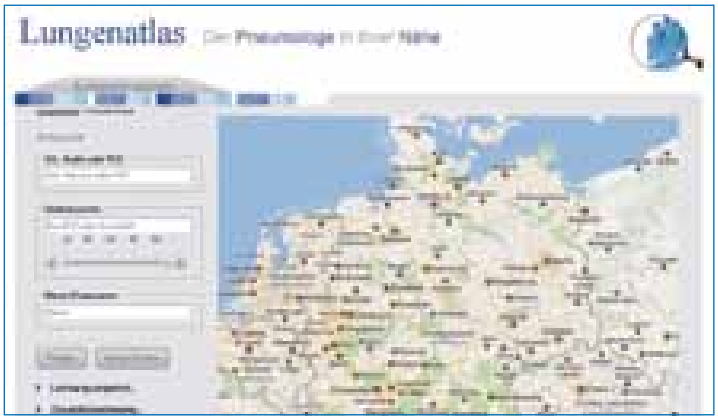
Dr. Sylvia Weißmann,
Deutsches Zentrum für Lungenforschung
Tel. 0641 99 424112228
E-Mail:
Sylvia.Weissmann@innere.med.uni-giessen.de
www.dzl.de

Die Autorin:
Ulrike Koller,
Helmholtz Zentrum München, Lungeninformationsdienst
Tel. 089/3187-2526
E-Mail: info@lungeninformationsdienst.de
www.lungeninformationsdienst.de

ANZEIGE

Der Lungenatlas

Die Pneumologen-Suchmaschine im Internet

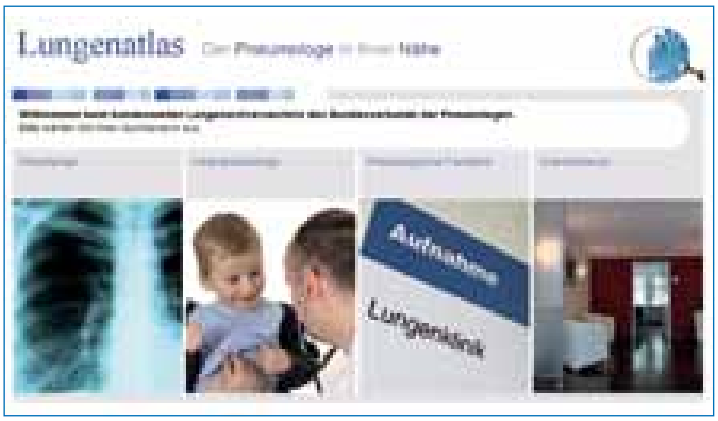


Der Lungenatlas (www.lungenatlas.de) ist eine internetbasierte Pneumologen-Internetsuchmaschine, die auf Daten aus der zentralen Mitgliederdatenbank des deutschen Pneumologenverbandes zugreift. Die Daten dieser Mitgliederdatenbank sind tagesaktuell, da sie durch jedes Mitglied selbst angepasst beziehungsweise aktualisiert werden können.

Aktuell erreicht wird der Lungenatlas unter www.lungenatlas.de oder www.pneumologen-wegweiser.de.

In erster Linie soll der Lungenatlas den an der Lunge oder an Allergien erkrankten Menschen die Möglichkeit einräumen, qualifiziert bundesweit nach pneumologischen Leistungserbringern zu suchen. Dabei hat der Suchmaschinennutzer zunächst einmal die Möglichkeit einer Vorselektion. Auf der Startseite kann er bereits seine Suche auf einzelne Ebenen der pneumologischen Versorgungslandschaft fokussieren. Die Vorselektion zwischen Pneumologe, Kinderpneumologe oder Krankenhaus wird durch bebilderte Schaltflächen für den Suchenden sehr vereinfacht.

Die gezielte Arztsuche ermöglicht dem Nutzer die Option nach einem gesuchten Ort, einem Namen oder auch nach einer Postleitzahl auszuwählen. Zudem kann er nach einem bestimmten medizinischen Leistungsspektrum suchen. Hier erreicht der Suchende nach Vorselektion direkt die Detailsuchfunktionen im Lungenatlas. Diese Suche kann mit einer Umkreissuche unterstützt werden, die sich nach angegebenen Entfernungskilometern vom Ziel richtet. Kennt der Nutzer den Namen des gesuchten Arztes bereits, gibt es ebenfalls die Möglichkeit direkt über den Arztnamen zu weiterführenden Informationen zu kommen. Die weiterführenden Informationen beinhalten konkrete Suchfunktionen bzw. das besondere Leistungsspektrum der Praxis, medizinische Zusatzbezeichnungen, bzw. Spezialisierungen und Arztqualifikationen und die Organisationsform der Praxis. Nach dem Anklicken der Schaltfläche „Finden" werden dem Nutzer die gewünschten Suchergebnisse angezeigt. In der Einzeldarstellung des Suchergebnisses findet er dann alle für eine Entscheidung notwendigen Informationen. Er kann sich außerdem auch eine genaue Anfahrtsskizze und die Entfernungskilometer von seinem Standort anzeigen lassen und diese ausdrucken.



Über einen weiteren Link „Krankenhäuser" führt ihn die Suchmaschine in das Krankenhausverzeichnis für die Grund- und Regelversorgung der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG). Die im Krankenhausverzeichnis integrierte detaillierte Krankenhaussuche ermöglicht dem Nutzer eine einfache und zielgerichtete Suche nach einem für seine persönlichen Bedürfnisse geeigneten Krankenhaus in seiner unmittelbaren Umgebung.

Für die Suche nach einer „Pneumologischen Fachklinik" stehen uns leider aktuell keine qualitätsgesicherten Daten zur Verfügung, deshalb bleibt die Suche für den Nutzer aktuell noch ohne Ergebnis. Dieses gilt selbstverständlich nicht für die Vorselektion „Kinderpneumologe" und „Pneumologe". ■

Ihr
Bundesverband der Pneumologen

Mehr Luft – Mehr Aktivität

Für mehr Lebensqualität im Alltag.

INNOVATIVES VERFAHREN ZUR BEHANDLUNG DES FORTGESCHRITTENEN LUNGENEMPHYSEMS

Wenn Sie sich durch Ihr Lungenemphysem bereits bei den kleinen Dingen des Alltags eingeschränkt fühlen, dann könnten Coils eine Option zur Verbesserung Ihrer Lebensqualität sein.

Fragen Sie Ihren Lungenfacharzt – oder informieren Sie sich auf **www.pneumrx.com/de**

PneumRx

Imagine where we can go.

CE 0086

PneumRx, Inc. ist ein Unternehmen der BTG International Gruppe

PneumRx ist eine eingetragene Handelsmarke der PneumRx, Inc.
BTG und das BTG Logo sind eingetragene Handelsmarken der BTG International Ltd.
„Imagine where we can go“ ist eine Handelsmarke der BTG International Ltd.

BTG

btg-im.com

Meilensteine in der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland und weltweit

Schätzungsweise ein Drittel der Weltbevölkerung ist mit dem Erreger der Tuberkulose infiziert. Jährlich erkranken etwa 9 Millionen Menschen neu an dieser Krankheit (darunter 1,1 Millionen mit HIV) und weltweit sterben 1,5 Millionen Menschen (darunter 360.000 mit HIV) jedes Jahr daran.

von Prof. Dr. med. Robert Loddenkemper

Seit Jahrtausenden ist die Tuberkulose (TB) als Infektionskrankheit des Menschen bekannt. In der Menschheitsgeschichte ist die TB eine der führenden, wenn nicht sogar die führende Todesursache. Weltweit gehört sie auch heute noch zu den häufigsten Todesursachen und zählt zu den global brennendsten Public-Health-Problemen. Frühere Bezeichnungen waren „Phthisis" (Schwindsucht) – daher abgeleitet „Phthisiologie" für die Tuberkulose-Heilkunde – oder auch „Weiße Pest". Archäologische Skelettfunde belegen ihr Vorkommen schon in der Steinzeit, später unter anderem auch im frühen Ägypten, im antiken Griechenland und im Römischen Reich. Nach neuesten Forschungsergebnissen, die auf der Basis von Analysen des Genoms beruhen, ist der Erreger der TB, das *Mycobacterium tuberculosis (Mtb),* sogar weitaus älter. Schon vor etwa 70.000 Jahren dürfte es den Menschen auf seiner Migration aus Afrika begleitet haben. Aus der Sicht des Bakteriums ist dies eine sehr erfolgreiche Weltreise geworden.

Mitte der 1970er Jahre gab es die Hoffnung und bei einigen den festen Glauben, dass die TB so gut wie besiegt sei. Dies hat sich leider als großer Irrtum herausgestellt. Als Folge der AIDS-Epidemie seit Beginn der 1980er Jahre mit der Koinfektion von HIV und TB sowie durch die Entwicklung von Resistenzen gegen die wichtigsten antituberkulösen Medikamente ist eine als dramatisch zu bezeichnende Situation entstanden. 1993 bereits musste die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die TB-Situation zu einem globalen Notfall („Global emergency") erklären.

In diesem Beitrag soll die Geschichte der TB seit Robert Koch mit den wichtigsten Meilensteinen, die für die Bekämpfung der TB entscheidend waren, geschildert werden. Wie die Abbildung 1 zeigt, hat die TB-Sterblichkeit in Deutschland seit 1750 fast kontinuierlich abgenommen (2013 betrug sie nur noch 0,02 je 10.000 Einwohner). Die Zunahme der TB im 19. Jahrhundert war hauptsächlich Folge der Industrialisierung, die zu Armut, Unterernährung, beengten Wohnverhältnissen und mangelnder Hygiene geführt hatte (auch heute noch ist die TB vorwiegend eine Krankheit, die bevorzugt arme Menschen und besondere Risikogruppen befällt).

Entdeckung des TB-Erregers durch Robert Koch und weitere bakteriologische Fortschritte

Vermutet wurde die infektiöse Übertragbarkeit schon länger, den endgültigen Nachweis führte aber erst Robert Koch (Abb. 2) 1882 mit der Entdeckung des Tuberkulose-Erregers, des *Mycobacterium tuberculosis (Mtb).* Dies ist der wohl wichtigste Meilenstein in der Geschichte der TB. Robert Koch erhielt dafür 1905 den Nobelpreis für Medizin. Jährlich erinnert an den Tag seines historischen Vortrages mit dem Titel „Über Tuberkulose" der Welttuberkulosetag am 24. März.

Abb. 1 - Verlauf der Tuberkulose-Sterblichkeit (Mortalität) in Deutschland seit 1750 und Zeitpunkte wichtiger diagnostischer, therapeutischer und präventiver Entwicklungen

(aus: Loddenkemper R, Diel R, Schaberg T. Tuberkulose – Geschichtliche Entwicklung, Status quo und Ausblick. Pneumologie 64 (2010) 567 – 572, mit freundlicher Genehmigung des Thieme-Verlags).

Abb. 2 - Robert Koch (1843-1910)

Abb. 3 - Liegehalle in der späteren Ruhrlandklinik (Essen) um 1928

Zu dieser Zeit lag in Preußen die jährliche Sterblichkeit an TB noch bei 32 Todesfällen von je 10.000 Einwohner Menschen, damit starb ein Siebtel der Bevölkerung alleine an einer TB, in der arbeitsfähigen Bevölkerung sogar jeder Dritte. Kurz vor seinem Tod 1910 konnte Robert Koch berichten, dass die TB-Sterblichkeit in Preußen seit 1882 um rund 50% gesenkt werden konnte dies als Folge verbesserter sozialer und hygienischer Bedingungen (Wohnverhältnisse, Ernährung, TB-Kontrollmaßnahmen). Dieser Trend der kontinuierlichen Verringerung setzt sich bis heute fort, nur kurzfristig unterbrochen durch die Folgen der beiden Weltkriege (Abb. 1).

Nach Robert Kochs Entdeckung des TB-Erregers bestand die bakteriologische Diagnostik bis in die 1950er-Jahre vorwiegend im mikroskopischen Nachweis des Erregers mittels Ziehl-Neelsen-Färbung, obwohl Koch selbst schon Kulturen und Tierversuche angewandt hatte. Erst danach wurden empfindlichere Nachweismethoden entwickelt wie die Fluoreszenzmikroskopie, Fest- und später Flüssigmedien zur kulturellen Züchtung, die heute noch der Goldstandard sind, Nukleinsäureamplifikations-Techniken (z.B. PCR), bis hin zu schnellen molekularen Verfahren, die auch eine rasche Resistenztestung gegenüber Antibiotika ermöglichen.

Hermann Brehmer und die weltweite Heilstättenbewegung

Vor Einführung der Antibiotika-Therapie wurden verschiedenste Metallsalze und andere Substanzen in der Behandlung der TB versucht. Nach Scheitern der Tuberkulin-Therapie, die Robert Koch versucht hatte, wurden Liegekuren in speziellen Lungenheilanstalten populär (Abb. 3).

Begründer der hygienisch-diätetischen Behandlung der Lungen-TB in geschlossenen Anstalten war Hermann Brehmer. Er hatte 1854 in Görbersdorf/Schlesien die erste –private– Lungenheilanstalt der Welt eröffnet. Ihm war aufgefallen, dass sich in diesem Ort keine TB-Fälle fanden, und er glaubte, dass dies an den lokalen Klimabesonderheiten lag, die vor TB schützten oder gar Heilwirkung hätten. Daraus leitete er den Gedanken so genannter „immuner Orte" ab. Sein Schüler Peter Dettweiler entwickelte hieraus dann die strengen Freiluft-Liegekuren, für die er 1892 die erste Volksheilstätte gründete. Von dort aus breitete sich die Heilstättenbewegung nicht nur in Deutschland, sondern auch rasch in andere europäische Länder und in die USA aus.

Die Dynamik dieser Bewegung hatte bereits im Jahr 1895 zur Gründung des „Deutschen Central-Komitees zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke" (des heutigen „Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose" (DZK) geführt. Träger der Lungenheilstätten waren anfänglich meist die Armen- und Wohlfahrtsverbände und erst später die Landesversicherungsanstalten, nachdem von staatlicher Seite 1899 mit dem Invalidenversicherungsgesetz die rechtliche Grundlage zur Vorbeugung der Invalidität mittels spezieller TB-Heilbehandlungen geschaffen worden war. – Dieser Sonderstatus der TB wurde erst mit dem deutlichen Rückgang der TB in den 1980er Jahren abgeschafft und die TB in die allgemeine gesetzliche Krankenversorgung übernommen.

Unklar ist, ob die Heilstättenbewegung wesentlich zum Rückgang der TB beigetragen hat. Ein positiver Beitrag könnte die Isolierung infektiöser Patienten und als Folge der Sonnenbestrahlung die Erhöhung

Abb. 4 - Röntgenthoraxbild einer hochinfektiösen ausgedehnten, beidseitigen Lungen-TB mit zahlreichen Kavernen (Pfeile).

des Vitamin D-Spiegels im Blut sein, von der eine Verbesserung der Abwehrlage der Patienten angenommen wird. Später wurde die Therapie um einen künstlich angelegten Pneumothorax („Gasbrust"), wodurch die erkrankte Lungenseite kollabierte und damit ruhig gestellt wurde, ergänzt. Hinzu kamen weitere chirurgische Verfahren, wie die operative Durchtrennung des Nervus phrenikus (Phrenikotomie) zur Ruhigstellung des Zwerchfelles, die extrapleurale Plombierung oder die operative Entfernung größerer Rippenstücke (Thorakoplastik) wie sie Thomas Mann im ‚Zauberberg' eindrucksvoll beschrieben hat.

Röntgen als bahnbrechendes bildgebendes Verfahren

Ein weiterer Meilenstein war 1895 die Entdeckung der X-Strahlen durch Wilhelm Conrad Röntgen in Würzburg, die später nach ihm benannt wurden und für die er den ersten Nobelpreis für Physik erhielt (1901). Die Röntgenaufnahmen waren bald ein wesentlicher Pfeiler der TB-Diagnostik. Anfang des vorigen Jahrhunderts wurde noch die Durchleuchtung bevorzugt, später wurden bei Röntgenreihenuntersuchungen Schirmbilder benutzt. Heute steht die konventionelle Röntgenaufnahme des Brustkorbes (Thorax) im Vordergrund, die auch die Ausdehnung und das Vorhandensein von Kavernen (durch Gewebeeinschmelzung entstandene Hohlräume) in der Lunge sichtbar macht (Abb. 4), bei unklaren Befunden ergänzt durch die ab Mitte der 1970er Jahren eingeführte Computertomografie (CT).

Die CT und andere bildgebende Verfahren wie die Sonographie (Ultraschall)oder die Magnetresonanztomographie (MRT) haben heute besonders bei der Aufdeckung einer TB in anderen Organen als der Lunge (extrapulmonale TB) eine wichtige Rolle, ergänzt durch gezielte Gewebeproben gewonnen durch Punktion, Endoskopie oder Operation.

Einführung der BCG-Impfung und weiterer präventiver Maßnahmen

Ein nächster Meilenstein war 1921 die Einführung einer nach den beiden französischen Forschern Calmette und Guérin benannten BCG (Bacillus Calmette und Guérin) -Impfung , deren Wirksamkeit sich aber vorwiegend auf die Verhinderung der tuberkulösen Meningitis (Hirnhautentzündung) und der Miliartuberkulose (hirsekorngroße Tuberkelknötchen in vielen Organen) bei Kindern beschränkt. In Deutschland litt die Akzeptanz des Impfverfahrens unter dem „Lübecker Unglück", als 1929/30 versehentlich lebende Bakterien verabreicht wurden und 77 von 251 geimpften Kindern starben. Sie Die BCG-Impfung wurde nach dem 2. Weltkrieg wieder eingeführt und besonders in der DDR regelmäßig praktiziert. Seit 1998 wird sie die Impfung in Deutschland nicht mehr empfohlen, da die eingeschränkte Wirksamkeit die Impfkomplikationen nicht aufwiegen kann. Weltweit ist sie aber auch heute noch die am häufigsten angewandte Impfung.

Aktuell wird von verschiedenen Forschergruppen, darunter dem Max-Planck-Institut für Infektionsbiologie in Berlin, versucht, neue, auch bei Erwachsenen wirksame TB-Impfstoffe zu entwickeln, die sowohl die erstmalige Erkrankung als auch das „Aufflackern" (Reaktivierung)einer latenten TB-Infektion (LTBI) verhindern sollen. Der dringend erwartete Durchbruch ist aber noch nicht gelungen. Er würde entscheidend zur Ausrottung der TB beitragen.

Als weitere präventive (vorbeugende) Maßnahmen standen seit dem Ausgang des 19. Jahrhunderts die Isolierung der ansteckenden Fälle sowie die Verbesserung der Lebensverhältnisse im Vordergrund. Die Heilstättenbewegung half bei der Isolierung, jedoch wurde bald die besondere Bedeutung der Tuberkulosefürsorge erkannt, einer Idee, die von Schottland ausging. In Deutschland kam es nur zögerlich zu einem flächendeckenden Aufbau des Fürsorgewesens, die erste Tuberkulosefürsorgestelle wurde 1899 in Halle/Saale errichtet. Zu ihren wesentlichen Aufgaben gehörten hygienische und finanzielle Hilfen für die Patienten und ihre Angehörigen sowie die Aufklärung über die Krankheit.

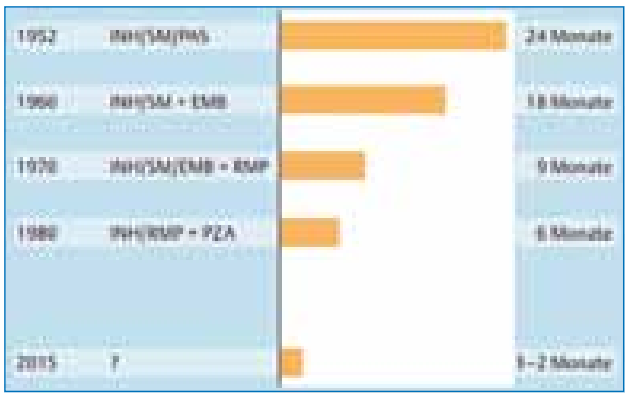


Abb. 5 - Verkürzung der Standardtherapie-Dauer der TB durch verschiedene Antibiotka- Kombinationen (aus: Loddenkemper R, Diel R, Schaberg T. Tuberkulose – Geschichtliche Entwicklung, Status quo und Ausblick. Pneumologie 64 (2010) 567 – 572, mit freundlicher Genehmigung des Thieme-Verlags)

Spätere Präventionsmaßnahmen waren die aktive Entdeckung durch Röntgenreihenuntersuchungen der Bevölkerung und die erfolgreiche Ausschaltung der Übertragung der TB durch die Tötung der infizierten Rinder in den 1950er-Jahren sowie durch die Pasteurisierung (kurzzeitige Erhitzung) der Milch. Massenscreening-Verfahren mittels Röntgenreihenuntersuchungen oder Tuberkulinhauttest(THT) sind heute weitgehend durch Untersuchungen der Kontaktpersonen von ansteckungsfähigen Patienten sowie die aktive Untersuchung von Risikogruppen ersetzt. Die Einführung molekularer epidemiologischer Verfahren („Fingerprinting") hat sich hierbei gegenüber den konservativen Methoden als äußerst hilfreich erwiesen, wird aber erst in wenigen Ländern, auch nicht in Deutschland, flächendeckend genutzt.

Ein wesentlicher Schritt war 1955 in den USA die Einführung der präventiven Chemotherapie mit Isoniazid (INH, s.u.) zunächst bei Kindern, bei denen eine latente (verborgene) TB-Infektion (LTBI) mittels THT, entdeckt wird, heute auch bei Erwachsenen, bei denen ein hohes Risiko besteht, dass sich daraus eine aktive TB-Erkrankung entwickelt.

Durchbruch in der TB-Therapie mit Einführung der Antibiotika

Vor Einführung der Antibiotika-Therapie wurden wie erwähnt verschiedenste Mittel und Verfahren in der Behandlung der TB versucht. Jedoch brachte erst die Einführung einer effektiven Chemotherapie mit Antibiotika - zunächst mit Streptomycin 1945 in den USA- den entscheidenden Durchbruch, der gleich nach Robert Kochs Entdeckung des TB-Erregers als der bislang wichtigste Meilenstein in der TB-Bekämpfung anzusehen ist.

Schon rasch stellte sich aber das Problem der Resistenzentwicklung aufgrund der Anpassungsfähigkeit der TB-Bakterien durch Spontanmutationen. Mit den Studien des British Medical Research Councils wurde die Überlegenheit einer Kombinationstherapie mit (Isoniazid) (INH)und (Paraaminosalicylsäure (PAS) deutlich, was aber eine Behandlungszeit von zwei Jahren erforderte. 1960 ließ sich diese Behandlungsdauer durch das Ersetzen von PAS durch Ethambutol (EMB) auf 18 Monate reduzieren, 1970 durch zusätz-

ANZEIGE

ANZEIGE

liche Gabe von Rifampicin (RMP) auf 9 Monate und schließlich 1980 mittels Hinzufügen von Pyrazinamid (PZA) auf 6 Monate (Abbildung 5). Eine weitere Verkürzung, z.B. durch Hinzufügung durch Antibiotika wie Fluorchinolone, ist aktuell innerhalb großer Studien versucht worden, bisher aber nicht mit positivem Ergebnis.

Die von der WHO 1991 eingeführte „DOTS"-Strategie (Directly Observed Treatment, Short Course) beinhaltet neben dem politischen Willen vonseiten der Regierungen der betroffenen Länder die passive Fallfindung mittels Untersuchung von Sputum-Ausstrichen (mindestens 70% der Fälle sollen so entdeckt werden), die standardisierte Behandlung unter Einhaltung einer direkt überwachten Medikamenteneinnahme (erfolgreiche Behandlung in mindestens 85% der Fälle), wobei die Versorgung mit Medikamenten garantiert sein muss, sowie die Registrierung und Meldung aller Patienten. Sie sollte die Entwicklung weiterer Resistenzen verhindern helfen, jedoch haben sich inzwischen weltweit polyresistente Keime wie die Multi-Drug-Resistenz- (MDR-)TB oder die Extensiv-Drug-Resistenz- (XDR-)TB verbreitet, die nur äußerst schlecht behandelbar sind und heute zusammen mit der HIV-Epidemie, die ein erhebliches Risiko für eine gleichzeitige TB-Erkrankung mit sich gebracht hat, zu den größten TB-Problemen zählt. Katastrophal wirkt sich das Zusammentreffen von HIV-Koinfektion und XDR-TB aus, da in diesen Patientenkollektiven die Sterblichkeit extrem hoch ist. Einige Patienten haben sogar schon eine extrem resistente TB (XXDR-TB), bei der so gut wie keine Medikamente mehr wirken.

Hoffnungen durch die Aufschlüsselung des Genoms der TB-Bakterien

Das Genom, also der genetische Aufbau des TB-Bakteriums wurde 1998 durch die Arbeitsgruppe von Stewart Cole in Paris entziffert und stellt einen weiteren bedeutenden Meilenstein dar. Auf dieser Basis gibt es seit Anfang dieses Jahrhunderts deutlich vermehrt Anstrengungen der Wissenschaft in aller Welt, Fortschritte in der Diagnostik, Therapie und Impfung der TB zu erzielen. So wurden molekularbiologische Verfahren entwickelt, die mittels Gensonden eine raschere und genauere Artbestimmung und vor allem die Untersuchung auf Resistenzgene gegenüber einigen wichtigen Medikamenten erlauben (z.B. Xpert MTB/RIF). Die Ergebnisse sind bereits innerhalb von 1–2 Tagen erhältlich, sofern die Erreger direkt im Sputum nachweisbar sind.

Die Genom-Sequenzierung führte auch zu den Interferon-Gamma-Release-Assays (IGRAs), die akkurater im Nachweis einer latenten TB-Infektion (LTBI) als der Tuberkulinhauttest sind und auch etwas bessere Vorhersagen über ein Fortschreiten einer LTBI zu einer aktiven TB, jedoch keine Differenzierung zwischen diesen beiden Formen erlauben. Auch die Genotypisierung von verschiedenen Erregern des Mycobacterium-tuberculosis-Komplexes („Fingerabdruck") hat sich für epidemiologische Studien und z.T. auch für die Umgebungsuntersuchung von Kontaktpersonen etabliert.

Zusammenfassung

In den etwas mehr als 13 Jahrzehnten seit der Entdeckung des TB-Erregers durch Robert Koch sind eine ganze Reihe weiterer Meilensteine auf der Reise zu einer endgültigen Ausrottung der TB, die unverändert zu den häufigsten und bedrohlichsten Infektionskrankheiten weltweit mit hoher Sterblichkeit zählt, zu verzeichnen. Bis dahin, die WHO hat sich das Jahr 2035 für die Eliminierung zum aktuellen, sehr ehrgeizigen Ziel gesetzt, ist es aber noch ein steiniger Weg, der derzeit vor allem durch die Entwicklung von Resistenzen gegen die wichtigsten antituberkulösen Medikamente und die AIDS-Epidemie mit der gleichzeitigen Infektion (Koinfektion) als Begleitinfektion von HIV und TB, besonders in den Entwicklungsländern, erschwert wird. Seit Anfang dieses Jahrhunderts ist die TB-Forschung nicht nur in Diagnostik, Therapie und TB-Kontrollprogrammen erheblich verstärkt worden, besondere Hoffnung liegt dabei auf der Entwicklung effizienter Impfverfahren. ■

In der folgenden Ausgabe unserer „LUFTPOST" wird die aktuelle TB-Situation in Deutschland und der Welt geschildert werden.

Der Autor:
Prof. Dr. Dr. h.c. Robert Loddenkemper, Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) , Berlin

Wir sind ELPEN

Wir setzen auf eine effektive Kontrolle Ihrer Atemwegstherapie.

„Mein Asthma habe ich gerne unter Kontrolle.“

„Einfach und kontrolliert. So soll meine COPD-Therapie sein“

Kontrolliert. Inhalieren.

www.elpen-pharma.de

ELPEN
pneumo care

Grippe-Impfung bei Erwachsenen

Infektion

Viele Erwachsene denken: „Grippeimpfung? Hab ich doch noch nie gebraucht. Mit einer Erkältung werde ich fertig." Wenn die echte Virusgrippe (Influenza) eine einfache Erkältung wäre, die im Volksmund auch irrtümlicherweise manchmal „Grippe" genannt wird, hätten alle, die so denken, vermutlich Recht. Aber die Grippe ist eine wesentlich ernstere Erkrankung: Jedes Jahr im Winter sind es vor allem Ältere (über 60-Jährige) und Menschen mit Grunderkrankungen, die wegen einer Grippe ins Krankenhaus müssen oder sogar daran sterben. Diesen Risikopersonen wird daher jährlich die Impfung gegen Grippe empfohlen – am besten im Herbst vor Beginn der Grippesaison. Zudem wird allen Frauen, die in der Grippesaison schwanger sind, eine Impfung empfohlen. Denn auch sie haben ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe bei einer Grippe. Die Impfung hat dabei eine doppelte Wirkung: Auch das Kind profitiert während der Grippesaison vom Impfschutz der Mutter, sogar noch nach der Geburt. Darüber hinaus kann es auch für andere (gesunde) Erwachsene sinnvoll sein, sich gegen Grippe impfen zu lassen. So zum Beispiel für alle in medizinischen und pflegerischen Berufen tätigen Personen.Die Grippeviren sind weltweit verbreitet und können sich leicht verändern. Die jährliche Impfung ist die beste Möglichkeit, sich und andere gegen Grippe zu schützen. Sie verringert das Risiko, überhaupt zu erkranken oder schwere Komplikationen zu erleiden.

Krankheitsbild und Ansteckungsgefahr

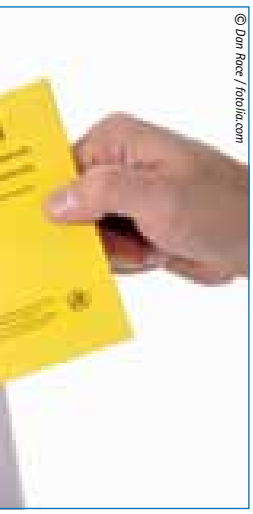
Die Grippe ist eine Viruserkrankung, die durch Tröpfchen etwa beim Niesen, Husten oder Sprechen übertragen wird. Zudem kann man sich durch Händeschütteln oder über kontaminierte Gegenstände (beispielsweise Türgriffe) anstecken. Ansteckungsgefahr besteht vor allem dort, wo sich viele Menschen aufhalten, beispielsweise in öffentlichen Verkehrsmitteln, Arbeitsstätten, Schulen oder Kaufhäusern. Etwa ein bis vier Tage nach der Ansteckung beginnt eine Grippe **meist plötzlich mit hohem Fieber sowie Kopf- und Gliederschmerzen**. Charakteristisch sind auch trockener Reizhusten und eine ungewöhnlich starke Erschöpfung; zusätzlich sind Schweißausbrüche und Halsschmerzen möglich. Wenn keine zusätzlichen Infektionen hinzukommen klingen die Krankheitszeichen in der Regel nach etwa fünf bis sieben Tagen allmählich wieder ab. Bis zur gänzlichen Erholung kann es in seltenen Fällen auch mehrere Wochen dauern. Eine gefürchtete **Komplikation** der Grippe ist die **Lungenentzündung** durch das Virus selbst oder durch zusätzliche Erreger. Sie kann selten sogar innerhalb weniger Stunden zum Tod führen. Auch Entzündungen des Mittelohrs, des Gehirns oder des Herzmuskels sind mögliche Komplikationen einer Grippeerkrankung.

Impfung

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Impfung gegen Grippe insbesondere für Personen, die bei einer Grippeerkrankung ein erhöhtes Risiko für schwerwiegende Folgen haben:

- Menschen, die 60 Jahre und älter sind
- gesunde Schwangere ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel, bei zusätzlichen Gesundheitsrisiken unabhängig vom Schwangerschaftsstadium
- Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung durch ein Grundleiden wie zum Beispiel: chronische Krankheiten der Atmungsorgane, Herz- oder Kreislauferkrankungen, Leber- oder Nierenkrankheiten, Diabetes oder andere Stoffwechselkrankheiten, chronische neurologische Krankheiten wie Multiple Sklerose, angeborene oder später erworbene Störungen des Immunsystems, HIV-Infektion
- Bewohner von Alten- oder Pflegeheimen
- Personen mit stark erhöhtem Risiko sich anzustecken (z. B. Personal in Einrichtungen mit viel Publikumsverkehr oder Beschäftigte im medizinischen Bereich mit Patientenkontakt)
- Personen mit direktem Kontakt zu Geflügel und Wildvögeln

Auch für Reisende kann die Impfung unter Umständen sinnvoll sein, je nach Ziel und eigenem Gesundheitszustand. Wird regional oder weltweit ein besonders starker Ausbruch (Epidemie oder Pandemie) erwartet, rufen die Gesundheitsbehörden eventuell noch einmal gesondert zu Impfungen auf, um die weitere schnelle Ausbreitung des Virus zu verhindern oder vor schweren Krankheitsverläufen zu schützen. Eine einmalige Impfung bietet Erwachsenen ausreichend Schutz für die gesamte Grippesaison. Weil sich die Grippeviren sehr schnell verändern können, muss diese vor jeder Grippesaison mit dem aktuellen Impfstoff erneut durchgeführt werden. Personen ab 60 Jahre sowie Menschen mit verschiedenen Grunderkrankungen sollten bei der Grippeimpfung auch den Impfschutz gegen Pneumokokken überprüfen lassen:


© Dan Race / fotolia.com

Pneumokokken sind **häufig Erreger** von bakteriell verursachten **Lungenentzündungen**.

Mögliche Impfreaktionen und Nebenwirkungen

Die saisonale Grippeimpfung ist in der Regel gut verträglich. Die Sicherheit der Impfstoffe wurde auch für Schwangere und deren ungeborene Kinder bestätigt. In Studien wurde keine erhöhte Zahl von schweren Reaktionen auf Grund einer Impfung festgestellt. Gelegentlich kann es durch die Anregung der körpereigenen Abwehr nach der Impfung zu einer Rötung oder Schwellung an der Einstichstelle kommen, die auch schmerzen kann. Ebenso können in den ersten drei Tagen nach der Impfung Allgemeinsymptome wie beispielsweise Frösteln, Müdigkeit, Übelkeit oder Muskelschmerzen auftreten. Solche Impfreaktionen klingen in der Regel nach ein bis zwei Tagen wieder ab. Nebenwirkungen sind sehr selten. Bei weniger als einem von 10.000 Geimpften wurden allergische Reaktionen an der Haut und in den Bronchien beobachtet. Kleine Blutgefäße können sich ebenfalls sehr selten entzünden oder die Zahl der Blutplättchen (verantwortlich für die Blutgerinnung) kann sich vorübergehend verringern.

Wichtiger Hinweis

Bei einer nachgewiesenen schweren Allergie gegen Hühnereiweiß sollten Sie sich nicht mit einem üblichen Impfstoff gegen Grippe impfen lassen, weil dieser produktionsbedingt Spuren von Hühnereiweiß enthält. Es gibt jedoch auch einen hühnereiweißfreien Impfstoff, der für Allergiker geeignet ist. Besprechen Sie dies mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt.

Häufige Fragen und Antworten

Wie gefährlich ist die Grippe wirklich?

In einer durchschnittlichen Saison verursachen Grippeerreger 1 bis 7 Millionen zusätzliche Arztbesuche. Die Stärke einer Grippe-Welle ist nicht vorhersagbar. Grippe-Viren können schwere Lungenentzündungen verursachen und führen zu einer Schwächung des Immunsystems. Somit wird weiteren Krankheitserregern das Eindringen in den Körper erleichtert. Eine Grippe-Erkrankung kann tödlich verlaufen. Je nach Stärke der Grippe-Welle sterben in Deutschland jährlich mehrere Tausend Menschen an den Folgen einer Grippe.

Was ist eine Grippe, was ist ein grippaler Infekt?

Umgangssprachlich wird häufig der Begriff Grippe auch für so genannte grippale Infekte (Erkältung) verwendet. Obwohl sich die Symptome ähneln können, unterscheiden sich Verlauf und Schwere der Erkrankung deutlich. Charakteristisch für die **echte Grippe (Influenza)** ist ein plötzlicher Krankheitsbeginn mit Fieber und typischen Symptomen wie Halsschmerzen, trockenem Husten und heftigen Kopf-, Muskel- und/oder Gliederschmerzen. Schwere, teilweise lebensbedrohliche Komplikationen einer Grippeerkrankung, z. B. eine Lungenentzündung, stellen vor allem für Personen mit Grunderkrankungen und Ältere ein hohes Risiko dar.

Kann die Impfung eine Grippe-Erkrankung auslösen?

Nein. Der Impfstoff enthält Teile der Viren, gegen die die Körperabwehr aktiv werden soll. Durch die Impfung mit einem Totimpfstoff allein ist weder eine Erkrankung möglich noch können Impfviren an Dritte weitergegeben werden. Bei dem für Kinder und Jugendliche im Alter von 2 bis einschließlich 17 Jahren zugelassenen Lebendimpfstoff, der abgeschwächte Viren enthält, ist hingegen lediglich zu beachten, dass Kinder in den ersten 1 bis 2 Wochen nach der Impfung möglichst keinen Kontakt zu stark immungeschwächten Personen haben sollten, weil theoretisch das Risiko einer Virusübertragung besteht. Berichte über solche Übertragungen sind bislang in der wissenschaftlichen Literatur jedoch nicht zu finden. Die Grippeimpfung bietet - unabhängig von der Art des Impfstoffes - allerdings keinen 100%igen Schutz. Deshalb kann es auch bei Geimpften trotzdem zu einer Grippeerkrankung kommen. Dies hat unter anderem mit den sich ständig ändernden Eigenschaften des Grippevirus zu tun. Eine Erkrankung ist zudem möglich, wenn die Infektion kurz vor der Impfung oder in den ersten 10 bis 14 Tagen nach der Impfung stattgefunden hat. Allerdings kann jeder sein persönliches Risiko, an einer Grippe zu erkranken, durch die Impfung erheblich verringern. Bei Geimpften verläuft eine Erkrankung in der Regel auch milder, ohne Komplikationen oder völlig unbemerkt.

Warum sollte man sich impfen lassen, wenn es Medikamente gegen die Grippe gibt?

Medikamente, die sich gegen die Viren richten, sind besonders wichtig für Menschen mit einem hohen Risiko für schwere Verläufe der Grippe. Die Behandlung sollte möglichst schnell begonnen werden - innerhalb von 48 Stunden nach Beginn der Erkrankung. Die Medikamente dürfen nur unter ärztlicher Kontrolle eingenommen werden. Bei falscher Einnahme können Viren resistent werden und Nebenwirkungen auftreten. Häufig wird jedoch zu spät ärztlicher Rat gesucht. Die vorbeugende Impfung ist daher die zu bevorzugende Alternative, um sich rechtzeitig gegen Grippeerkrankungen zu schützen. ■

Quelle: impfen-info.de

Die Europäische Stiftung für Allergieforschung (ECARF)

Die Europäische Stiftung für Allergieforschung (ECARF) setzt sich für eine bessere Patientenversorgung, neue Therapien und ein neues gesellschaftliches Verständnis von Allergien ein. Die Förderung der Forschung und der erfolgreiche Dialog zwischen Betroffenen, Wissenschaftlern und politischen Entscheidungsträgern sind die Kernthemen unserer Arbeit. ECARF ist die einzige international ausgerichtete Stiftung zum Thema Allergien.

von Prof. Dr. Torsten Zuberbier

Unsere Vision

Unsere Vision ist eine Zukunft ohne Allergien. Damit es in der Zukunft einfachere Diagnosen und bessere Therapien gibt, unterstützen wir die allergologische Forschung. Darüber hinaus möchten wir Allergikerinnen und Allergikern durch unsere Arbeit Mut machen, sich zu informieren und vielleicht schon heute einen Schritt weiter zu gehen als gedacht. Denn schon jetzt gibt es viele Möglichkeiten, das Leben trotz Allergien angenehmer zu machen. Deshalb informieren wir regelmäßig zu wichtigen Allergiethemen:

- mit gut verständlichen und medizinisch gesicherten Informationen, beispielsweise auf der mehrsprachigen Website www.ecarf.org.,
- mit einem regelmäßig erscheinenden Newsletter in Deutsch oder Englisch, den man hier abonnieren kann: http://www.ecarf.org/aktuelles/presse-und-information/newsletter.html,
- mit zahlreichen alltagsnahen Broschüren zu den wichtigsten Allergien: http://www.ecarf.org/aktuelles/presse-und-information/broschueren.html

ECARF vermittelt den Medien Interviews mit kompetenten Experten, Hintergrundgespräche und stellt Informationsmaterial zu Allergien zur Verfügung. Dadurch werden Allergikern und ihren Angehörigen, aber auch allen Interessierten, medizinisch und wissenschaftlich gesicherte, praxisnahe Informationen über eine der am meisten verbreiteten chronischen Volkskrankheiten vermittelt. Ergebnis davon sind mehr als 10.000 Medienberichte pro Jahr. Ein Fokus unserer Arbeit ist es, neueste Therapien und aktuelle Forschungsergebnisse zuverlässig und zeitnah aus der Wissenschaft einer breiten Öffentlichkeit verständlich und übersichtlich nahe zu bringen.

Im Bereich Forschung und Wissenschaft ist ECARF europaweit Partner bei wissenschaftlichen Studien zu Allergien und engagiert sich durch aktive Förderung des Allergie-Centrums-Charité, d.h. der Universitätsmedizin Berlin, z.B. durch Stiftungsprofessuren für die Grundlagenforschung. ECARF verbessert die Patientenversorgung aktiv, indem es Sprechstunden auch für seltene Allergien oder z.B. für spezielle Themen wie Senioren mit Juckreiz, ermöglicht. Mit dem ADF/ECARF Award (Preisgeld 5.000,- Euro) fördert die Stiftung jährlich die weitere allergologische Forschung von kompetenten Wissenschaftlern.

Die Stiftung finanziert sich durch ehrenamtliche Mitarbeit, durch private und institutionelle Spenden, durch öffentliche Projektförderung sowie durch Dienstleistungen der Tochtergesellschaft ECARF Institute GmbH, deren Erlöse ausschließlich der Stiftungsarbeit zufließen.

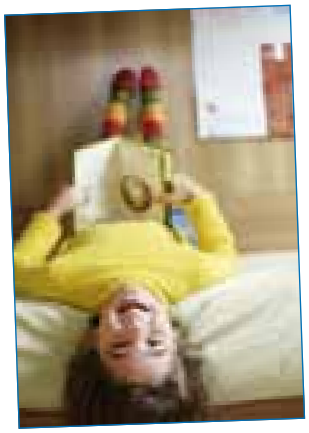
ECARF-Siegel

Verbrauchern mit Allergien bietet das ECARF-Siegel Orientierung und Sicherheit bei ihrer Auswahl beim Einkaufen und auf Reisen und damit im täglichen Leben. Das nichtkommerzielle Siegel kennzeichnet seit 2006 eine Vielzahl von Produkten und Dienstleistungen, die für Allergiker geeignet sind und den Alltag erleichtern. Dazu zählen Kosmetika, Waschmittel, Lebensmittel, Restaurants, Hotelzimmer, aber auch Staubsauger, Autoinnenräume und Fluglinien. Auch Urlaubsorte zertifiziert ECARF als allergikerfreundlich, und seit dem Sommer 2014 in Deutschland in Kooperation mit dem Deutschen Heilbäderverband e.V. (DHV). Allergikerfreundliche Gemeinden bilden ein Netzwerk aus Ferienwohnungsanbietern, Bäckern, Metzgern, Restaurant- und Cafébetreibern

oder Dorfladeninhabern, die sich gemeinsam auf die besonderen Bedürfnisse von Allergikern eingestellt haben.

Das ECARF-Siegel vertritt bewusst den lebensnahen Ansatz, die Gesellschaft mit einfachen Mitteln Schritt für Schritt allergieärmer und allergikerfreundlicher zu machen. Das Ziel ist nicht eine klinisch-reine, allergenfreie Welt für Allergiker. Im Gegenteil: Es ist uns wichtig, dass Allergiker am Leben in seiner ganzen Fülle teilnehmen können.

Grundlage für die Vergabe des ECARF-Siegels sind medizinisch und wissenschaftlich fundierte, gesicherte, transparente Kriterien, die von einem international besetzten Stiftungsbeirat aus Medizinern und Experten anderer Fachrichtungen entwickelt, überprüft und regelmäßig dem neuesten Stand der Forschung angepasst werden. Diese Kriterien gelten europaweit einheitlich und sind für jedermann auf der Webseite www.ecarf.org einsehbar. Eine frei zugängliche ECARF-Datenbank (www.ecarf-siegel.de) im Internet erfasst alle aktuell gültigen Zertifizierungen. Mittlerweile haben rund 1.500 Produkte und Dienstleistungen in mehr als 15 Sprachen diese Klassifizierung erhalten.



Projekte

ECARF engagiert sich kontinuierlich in praxisorientierten Partnerprojekten, um die notwendige Vermittlung zwischen Forschung und Alltagsanwendung zu leisten.

Seit Januar 2014 wird beispielsweise das Pilotprojekt „Bist du auch allergisch?!" umgesetzt. Es richtet sich an Kinder aus Kitas, Vor- und Grundschulen sowie an die begleitenden Pädagogen. Mit Hilfe eines altersgerechten Bilderbuches sollen Kinder zum Thema Allergien aufmerksam gemacht werden. Gleichzeitig dient das Projekt der Stärkung des Selbstvertrauens und wirkt zugleich integrierend.

Weitere Informationen

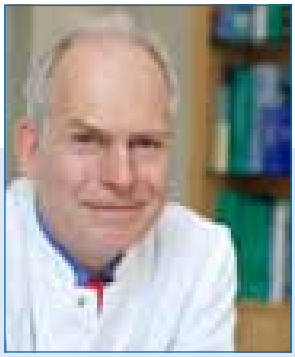
zur ECARF-Stiftung finden Sie auf: www.ecarf.org. Folgen Sie ECARF auf Facebook und Twitter.

Im Jahr 2015 gehörte die Umsetzung eines Schulungsprojektes „Juckreiz bei älterer Haut" zu den vordringlichen Aufgaben der Stiftungsarbeit. Juckreiz ist für viele ältere Menschen im täglichen Leben ein Problem. Bislang fehlten jedoch oft sowohl Hintergrundinformationen als auch eine konkrete medizinische Hilfestellung zum Umgang mit der eigenen juckenden Haut. Um diese Versorgungslücke zu schließen, hat die Stiftung gezielt Schulungen für Pflegepersonal und Bewohner von Seniorenresidenzen zum Thema „Juckreiz bei älterer Haut" angeboten. Dabei werden gezielt medizinisches Hintergrundwissen und wertvolle Alltagstipps vermittelt.

Ein weiteres zentrales Projekt ist die „Klimaanpassungsschule" (KAS) der Charité-Universitätsmedizin Berlin, gemeinsam mit der Stiftung Deutscher Polleninformationsdienst und ECARF (www.klimaanpassungsschule.de). Die Klimaanpassungsschule vermittelt in allgemeinverständlicher Form neuestes Wissen, durch den Klimawandel bedingte gesundheitliche Einschränkungen und Gefahren. Experten aus unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen informieren Ärzte, Pflegepersonal und Gesundheitsverantwortliche über sinnvolle Maßnahmen in der Vorsorge und Versorgung von wetterbedingten gesundheitlichen Risiken und Schäden.

Die Partner

Die Stiftung sieht sich als kompetenter Partner von Behörden bei der Beratung und Durchführung gesundheitspolitisch relevanter und innovativer Projekte. Sie verfügt auch über ein Netzwerk wissenschaftlicher Partner aus dem Gesundheitsbereich. Dazu gehören neben der Stiftung Deutscher Polleninformationsdienst (PID) auch GAALEN (Global Allergy And Asthma European Network), ARIA (Allergic Rhinitis And Its Impact On Asthma), eine Initiative der WHO (Weltgesundheitsorganisation), der Deutsche Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB) und der Deutsche Heilbäderverband e.V. (DHV). ■



Der Autor:
Prof. Dr. Dr. h. c. Torsten Zuberbier ist Leiter der Europäischen Stiftung für Allergieforschung (ECARF) in Berlin.

Leitlinien in der Medizin:

20 Jahre ÄZQ – Meilensteine der Qualitätssicherung

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin schafft seit zwei Jahrzehnten ein wachsendes Bewusstsein für Qualitätsstandards in der Gesundheitsversorgung. Damit nimmt es eine Vorreiterrolle ein. Über die Arbeit des Instituts berichtet Kristin Kahl.

von Kristin Kahl

Qualitätssicherung ist ein wesentlicher Eckpfeiler im Gesundheitswesen und dient sowohl Ärzten als auch Patienten zur Orientierung in der Behandlung von Krankheiten. Nicht nur Mediziner müssen Entscheidungen für oder gegen eine Therapie treffen. Auch die Behandelten selbst brauchen Aufschluss darüber, wonach sich die Empfehlungen des Arztes richten, wie die Erfolgsaussichten einer Behandlung sind und welche Risiken es möglicherweise gibt. Diese Informationen zu sammeln, bereitzustellen und beständig zu aktualisieren gehört seit 20 Jahren zu den Aufgaben des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ).

Annäherung der Partner in der Gesundheitsversorgung

Kernstück der Arbeit ist das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL), das unter der Trägerschaft der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) steht.

Das ÄZQ ist seit 2003 mit der Durchführung betraut. Es bündelt die Kräfte von Experten und stellt methodische Expertise zur Verfügung, um Handlungsempfehlungen für die angemessene medizinische oder psychotherapeutische Versorgung zu erstellen. Dabei orientiert es seine Arbeit am Prinzip der evidenzbasierten Medizin. Unter evidenzbasierter Medizin, kurz EBM, versteht man eine medizinische Versorgung, welche die Erkrankung eines Patienten auf der Grundlage der besten zur Verfügung stehenden Wissensquellen bzw. Daten behandelt. Zudem bereitet es die Leitlinieninformationen in unterschiedlichen Formaten praxistauglich auf und stellt sie Ärzten und Patienten zur Verfügung. Auch in den Bereichen Patientensicherheit und Patientenbeteiligung ist das ÄZQ eine gestaltende Kraft.

Nicht immer war die Zusammenarbeit zwischen ÄZQ und AWMF so einvernehmlich, wie es heute der Fall ist. Auch wenn beiden stets an einer wissenschaftlich fundierten und methodisch sauberen Arbeitsweise gelegen war, brauchte es einige Zeit, bis sie sich auf diesen gemeinsamen Nenner verständigen konnten. Seither haben sich beide Partner beständig weiterentwickelt und ihre gemeinsame Arbeit intensiviert.

Viel Koordinationsarbeit für den kommissarischen Leiter des ÄZQ, Dr. med. Christian Thomeczek.

Als Grundstock für diese Kooperation entstand 2000 die erste deutschsprachige „Leitlinie für Leitlinien", die Beurteilungskriterien für die Entwicklung einer prinzipienbasierten medizinischen Versorgung festlegte. Diese Entwicklung rief zunächst die Sorge hervor, dass solche richtungsweisenden Standards die ärztliche Therapiefreiheit einschränken könnten. Mittlerweile sind die Prinzipien aber gut etabliert und in ihrer methodischen sowie inhaltlichen Qualität so akzeptiert, dass sie von den meisten Medizinern angewandt werden.

Leitlinien unterziehen die vorhandenen wissenschaftlichen Studien einer fundierten Bewertung und leiten daraus mehr oder weniger starke Empfehlungen ab. So definieren sie Handlungskorridore und halten dazu an, medizinische Entscheidungen in jeder individuellen Situation genau zu prüfen, zu begründen und zu dokumentieren. Damit schaffen sie mehr Sicherheit im Behandlungsalltag, bleiben jedoch immer Handlungsempfehlungen, die dem Arzt die Einzelverantwortung gegenüber den Patienten nicht abnehmen.

Gebündelte Kompetenzen

An der Ausgestaltung von Leitlinien wirken interdisziplinäre Arbeitsgruppen mit. Sie bestehen aus

- nationalen und internationalen Wissenschaftlern,
- Medizinern,
- Angehörigen anderer Gesundheitsberufe und
- Patientenvertretern.

In der Erarbeitung folgen sie einer stringenten Methodik, die vom ÄZQ und der AWMF an internationalen Standards ausgerichtet und beständig weiterentwickelt wird. Damit ist zum einen gewährleistet, dass nur verlässliche und geprüfte Behandlungen Eingang in die Empfehlungen finden. Zum anderen verhindert die Methodentreue willkürliche Entscheidungen und wirkt so bestimmten Einzel- oder Gruppeninteressen entgegen. Immer wieder können bei den Beteiligten Interessenkonflikte auftreten – darüber ist sich das ÄZQ bewusst. Darum ist es methodischer Bestandteil der Verfahren, solche Konflikte öffentlich zu machen. Sogenannte Interessenkonflikterklärungen und Stimmenthaltungen dienen dazu, die eigene Voreingenommenheit zu reflektieren und angemessen mit ihr umzugehen. Zudem verhindert die interdisziplinäre Zusammensetzung der Gruppen, dass individuelle Interessen oder die Interessen einzelner Fachgruppen zu einer Lobby heranwachsen. Die Beschlussgruppen müssen sich auf ein gemeinsames Ziel verständigen und in Methoden-Reports genau darlegen, wie sie zu ihren Empfehlungen gekommen sind. Bei den Entscheidungen gilt immer das Prinzip der Gleichberechtigung (Parität).

Alle in einem Boot – zur Verbesserung der Patientensicherheit

Seit dem Jahr 2000 rückt das Thema Patientensicherheit immer mehr in den Fokus des allgemeinen Interesses. Anlass dazu hatte eine US-amerikanische Studie über unerwünschte, vermeidbare Ereignisse in der Medizin gegeben. Das ÄZQ entwickelte daraufhin vielfältige Maßnahmen zur Patientensicherheit. So übernahm es 2006 das von der KBV initiierte und durch die BÄK unterstützte Berichts- und Lernsystem CIRSmedical. Dieses ermöglicht es, kritische Ereignisse in der Medizin zu erfassen und im fachlichen Rahmen zu reflektieren. Ziel des Berichtssystems ist es, einen Umgang mit Fehlern zu finden und aus ihnen zu lernen. Dieser Ansatz gab Anstoß für weitere Projekte wie ONKO-CIRS oder das Netzwerk CIRS-Berlin, noch bevor eine Berichterstattung gesetzlich verpflichtend wurde. Heute beteiligen sich rund 140 Krankenhäuser am Netzwerkprogramm CIRSmedical.

Weitere Schwerpunkte legte das ÄZQ auf die Gründung eines Expertenkreises „Patientensicherheit". Es konzipierte darüber hinaus das gleichnamige Weiterbildungskonzept und nahm als Deutsches Referenzzentrum am Projekt „High5s" der Weltgesundheitsorganisation (WHO) teil. Zahlreiche Publikationen ergänzen diese Maßnahmen.

Einbindung von Patienten

Eine Vorreiterrolle besetzt das ÄZQ auch bei der Einbindung von Patienten in die Leitlinienerstellung. Mit der Einrichtung eines Clearingverfahrens für Patienteninformation im Jahr 1999 war der Grundstein für den Einbezug von Betroffenen gelegt. Seit 2004 sind die Patientenvertreter als voll stimmberechtigte Mitglieder in die Erstellung von NVL eingebunden. Im Vorfeld des Leitlinienverfahrens erhalten sie ein Coaching, um mit der Arbeitsweise und den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin vertraut zu werden. Anschließend erarbeiten sie gleichberechtigt mit den Fachgruppen und Wissenschaftlern Empfehlungen. In seiner Zusammenarbeit mit Patienten setzt das Institut Maßstäbe, die es in Form eines Methodenhandbuchs zur Verfügung stellt.

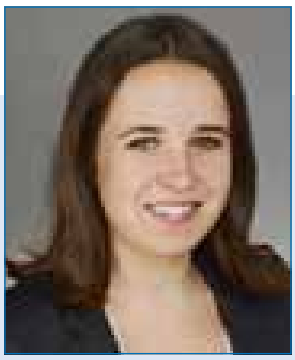
Informationen für Patienten

Neben ihrer Einbindung versorgt das ÄZQ Patienten mit dem besten verfügbaren Wissen. So informiert es in seinen Kurzinformationen für Patienten (KiP) und den Patientenleitlinien allgemeinverständlich über Erkrankungen und gesundheitsbezogene Themen. Sie stehen den Betroffenen sowie den Vertragsärzten, z.B. den Hausärzten, Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) auf Länderebene zum kostenlosen Download auf einer eigens dafür eingerichteten Website zur Verfügung. Zudem sind sie über das KV-SafeNet abrufbar. Die Meilensteine des ÄZQ waren und sind oft die ersten Pflastersteine auf neuen Qualitätspfaden im Gesundheitswesen. Künftig wird der Arbeitsschwerpunkt auf der Pflege und Aktualisierung der bisherigen nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) liegen. Deren Bedeutung zeigt sich auch bei den Disease (engl.: Krankheit)-Management-Programmen (DMP): Die NVL ermöglichen es Ärzten, sich mit ihrem methodischen Sachverstand an der Ausgestaltung dieser Behandlungsprogramme zu beteiligen. Das sichert, dass medizinisch gesicherte Handlungsweisen empfohlen und immer weiter verbreitet werden. ■

Weitere Informationen

www.aezq.de
www.patienten-information.de

Die Autorin:
Dipl.-Psych. Kristin Kahl
Redaktionsvolontärin
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2,
10623 Berlin



Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V.

Verbandsvorstellung der Selbsthilfeorganisation

Die Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V. ist der bundesweite Zusammenschluss von Sarkoidose-Erkrankten und ihren Angehörigen. Sie setzt sich für die nachhaltige Verbesserung der Situation Sarkoidose-Kranker ein.

Die Erkrankung:

Die Sarkoidose wurde bereits im vorletzten Jahrhundert entdeckt und früher auch Morbus Boeck oder Boeck'sche Krankheit genannt. Heute weiß man, dass die Sarkoidose eine entzündliche Allgemeinerkrankung (multi-systemische Granulomatose = mit vielen körnchenartigen Wucherungen) ist, also eine Erkrankung des gesamten Körpers, die alle Organe betreffen kann. Daher bietet die Krankheit ein ausgesprochen vielfältiges klinisches Bild. Die Ursache der Sarkoidose ist bisher unbekannt.

Aktuelle Zahlen über die Entwicklung der Anzahl Sarkoidose-Kranker in Deutschland fehlen mangels epidemiologischer Forschung. Ältere Studien sprechen von 40-50 Erkrankten pro 100.000 Einwohner.

Die Sarkoidose umfasst dabei mehrere ICD-10-Ziffern im internationalen Krankheitsverzeichnis (International Code of Diseases) der WHO (World Health Organisation)

Lungensarkoidose im Röntgenbild

ICD-10-Kodierungen bei Sarkoidose:

- D86.0 Sarkoidose der Lunge
- D86.1 Sarkoidose der Lymphknoten
- D86.2 Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten
- D86.3 Sarkoidose der Haut
- D86.8 Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen
- D86.9 Sarkoidose, nicht näher bezeichnet

und umfasst die verschiedenen Verlaufsformen (akut, chronisch, subakut chronisch, wiederkehrend akut) sowie eine Reihe von Unterformen, so etwa

- Löfgren-Syndrom
- Morbus Jüngling
- Sjögren- Syndrom
- Heerfordt- Syndrom
- Lupus Pernio
- Juvenile Sarkoidose (Kindersarkoidose).

Darüber hinaus beschäftigen uns und vertreten wir auch mögliche Folgeerkrankungen wie z.B.:

- (Idiopathische) Lungenfibrose
- Cor pulmonale
- Aspergillose
- Bronchiale Hyperreagibilität

und die Formen von Sarkoidose, bei denen bereits die Ursachenzusammenhänge aufgeklärt werden konnten, wie etwa:

- Berylliose
- Kupfer-Silikat-Granulomatose

sowie andere granulomatöse Erkrankungen und seltene interstitielle Lungenerkrankungen (EAA, BOOP, R-BILD, Vogelhalterlunge, Farmerlunge u.ä.), die im Rahmen der Differentialdiagnose relevant sind.

Es sind überwiegend junge Erwachsene im mittleren Lebensalter, die mit dem diffusen, schwer fassbaren Krankheitsbild konfrontiert werden. Charakteristisch für die Sarkoidose ist die Bildung von gutartigen Knötchen im Bindegewebe, den so genannten Granulomen.

Das Granulom ist die Reaktion des Immunsystems auf eine bislang unbekannte Schädigung. Häufige Organbeteiligungen sind die Vergrößerung der Lymphknoten auf beiden Seiten der Lunge, sowie Lungen-, Augen- und Hautveränderungen. Herz, Leber, Milz, Speicheldrüsen, Nervensystem, Muskeln, Knochen und andere Organe können ebenso befallen sein.

Krankheitsformen:

- Die akute Sarkoidose (Löfgren Syndrom) mit Erythema nodosum (bläulich-rote Hautflecken an den Streckseiten der Unterschenkel und -arme) und beidseitiger Vergrößerung der Hiluslymphknoten an der Lungenwurzel kann im weiteren Verlauf zu einer Spontanheilung kommen.
- Ein allmählicher Beginn, besonders mit Ausdehnung der Schädigungen auf mehrere weitere Organe, deutet auf einen chronischen Verlauf hin. Zunehmende Vernarbung (Fibrose) der Lunge oder funktionelle Beeinträchtigungen an anderen Organen können letztendlich zu Früh- oder Teilinvalidität führen.
- Ein nicht unerheblicher Teil der akuten Verlaufsform geht in die chronische Verlaufsform über.
- Das Wiederauftreten der akuten Form der Krankheit selbst nach einigen Jahren ist möglich (wiederkehrendes Löfgren-Syndrom).

Symptome:

Vielfältige Symptome begleiten das komplexe Krankheitsbild der Sarkoidose. U.a. können auftreten:

- ständige Müdigkeit und Schwäche
- Leistungsminderung
- Grippegefühl
- Fieber
- Gelenkschmerzen
- Gewichtsverlust
- Atemnot / Hustenreiz
- Herzrhythmusstörungen
- Sehschwäche
- Hörminderung
- Lähmungen
- blau-rötliche Hautflecken oder
- knotige Hautveränderungen.

Außer in wenig beschwerlichen Fällen, bei denen durch eine anderweitig durchgeführte Untersuchung zufällig die Diagnose erhoben wird, stehen oft Kranke und Ärzte zunächst vor einem Rätsel. Man fühlt sich krank, müde, schlapp, hat manchmal Fieber, manchmal grippeähnliche Erscheinungen.

Lupus Pernio - Sarkoidose der Gesichtshaut und des Nasenknorpels mit Beteiligung der oberen Atemwege

Therapiemöglichkeiten:

Die Maßnahmen hängen im Wesentlichen von der Organbeteiligung und deren Entwicklung ab. Da die Ursache der Sarkoidose bisher noch unbekannt ist, fehlt eine ursachenspezifische Medikation oder Therapiemöglichkeit. Forschung ist hier dringend notwendig. Die Behandlung erfolgt mit Kortison als Mittel der Wahl. Darüber hinaus gibt es auch interessante alternative Ansätze je nach Organbeteiligung und Typ der Erkrankung.

Regelmäßige Verlaufskontrollen können unterschwellige Krankheitsentwicklungen und die Ausbreitung gefährlicher Organbeteiligungen frühzeitig aufdecken und therapeutischen Maßnahmen zuführen. So sind interdisziplinär angelegte Verlaufskontrollen das wichtigste Mittel der Sekundärprävention.

Reha-Maßnahmen:

Aufenthalte in Fachkliniken, Behandlung durch Ärzte, die sich speziell der Sarkoidose-Behandlung angenommen haben und körperliche Aktivierung im Sinne einer dem individuellen Leistungsrest entsprechenden Bewegungs- und Atemtherapie.

Die Vereinigung:

Die Deutsche Sarkoidose-Vereinigung gemeinnütziger e.V. ist der Zusammenschluss von Erkrankten und ihren Angehörigen, die von Sarkoidose, Fibrose oder anderen granulomatösen Erkrankungen oder bestimmten anderen seltenen interstitiellen Lungenerkrankungen betroffen sind. Die 1987 gegründete Selbsthilfe-Vereinigung hat über 4.000 Mitglieder und informiert mehr als tausend Interessierte pro Jahr zum Krankheitsbild, den Problemen und

Erythema nodosum beim Löfgren Syndrom mit schmerzhaften Gelenkschwellungen

Möglichkeiten. Die Vereinigung wird bei ihrer Arbeit durch einen interdisziplinären wissenschaftlichen Beirat aus Sarkoidose-Experten beraten.

Aufgaben und Ziele der Vereinigung:

- Verbesserung der Krankheitssituation der Sarkoidose-Betroffenen mit Diagnose
- Verminderung der Dunkelziffer durch Information von Patienten und Ärzten, Therapeuten und der Öffentlichkeit
- Verkürzung der Zeit bis zur richtigen Diagnose
- Hilfe und Erfahrungsaustausch für die Betroffenen in regionalen Gesprächskreisen (z. Z. rund 65 in Deutschland)
- Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und Verbesserung der Lebensqualität
- Recherche und Erstellung von Informationen für Patienten, Ärzte, Therapeuten und die Öffentlichkeit
- Herausgabe und Verbreitung von Informationsschriften zum Krankheitsbild Sarkoidose und zur Krankheitsbewältigung
- Vermittlung von Ärzten, die sich speziell der Sarkoidose-Behandlung angenommen haben
- Verbesserung der sozialmedizinischen Situation der Sarkoidose-Kranken
- Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit bei diesem multi-systemischen Krankheitsbild
- Unterstützung der wissenschaftlichen Erforschung der Sarkoidose zur Ursachenklärung und zur Entwicklung von wirksamen und nebenwirkungsarmen Medikamenten
- Wir wollen gemeinsam mit Ärzten und Therapeuten sowie Kostenträgern interdisziplinäre Sarkoidose-Zentren mit Spezialambulanzen begründen, unterstützen und ausbauen.
- Wir wollen die Entwicklung und Umsetzung von Rehabilitationskonzepten je nach Organbeteiligung bzw. Kombinationen und Stadium/Typ der Sarkoidose sowie vorhandenem Leistungsrest erreichen.
- Wir wünschen uns eine bessere Information der Ärzte und Therapeuten durch Fort- und Weiterbildung sowie eine stärkere Berücksichtigung solcher Krankheitsbilder in der Ausbildung der Medizinstudenten.
- Wir vertreten die Interessen von Betroffenen und Angehörigen bei Verbänden und Gremien und führen Politikberatung durch.

Zielgruppe:

Patienten und deren Angehörige mit Sarkoidose (Morbus Boeck, Morbus Besnier-Schaumann) und eine Reihe von Unterformen (a.S.2)

Aktivitäten:

Der Schwerpunkt unserer Aktivitäten liegt in den Bereichen:

- Recherche und patientenorientierte Aufarbeitung von Informationen zum Krankheitsbild

bis zur

- Ausschreibung des Sarkoidose-Forschungspreises

Informationsdienst / Literatur:

- Zeitschrift: „Sarkoidose Nachrichten und Berichte" (4 mal im Jahr für Mitglieder kostenlos), sowie spezielle Bücher, Broschüren und Flyer
- Internet-Portal: www.Sarkoidose.de und www.Kindersarkoidose.de

Angebote:

- Information und Beratung zu Anfragen durch unsere Sarkoidose-Informations- und Beratungsstelle

- Erfahrungsaustausch und Information zwischen Betroffenen in den
- regionalen Sarkoidose-Gesprächskreisen
- Vermittlung spezifischer sozialrechtlicher Beratung.

Vorteile für Mitglieder:

- Kostenloser Bezug der Zeitschrift „Sarkoidose Nachrichten und Berichte"
- Regelmäßige Information über laufende Entwicklungen und Aktivitäten auf diesen Krankheitsgebieten
- einschließlich neuer Forschungsergebnisse
- Erfahrungsaustausch in den regionalen Sarkoidose-Gesprächskreisen
- Gegenseitige Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung in der Gruppe und Entwicklung eines Zusammengehörigkeitsgefühls
- Einladung zu Arzt-Patienten-Seminaren zu den verschiedenen Aspekten des Krankheitsbildes einschließlich Diagnoseverfahren, Therapieansätzen, Forschungsansätzen, Präventions- und Rehabilitationsmöglichkeiten mit Sarkoidose-Experten
- Information über Forschungsvorhaben und ggf. Aufruf zur Beteiligung an solchen
- Informationen zu Sarkoidose-Aspekten bei der Antragstellung zum Grad der Behinderung und zur Anerkennung einer Erwerbsunfähigkeitsrente
- Vermittlung von Sarkoidose-spezifischer sozialrechtlicher Beratung

Sarkoidose Stiftung für die Forschung:

Sarkoidose wird auch als der Clown der Inneren Medizin bezeichnet, als Sinnbild für die vielen Gesichter und Erscheinungsformen dieser Erkrankung. Zur Förderung der Erforschung der Sarkoidose, ihrer Ursachen und des Krankheitsverlaufs sowie der Entwicklung neuer gezielt wirkender Therapiemöglichkeiten hat die Deutsche Sarkoidose-Vereinigung e.V. im Jahre 2003 die Sarkoidose Stiftung gegründet. ■

Nähere Auskünfte erteilt:

Sarkoidose Stiftung
Postfach 30 43, 40650 Meerbusch
Telefon: 0 21 50 / 91 28 19
Telefax: 0 21 50 / 91 28 96
E-mail: Info@Sarkoidose-Stiftung.de
Internet: www.Sarkoidose-Stiftung.de
Vielen Dank für Ihre Hilfe!

ANZEIGE

GTI medicare
Oxygen Technology

HOMECARE

InogenOne G3
Der handliche und starke Mini-Sauerstoff-Konzentrator!

Vorteile die überzeugen:
- 4 Leistungsstufen
- bis zu 8 h unabhängig
- Leise
- Wartungsarm
- Bedienerfreundlich
- Gewicht 2,2 kg

2,2 kg leicht!

Klein in der Größe, groß in der Leistung!

Innovation und Weiterentwicklung des tragbaren Mini-Sauerstoff-Konzentrators.
Zur Steigerung Ihrer Mobilität und Lebensqualität.

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

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

Klinikporträt

Espan-Klinik in Bad Dürrheim

Die Espan-Klinik in Bad Dürrheim, liegt in 733 m Höhe im höchstgelegenen Solebad Europas. Sie ist eine auf Atemwegserkrankungen (obstruktive, restriktive und interstitielle) spezialisierte Rehabilitationsfachklinik und entsprechend den Vereinbarungen mit den Krankenkassen zur Anschlussheilbehandlung (AHB) bzw. Anschlussrehabilitation (AR) zugelassen.

Hier auf der Hochebene der Baar, zwischen südlichem Schwarzwald und Schwäbischer Alb liegt sie in einer ruhigen Seitenstraße, mit einem ebenerdigen Zugang zum Kurpark. Sie bietet Platz für 204 Patienten. Für Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie werden 130 Zimmer mit Sauerstoffwandanschluß vorgehalten. Die anderen Zimmer können - bei entsprechendem Bedarf - durch die Bereitstellung von Tanks entsprechend ausgestattet werden. Die familiengeführte Klinik hat sich bewusst nur auf die die Indikation „Lungenerkrankungen" spezialisiert, um so den Patienten ein Höchstmaß an Behandlungskompetenz – v.a. auch im Bereich der seltenen Lungenerkrankungen - zukommen zu lassen.

Das ortsgebundene Heilmittel, die Sole wirkt schleimlösend und entzündungshemmend. Das spezielle Klima und unser Heilwasser, sowie die persönliche und intensive medizinische und therapeutische Betreuung sind die Säulen einer erfolgreichen Therapie und Rehabilitation und damit einer nachhaltigen Wirkung. Der Aufenthalt im milden Reizklima (Mittelgebirgslage) stärkt zusätzlich das Immunsystem und befreit die Atemwege.

Die Espan-Klinik- mit dem Hauptbeleger Deutsche Rentenversicherung Bund- hat Vereinbarungen mit allen Kostenträgern. Neben den inzwischen 6-8x jährlich stattfindenden Seminar- und Schulungswochenenden für Regionalgruppen der verschiedenen Selbsthilfe- bzw. Lungensportgruppen, bietet die Klinik zusätzlich mit Pauschalen eine breite Plattform für gesundheitsbewusste Urlaubsgäste, die sich hier verwöhnen, therapieren und schulen lassen können. Zusätzlich ist sie Gastgeber für 2 ambulante Lungensportgruppen, und die Regionalgruppe der Deutschen SauerstoffLiga LOT e.V., die sich einmal im Monat zu Vorträgen und zum Erfahrungsaustausch unter Betroffenen trifft.

Das gesamte interdisziplinär arbeitende Rehateam - bestehend aus 2 erfahrenen Pneumologen, Stationsärzten, einer umfangreichen diagnostischen Abteilung, Pflegefachkräften, AllergieberaterInnen bzw. DiätassistentInnen, Psychologen, Sozialarbeiterin - arbeitet gemeinsam mit den PatientInnen am obersten Rehabilitationsziel: der Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität und der Teilhabe am sozialen Leben. Die Therapien, Schulungen und Vorträge werden aufgrund ganzheitlich orientierter Behandlungskonzepte und unter Berücksichtigung der Richtlinien und Standards der entsprechenden Fachgesellschaften durchgeführt. Im Mittelpunkt unseres Handelns steht der gesamte Mensch mit seiner Lungenerkrankung, seinen Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) und seinen individuellen Bedürfnissen.

Von medizinischer Seite ist es unser Ziel, die medikamentöse Therapie und die Sauerstofflangzeittherapie einzuleiten, zu kontrollieren und letztendlich zu optimieren. Gewährleistet wird eine 24-Stunden Arztpräsenz in der Klinik durch zwei qualifizierte Lungenfachärzte.

Aus psychologischer Sicht ist es wichtig, bei der Verarbeitung der Krankheit zu helfen, die eigenen Stärken durch Einzelgespräche, Gesprächskreise bzw. Entspannungsverfahren zu festigen, beim Krankheitsmanagement psychisch zu entlasten und bei Bedarf ein

Verhaltenstraining anzubieten, z.B. Tabakentwöhnung bei Patienten, die noch Rauchen.

Ebenso wichtig ist eine kompetente Ernährungsberatung. Hierbei wird das komplette Behandlungsspektrum von Übergewicht, durch erhöhte Atemarbeit verursachtes Untergewicht, über Allergien, Unverträglichkeiten, bis zur Ernährung bei Krebserkrankungen, von erfahrenen und entsprechend weitergebildeten Diätassistentinnen beginnend von der Lehrküche, über Vorträge und individuelle Einzelberatungen abgedeckt.

Bezugnehmend auf die wissenschaftliche Datenlage liegt ein wesentlicher Schwerpunkt der physikalischen Therapie auf dem körperlichen Training, der Verbesserung der Mobilität und der an die eigene Atemwegserkrankung angepasste und dosierte Bewegungstherapie. Hierzu werden die Grundlagen über die Atemtherapie (Bewusstmachung, Selbsthilfetechniken, Kombination von Atmung und Belastung, Treppenschulung, Nasenhygiene, Lungenhygiene und Hustendisziplin, Entspannungsverfahren) erarbeitet. Durch Muskelaufbau (Gerätetraining, Wassergymnastik, Wirbelsäulengymnastik, dem speziellen Training auf einer Vibrationsplattform (Galileo), usw.), Ausdauertraining (Ergometertraining) und Ergotherapie (Funktionstraining, ADL-Training, Polyneuropathietraining, usw.) sowie Inspirationsmuskeltraining (IMT) wird die körperlich Belastbarkeit der Patienten erhöht und die Lebensqualität verbessert. Je nach individueller Belastbarkeit können diese Therapien als Einzeltherapie- bei Bedarf auch im Patientenzimmer- oder in der Gruppe durchgeführt werden. Die Therapie findet auch samstags und an jedem Feiertag statt. Der Einsatz der Sauerstofflangzeittherapie bei allen Therapieformen und beim beaufsichtigten Schwimmen erfolgt selbstverständlich nach ärztlicher Verordnung und der entsprechenden Vorgabe der Flussmengen-Einstellung. Ergänzt wird die aktive Therapiesäule durch Heiße Rollen, Klopfmassagen, Massagen mit Geräten zum gezielten Schleimmobilisieren (Vibrax-Massagen), Neuromuskulären Elektrostimulationen (NMES), Fangopackungen, Bindegewebsmassagen, Klassischen Massagen, Lymphdrainagen und Inhalationen.

Sinnvoll ergänzt wird die Rehabilitation in der Espan-Klinik durch individuelle oder in Gruppen durchgeführte Schulungen zu den Themen Krankheitsbilder, Sauerstofflangzeittherapie, Medikamenteneinnahme, Umgang mit dem Rollator, Einsatz von Hilfsmitteln (Peak-Flow, Cornet, Inhalationsgeräten, Flutter, usw.) und entsprechenden interaktiven Vorträgen - vermittelt durch das interdisziplinäre Team.

Somit wird dem Patienten in der Espan-Klinik- auch mit den entsprechenden Schulungsunterlagen (Übungsprogramme, Heimprogramme, Rezepte, ...) für zu Hause - eine optimale Überleitung in seinen Alltag geboten, um ihn bei der Bewältigung seiner Erkrankung und des Krankheitsmanagements zu begleiten. Zur Verbesserung der Nachhaltigkeit und im Sinne der Nachsorge wird das Thema Lungensport in der Klinik täglich aktiv gelebt. Durch die Ausstellung der Verordnungen für Patienten der Deutschen Rentenversicherung und Ausgabe des Formulars 56 an die Privatgäste und die Krankenkassenpatienten zur Verordnung durch den Haus- oder Lungenfacharzt - jeweils incl. Adressen der Lungensportgruppen in der Region des Heimatortes wird der Patient motiviert, das körperliche Training auch Zuhause fortzusetzen. ■

Weitere Informationen

finden Sie auf unserer Homepage **www.espan-klinik.de**. Gerne schicken wir Ihnen auch das informative, umfangreiche Material zu.

Nachbericht zum Physiotherapie-Workshop, 8.Symposium Lunge,12.09.2015, Hattingen

„Lungensport, Atemphysiotherapie, Selbsthilfetechniken – 3 Seiten einer Medaille".

Was ist eigentlich was? Wo liegen Unterschiede und Gemeinsamkeiten? Mit welcher Erwartung und welchem Ziel gehe ich wohin? Wie finde ich eine/-n Physiotherapeutin/en oder eine Lungensportgruppe in meiner Nähe? Und mit welchen Techniken kann ich mir selber helfen und unabhängiger werden?

von Anja Kornblum-Hautkappe

Um diese Fragen drehte sich der diesjährige einstündige Workshop zur Physiotherapie für interessierte Patienten und Angehörige der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. am 12.September 2015 im Rahmen des Symposiums Lunge im LWL-Industriemuseum der Henrichshütte in Hattingen. Sehr erfreulich waren das große Interesse und die zahlreichen Teilnehmer, die den Vortragsraum randvoll füllten.

Lungensport ist eine Sport- und Bewegungstherapie in der Gruppe für chronisch lungenkranke Menschen und gehört zu den sogenannten Rehabilitationssportmaßnahmen. Die Gruppen sind gemischt, sowohl Männer und Frauen und bezogen auf das Alter der Patienten, ihre Erkrankung und den Schweregrad ihrer Erkrankung. Die am häufigsten vertretenen Krankheitsbilder sind COPD, Asthma bronchiale, Lungenemphysem und die Lungenfibrose. Betreut werden die Gruppen durch speziell ausgebildete Übungsleiter.

Vor Teilnahme am aktiven Lungensport in einer Lungensportgruppe muss eine fachärztliche Untersuchung mitsamt Belastungstest durchlaufen werden, die sicherstellt, dass man an diesen Übungen ohne gesundheitliches Risiko teilnehmen kann.

Nach dieser Eingangsuntersuchung erfolgt der Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport bei der zuständigen Krankenkasse. Genehmigt werden in der Regel 50 Übungseinheiten, verteilt auf 18 Monate oder 120 Übungseinheiten, verteilt auf 36 Monate.

Ziele des Lungensports sind der Erhalt oder die Verbesserung der körperlichen Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit, Dehnfähigkeit und Koordination, zusammengefasst: der eigenen Leistungsfähigkeit! Außerdem werden die Patienten in Atemtechniken geschult, die während einer Belastung oder bei Atemnot angewendet werden können. Nicht zuletzt werden Techniken zur Verbesserung der Entspannungsfähigkeit vermittelt. Eine wohnortnahe Lungensportgruppe findet man unter www.lungensport.org.

Atemphysiotherapie ist, anders als der Lungensport, eine Einzeltherapie. Durchgeführt werden sollte sie von einer/-m Physiotherapeutin/-en mit einem Tätigkeitsschwerpunkt in diesem Bereich. Das Rezept für Physiotherapie wird in der Regel vom behandelnden Facharzt ausgestellt.

Die Atemphysiotherapie richtet sich an akut und chronisch lungenkranke Menschen, unabhängig vom Stadium oder Schweregrad ihrer Erkrankung. In der Regel findet die Therapie in einer physiotherapeutischen Praxis statt. Sollte ein Patient nicht in der Lage sein, die Praxis zu besuchen, kann der Arzt einen Hausbesuch verordnen.

Die Atemphysiotherapie nimmt Einfluss auf die Reinigung der Atemwege, die Reduktion der Lungenüberblähung, das Erlernen von schonenden/ökonomischen Hustentechniken und der Verbesserung der Brustkorbbeweglichkeit. Außerdem erlernen die Patienten Übungen, mit denen sie Ihre Kraft und Ausdauer erhalten bzw. verbessern können und erhalten gegebenenfalls ein individuell abgestimmtes Trainingsprogramm. Ziel der Atemphysiotherapie ist es auch, adäquate Selbsthilfetechniken und Eigenübungen zu vermitteln um den Patienten selbständiger und unabhängiger zu machen.

Eine/-n Physiotherapeutin/-en mit entsprechenden Qualifikationen findet man unter www.atemwegsliga.de.

Selbsthilfetechniken sollen helfen, sich unabhängig von seiner /-m Therapeutin/-en in Belastungssituati-

onen oder während auftretender Atemnot Erleichterung zu verschaffen. Diese Techniken müssen einfach umsetzbar und mit möglichst wenig Material überall durchführbar sein.

Im Workshop konnten die Teilnehmer verschiedene Übungen ausprobieren, mit denen sie akute Verspannungen und Schmerzen im Bereich des Nackens und des Schultergürtels lindern können. Viele Patienten haben durch chronisches Husten und häufige Atemnot Schwierigkeiten in diesem Bereich. Danach wurden Techniken vermittelt mit denen man Verklebungen im Bereich der Haut und des Unterhautgewebes am Rumpf lösen kann. Beispielsweise sogenannte Packegriffe, bei denen man tief ins Gewebe greift und eine Hautfalte über mehrere Atemzüge vom Brustkorb weg zieht.

Dann konnten die Patienten die Verlängerung der Ausatmung und den Sekrettransport mit dem Strohhalm ausprobieren. Dafür bekamen die Teilnehmer unterschiedliche Strohhalmstücke zur Verfügung, die, je nach Länge, die Ausatmung mehr oder weniger „abbremsen". Die Ausatmung durch den Strohhalm kann für Patienten, die zu dynamischer Überblähung neigen, auch in Belastungssituationen (z.B. Treppe steigen, Sport) sinnvoll sein.

Nachdem jeder seinen passenden Strohhalm ausgewählt hatte, lernten die Patienten zum Abschluss noch die sogenannte Intervallatmung nach D. Pfeiffer-Kascha. Hierbei wird langsam und tief durch die Nase eingeatmet, es folgt eine kleine Pause und eine vollständige Ausatmung durch die Lippenbremse oder den Strohhalm. Im nächsten Schritt wird die Einatmung in zwei gleiche Teile aufgeteilt, darauf folgt eine erneute Pause und eine vollständige Ausatmung. Die Unterteilung der Einatmung wird gesteigert bis auf vier gleiche Teile. Danach reduziert man die Unterteilung schrittweise wieder, bis man bei einem langen, tiefen Atemzug angelangt ist. Bei dieser Übung empfiehlt es sich hauptsächlich in Richtung Bauch zu atmen. Zur Unterstützung kann man dafür eine Hand auf den Bauch legen.

Im Anschluss an den Workshop konnten noch viele individuelle Fragen geklärt werden.

Vielen Dank an alle interessierten Patienten und Angehörige, die diesen Workshop zu einer sehr interaktiven Veranstaltung gemacht haben. ■

Die Autorin:
Anja Kornblum-Hautkappe
Universitätsklinikum Essen (AöR)
Abteilung für Physiotherapie
45147 Essen

30 Jahre Lungensport in Pinneberg

Dieter Fischer baut Spannung auf. Das elastische Therapieband vor seinem Brustkorb wird länger und länger. Durch die Nase atmet er ein. Anschließend durch den Mund langanhaltend wieder aus. Eine Übung, die dem 73-Jährigen längst in Fleisch und Blut übergegangen ist. „Die meisten Menschen holen verkehrt Luft", sagt Fischer. Er muss es wissen. Seit 30 Jahren leitet der gebürtige Berliner Lungensportgruppen beim VfL Pinneberg. Fischer war es auch, der diese Art des Reha-Trainings in Norddeutschland überhaupt erst bekannt machte.

Und Fischer kann beurteilen, was Menschen mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen durchzustehen haben. Schon als Grundschüler wird bei ihm Asthma diagnostiziert. „Damals wurde die Krankheit vor allem mit Cortison behandelt, mit heftigen Nebenwirkungen", erinnert er sich heute. Zwischenzeitlich seien die Symptome bei ihm zurückgegangen. Als die Krankheit mit Wucht zurückkommt, beschließt der Postangestellte auf Anraten der Ärzte, eine Versetzung zu beantragen und seiner Heimatstadt Berlin den Rücken zu kehren. Näher an die See soll es gehen. Der guten Luft wegen. „Eigentlich nach Kiel, aber da war gerade keine Planstelle frei." In Pinneberg schon. Fischer entscheidet 1969, mit seiner Frau Renate an die Pinnau zu ziehen – um bis heute zu bleiben.

Während dreier Kuraufenthalte in einer Fachklinik im Sauerland kommt Dieter Fischer 1983 erstmals mit dem Lungensport in Berührung. Er ist begeistert, weil die Übungen das Leben erleichtern und teilweise sogar den Verzicht auf Medikamente ermöglichen. Noch in der Klinik absolviert der Berliner einen Lehrgang und lässt sich zum Übungsleiter ausbilden. In Pinneberg schlägt er dem damaligen Vorstand des VfL vor, mit einer Gruppe an den Start zu gehen. Er bekommt grünes Licht, überzeugt die Krankenkasse DAK, die Kurse anzuerkennen. Sechs Teilnehmer sind im September 1985 mit von der Partie. Das ist der Beginn einer Erfolgsgeschichte: In ganz Schleswig-Holstein, Mecklenburg und Brandenburg hilft Fischer beim Ausbau des Lungensportangebots. Zehn Jahre lang bildet er Übungsleiter fort, initiiert zudem eine sogenannte Kinder-Asthma-Schule. Schon die Jüngsten sollen lernen, mit der Krankheit zu leben.

Heute nehmen mehr als 50 Menschen das Lungensport-Angebot des VfL in Anspruch. Sie erlernen Atemtechniken, stärken mittels Therapieband, Hantel & Co. die Muskulatur. Die Nachfrage steige, so Fischer. Asthma sei eindeutig auf dem Vormarsch.

„Nahrungsmittelallergien und Umweltbelastung sind Gründe dafür", so der 73-Jährige. Zudem könnten Atemwegserkrankungen durchaus psychisch beding sein.

Beim VfL Pinneberg hat der Berliner, der für sein ehrenamtliches Engagement 2014 mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet wurde und sich Ehrenbürger Pinnebergs nennen darf, tiefe Spuren hinterlassen. 27 Jahre als Vorsitzender der Fitnesssparte sprechen eine deutliche Sprache. Der Gesundheitsvorsorgetag ist sein „Baby". Seit 18 Jahren organisiert er die Messe, die sich jeweils einem Schwerpunktthema widmet. Von 2000 bis 2012 ermöglichte Fischer zudem jeweils sieben Kindern mit Atemwegserkrankungen einmal im Jahr einen mehrtägigen Segeltörn. Das Projekt musste nur eingestellt werden, weil der Hauptsponsor absprang. Nicht eingestellt werden die Lungensportgruppen. Und der VfL kann dabei voll auf seinen Dauerbrenner setzen. „Klar mache ich weiter", sagt der 73-Jährige, der auch nach mehr als 30 Jahren im Norden mit dem HSV nichts anfangen kann und seiner geliebten Berliner Hertha die Treue hält. Nun ja, Dieter Fischer ist eben ein Mann mit langem Atem. ■

Quelle: Hamburger Abendblatt 02.09.2015

Zum Herzen kommt jetzt die Lunge

ZWEITE SPORTGRUPPE TSG Worms will ab September auch etwas gegen Atemwegserkrankungen tun

von Martina Wirthwein

WORMS - Lungenpatienten leiden vor allem bei körperlicher Belastung unter Atemnot, was häufig zu einer ausgeprägten Schon- und Vermeidungshaltung führt. Als Folge davon tritt dann oft eine strukturelle und funktionelle Veränderung der peripheren Muskulatur auf, welche sich wiederum negativ auf Krankheitsverlauf und Lebensqualität auswirkt. Die Turngemeinde Worms will Betroffenen mit einem neuen Angebot helfen.

Jürgen Frischmann (l.) von der Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. überreicht der TG Worms (v.l.) mit Ursula Karlin (Ressortleiterin Sport), Georg Blockus (Vorsitzender) und Oliver Kramer (TGW-Sportlehrer) für die Gründung einer Lungensportgruppe eine 500,- Euro-Spende. *Foto: pa/Andreas Stumpf*

Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. hilft

Start ist am 3. September um 10.30 Uhr. Die folgenden Übungsstunden finden wöchentlich donnerstags statt von 11.00 bis 12.00 Uhr im TG-Heim. Anmeldung unter Telefon 0 62 41 / 2 57 17 oder per E-Mail an info@tgworms.de. Zuvor wird die TG zu einer Infoveranstaltung einladen. Der Termin wird rechtzeitig bekannt gegeben. Eine Vereinsmitgliedschaft ist nicht erforderlich. Mit einer entsprechenden ärztlichen Verordnung können auch Nichtmitglieder teilnehmen. Als begleitender Arzt fungiert Lungenfacharzt Dr. med. Max Apprich. Bei Bedarf wird zusätzlich eine Kindergruppe installiert.

„Mittels Sport- und Trainingstherapie können sowohl somatische als auch psychische Folgen der Erkrankung gebessert werden", sagt Jürgen Frischmann. Der kommissarische Leiter des Ortsverbandes Worms und stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Patienten Liga Atemwegserkrankungen (DPLA) weiß als Atemwegserkrankter, wovon er spricht. Umso mehr freut er sich über die Gründung der neuen Lungensportgruppe in der Turngemeinde 1846 Worms. Gerne unterstützte der Ortsverband dementsprechend die neue Rehasportgruppe mit einer Anschubfinanzierung in Höhe von 500,- Euro. Die Turngemeinde Worms hat den jüngsten Sporterlebnistag zum Anlass genommen, mit einem Infostand für die neue Lungensportgruppe zu werben, die am 3. September an den Start gehen wird. Er sei froh, dass neben der Herzsportabteilung nun auch eine Abteilung für Lungensport ins Leben gerufen werden konnte, betont TG-Vorsitzender Georg Blockus, der gemeinsam mit Ursula Karlin (Ressort Sport) und dem künftigen Übungsleiter, Diplom-Sportwissenschaftler Oliver Kramer, vor Ort präsent war. Die Atemwegserkrankten werden unter anderem anhand von Übungen lernen, welche Atemtechniken Erleichterung schaffen und wie man mit Atemnotsituationen umgehen soll - vor allem auch, um eine angstfreie Selbstständigkeit der Patienten zu erhalten.

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung, nach der englischsprachigen Bezeichnung „chronic obstructive pulmonary disease" (kurz COPD), gilt mittlerweile als Haupterkrankung der Atemwegserkrankungen. Ebenso ist allergisches Asthma wieder auf dem Vormarsch; hervorgerufen, z.B. durch Pollen. Der Wormser Lungenfacharzt Dr. Max Apprich wird als Ansprechpartner der Lungensportgruppe fungieren. Erneut hatte die Lungenfacharztpraxis das Lungenfunktionsmobil (LuFu-Mobil) nach Worms geholt, um im Rahmen der Sporterlebnistage Lungenfunktionsprüfungen durchführen zu können. Und die Interessenten standen buchstäblich Schlange. „Wir haben bereits fünf Leute ausmachen können, die schwerste Lungenerkrankungen aufweisen", resümiert der Mediziner. Zu diesem Zeitpunkt war das LuFu-Mobil gerade einmal knapp zwei Stunden geöffnet. Merkt man es denn selbst nicht, wenn die Lungenfunktion nachlässt? Beschwerden treten oft sehr spät auf, erklärt Apprich. Hinzu komme die Hemmschwelle, einen Arzt aufzusuchen. Dabei sind gerade diese Routinechecks wichtig. Lebenswichtig. Deutschlandweit sind etwa acht Millionen Menschen von Atemwegserkrankungen betroffen. ■

Wormser Zeitung http://www.wormser-zeitung.de/lokales/worms/nachrichten-worms/zum-herzen-kommt-jetzt-die-lunge_15835789.htm

Aktion: „Wer hat die größte Lunge Lüdenscheids?“

Wettbewerb beim 18. Lungentag im Kulturhaus. Allergie und Asthma im Mittelpunkt

Lüdenscheid. „Von Luft und Liebe allein kann man nicht leben.“ „Die Luft ist rein.“ „Bei dir ist auch die Luft raus.“ „Lass uns Luftschlösser bauen…“ Die Luft – Wortspiele umranken sie. Nur die Luft zum Atmen wird ignoriert – bis man sie nicht mehr ausreichend hat. Bis einem die Luft wegbleibt. Vielleicht aufgrund von Allergien oder Asthma. Und genau diese beiden Themen stehen im Mittelpunkt des 18. Lungentages, der am kommenden Freitag von 9 bis 13 Uhr im Kulturhaus stattfindet. „Wir haben diesmal noch mehr Möglichkeiten, sich selber zu testen“, sagt Prof. Dr. med. Joachim Lorenz (Lungenklinik, Klinikum Lüdenscheid), der gemeinsam mit Lungenfacharzt Dr. med. Hans-Christoph Hartung, Oberarzt Dr. Holger Frenzke (Kinderklinik am Klinikum Lüdenscheid) und Marlene Dudanski von der Deutschen Patientenliga die Neuigkeiten für die schon traditionelle Veranstaltung vorstellte.

Und so können Interessierte am Freitag nicht nur ihr Lungenvolumen testen lassen und am Wettbewerb „Wer hat die größte Lunge Lüdenscheids“ teilnehmen, sondern auch durch die so genannte FeNO-Messung feststellen lassen, ob sie an Asthma leiden oder nicht. Und das vor Ort. FeNO ist die Abkürzung für „Fraktioniertes exhaliertes Stickstoffmonoxis“. In der Ausatmungsluft wird gemessen, ob es in den Bronchien eine Entzündungsaktivität gibt.

„Das ist ja sonst eine Leistung, die einiges kostet“ Dr. Hartung

Es gibt ein allergisches und ein nichtallergisches Asthma. „Die meisten Kinder und Jugendlichen haben ein allergisches Asthma und da macht es Sinn, in vorbeugender Weise auch nach Allergien zu suchen“, sagt Dr. Hartung. Und so wird auch eine Allergie-Analyse durchgeführt. Dazu muss man sich allerdings von etwas Blut (aus der Vene) trennen, damit man den Allergien (in diesem Fall Bäume, Gräser, Hausstaub, Milben) auf die Spur kommen kann. „Das ist ja sonst eine Leistung, die einiges kostet“, ist Dr. Hartung überzeugt, dass viele Interessierte auch deshalb kommen. „Erfahrungsgemäß werden die Lungenfunktionsuntersuchungen bei Kranken gemacht, die vielleicht schon länger nicht mehr beim Arzt waren und jetzt gern wissen möchten, wie es um die Lunge bestellt ist. Aber es kommen

Marlene Dudanski, Dr. Holger Frenzke, Dr. med. Hans-Christoph Hartung und Prof. Dr. med. Joachim Lorenz (v.l.). Foto: sanna

auch viele, die vielleicht Sorge haben, dass etwas nicht stimmt. Beim Arzt sind sie gleich konfrontiert mit dem Zeigefinger, mit Medikamenten und möglicherweise mit weiteren Untersuchungen“, glaubt Professor Lorenz an eine geringere Hemmschwelle, sich beim Lungentag untersuchen zu lassen.

Dass es am Freitag etwas Besonderes zu gewinnen gibt, könnte vielleicht sogar für einen Ansturm sorgen. Wer nämlich beim Lungenfunktionstest „gewinnt“, darf sich über ein Fitnessarmband freuen, das eine Menge kann: Es misst unter anderem die Körpersignale (zum Beispiel den Sauerstoffgehalt im Blut), und kann auch den Schlaf analysieren. Und da Frauen und Männer unterschiedlich große Lungen haben, gibt es den Preis zweimal.

Aufklärung und Hilfe zur Selbsthilfe

Informationen, Beratungen, Tests: Auch beim 18. Lungentag geht es den Verantwortlichen um Aufklärung, um Hilfe zur Selbsthilfe. „Die Themen gehen uns nie aus“, sagt Prof. Dr. med. Lorenz. Immer mehr Menschen leiden an Allergien. „Es gibt viele Menschen, die mit allergischen Symptomen wie Heuschnupfen leben und es ignorieren. Man geht auch davon aus, dass die Hälfte aller Menschen mit Allergien in Deutschland gar nicht richtig diagnostiziert ist. Aber wenn es in gravierende Bereiche hineingeht, dann entsteht ein großer Leidensdruck“, sagt Dr. Holger Frenzke. Doch da eilt eine gute Nachricht dem 18. Lungentag voraus: „Die therapeutischen Möglichkeiten verbessern sich.“ Es gibt zum Beispiel die Möglichkeit der Desensibilisierung. „Das bringt für die meisten Betroffenen einen großen Gewinn an Lebensqualität und kann über viele Jahre die allergologische Karriere

reduzieren", so Dr. Hartung. Und: Je eher man die Erkrankung diagnostiziert und therapiert, desto besser.

Allergien: Bei manchen Menschen ist es eine bestimmte Pollenart, bei anderen ein Nahrungsmittel, wieder andere reagieren auf das Gift einer Wespe allergisch. Über 20 000 unterschiedliche Auslöser von Allergien sind bekannt. Bei einer Allergie reagiert das Immunsystem außergewöhnlich stark auf eine oder mehrere Substanzen – die sogenannten Allergene.

Was man weiß: Umweltverschmutzung macht Allergene aggressiv. „Das ist der eine Punkt. Der andere Punkt ist die Hygiene. Man hat festgestellt, dass in der früheren DDR Allergien wesentlich seltener waren, obwohl die Menschen dort auch verschmutzte Luft hatten. Dort sind die Kinder aber anders aufgewachsen und es gibt sehr interessante Vergleichsuntersuchungen von der Uniklinik München. Man hat gesehen, dass die Entwicklung der Kinder natürlicher war. Im Westen dagegen wurden die Kinder schon in den 70er Jahren vor dem Schmutz ferngehalten. Es gibt eine Schule des Immunsystems", erklärt Prof. Lorenz. Und Dr. Hartung, der in der DDR aufgewachsen ist, ergänzt: „Schon wenige Jahre nach der Einheit ist allerdings die Allergierate bei Kindern rapide angestiegen. Was den Verdacht nahe legt, dass inhalative Umweltfaktoren eine sehr dominante Rolle spielen. Die Leute haben sich sofort neue Autos angeschafft. Die Feinstaubbelastung hat sich als erstes gewandelt und damit sind die Allergien angestiegen." Eine Erkenntnis, die das Leiden aber nicht verringert.

Allergien: Für manche eine Qual

Erdnüsse knabbern, neben einer blühenden Wiese spazieren, die Katze von nebenan streicheln: Die normalsten Dinge können für Allergiker zum Problem werden. Die Folge: eine erhebliche Alltags-Einschränkung, manchmal gar eine Qual. Beim 18. Lungentag sind Lungenärzte, Kinderärzte, Physiotherapeuten als Ansprechpartner vor Ort. Zudem gibt es ab 11 Uhr eine Podiumsdiskussion, an dem die Organisatoren, ein Vertreter einer Krankenkasse und Marlene Dudanksi als Betroffene und Vertreterin der Patientenliga teilnimmt. Um die Organisation, Ablauf und Finanzierung kümmert sich der Verein „Gesunde Lunge Lüdenscheid." Der Eintritt ist frei. ■

Quelle: derbote vom 23. September 2015

ANZEIGE

GTI medicare
Oxygen Technology

HOMECARE

FreeStyle® Focus
Kleiner und leichter als alle herkömmlichen O_2-Konzentratoren

Grenzenlose Mobilität auf kleinstem Raum

Die sensationelle Neuentwicklung im Bereich der mobilen Sauerstoffkonzentratoren!

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

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

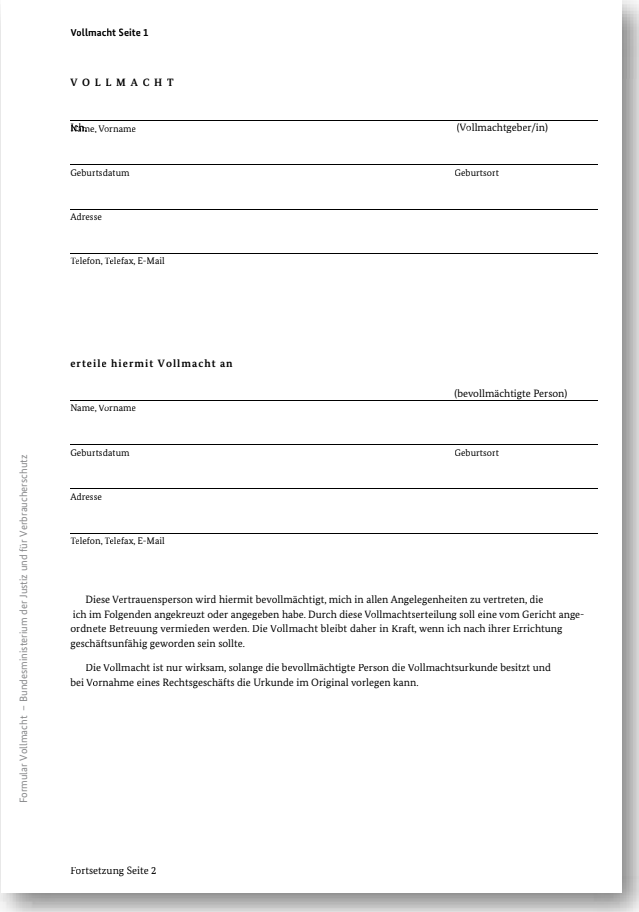
Rechtliche Werkzeugkiste für das Lebensende

Wer bestimmt eigentlich über meine Behandlung, ich oder die Ärzte? – Bericht von Station 7
oder
Kleine Werkzeugkiste für rechtliche Entscheidungen am Lebensende.

von Irene Wittenborg-Schaten

© fotolia.com / Alexander Raths

Ein Angehöriger hatte mich gebeten, die Patientin auf Station 7 zu besuchen. Hier werden Patienten nach Langzeitbeatmung behandelt.
Im Zimmer traf ich auf eine ungefähr 60-jährige Frau, klein, zart, grau, im Bett hinter den medizinischen Geräten und der CPAP-Maske beinahe unsichtbar.
Die Patientin stellte nur eine Frage: Wer bestimmt eigentlich über meine Behandlung, ich oder die Ärzte?
Diese Frage ist wirklich leicht zu beantworten. Natürlich muss eine ärztliche Behandlung für die gesamte Dauer der Behandlung vom Patienten erlaubt sein. Der Arzt entscheidet darüber, ob eine bestimmte Behandlung einem Patienten helfen kann und er sie anbietet. Ein Arzt stellt also die Indikation für eine bestimmte Behandlung.
Der Patient bestimmt, ob er die Behandlung annehmen will.
Stille setzte ein. Die Patientin blickte mich irgendwie ratlos an.
Ich setzte mich auf den Stuhl neben dem Bett. „Möchten Sie mir von den Hintergründen erzählen, warum diese Frage jetzt für Sie so wichtig ist?"
Die Patientin berichtete von ihrer fortgeschrittenen Lungenkrankheit, von ihrer Aussicht auf ihr Weiterleben mit zwei Beatmungsgeräten, von ihrer Unsicherheit, ob sie so ein Leben noch führen wollte.
Von Ärzten und anderen Patienten war mir berichtet worden, wie schwierig die Entwöhnung von der maschinellen Beatmung für die Patienten häufig verläuft. Davon erzählte ich der Patientin und auch, dass es sich lohnt, erst einmal viel Geduld zu haben.
Ich fragte sie, ob sie vielleicht darüber nachdenken wolle, welche Dinge ihr in ihrem Leben wirklich wichtig seien, und, ob die Beatmung alle diese Dinge unmöglich mache. Oder, ob noch so viel Lebensqualität, genau so viel, wie sie persönlich sich das vorstelle, trotz Beatmung erhalten bleiben könne.
Die Antworten auf die Frage nach der Lebensqualität sind so unterschiedlich, wie die Patienten, denen ich begegne. Ein Patient erzählte mir auf die Frage nach dem Wichtigsten in seinem Leben, das Wichtigste für ihn wäre derzeit, dass er gerne noch mit seiner Partnerin zusammen auf dem Balkon sitzen würde und er wünsche sich, sie könnten zusammen sein, zusammen Kaffee trinken, zusammen reden und sich etwas erzählen. Eine andere Patientin erzählte von ihrem Garten und wie sehr sie sich wünsche, einfach noch zu Hause sein zu können, auf ihren Garten zu schauen und die Kinder kämen zu Besuch.
Ich sagte zu Frau P.: "Sie sind jetzt noch in der Lage, selbstbestimmt zu entscheiden. Sie können bei der Behandlung die Richtung vorgeben, selbst für eine Situation, in der Sie selbst nicht mehr entscheiden können.
Ihre persönlichen Erfahrungen und Bedürfnisse, Ihre Werte und Vorlieben bilden den Ausgangspunkt für Ihre medizinische Behandlung. Es ist gut, darüber mit den Angehörigen zu sprechen und diese aufzuschreiben.
In einer Patientenverfügung können sie präzise und genau eine oder mehrere Situationen beschreiben, in der sie auf keinen Fall mehr weitere intensivmedizinische Behandlung wünschen. Sie können auch eine bestimmte Behandlung ablehnen.
So könnten Sie in ein paar Jahren, zum Beispiel bei einer schweren Lungenentzündung, therapeutische Maßnahmen, wie eine Intensivbehandlung ablehnen und nur noch eine palliative (vom latei-



Vollmacht Seite 1

VOLLMACHT

Ich, Name, Vorname (Vollmachtgeber/in)

Geburtsdatum Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

(bevollmächtigte Person)

Name, Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

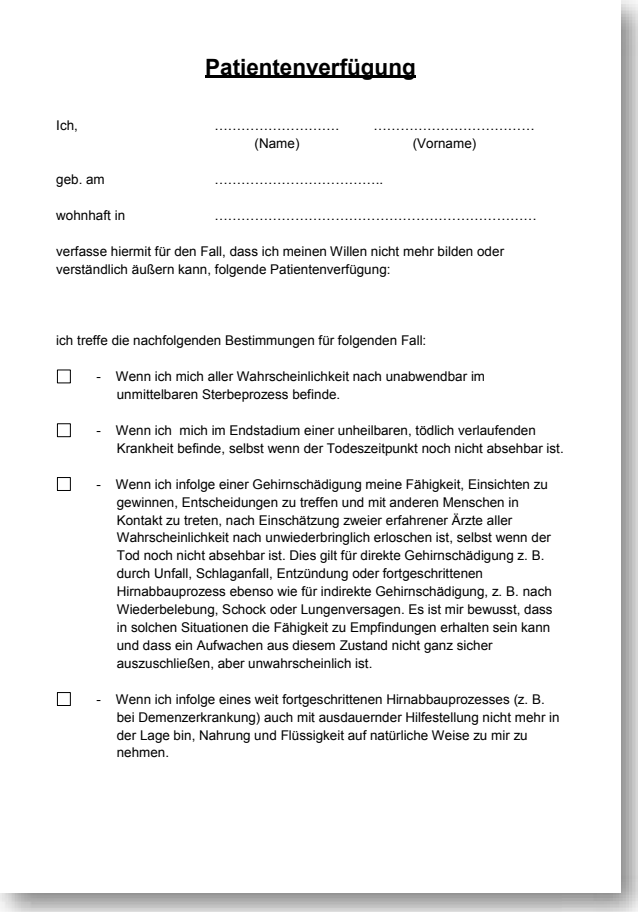
Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Formular Vollmacht – Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

Fortsetzung Seite 2

http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/Anlagen/Vorsorgevollmacht_Formular.pdf?__blob=publicationFile



Patientenverfügung

Ich, ...
(Name) (Vorname)

geb. am .....

wohnhaft in .....

verfasse hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, folgende Patientenverfügung:

ich treffe die nachfolgenden Bestimmungen für folgenden Fall:

☐ - Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.

☐ - Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

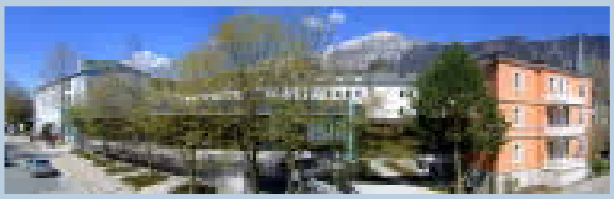
☐ - Wenn ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.

☐ - Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

http://www.mjv.rlp.de/binarywriterservlet?imgUid=17d39f74-a874-8013-3e2d-cf9f9d3490ff&tuBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111

nischen pallium Mantel - die Beschwerden einer Krankheit lindernd, nicht bekämpfend) Behandlung in Anspruch nehmen.
Wichtig ist meiner Erfahrung nach jedenfalls, mit vielen Fragen möglichst viele Informationen über die eigene Krankheit und den Krankheitsverlauf zu bekommen. Man kann den behandelnden Arzt auch fragen, wie der Sterbeprozess voraussichtlich verlaufen wird, wenn man sich in bestimmten - klar definierten - Situationen für eine Behandlungsbegrenzung oder einen Behandlungsabbruch entscheide.
In einer Vorsorgevollmacht kann eine andere Person damit betraut werden, meine Interessen wahrzu-

ANZEIGE



KLINIK BAD REICHENHALL

Zentrum für Rehabilitation Pneumologie und Orthopädie

Eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd

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

Wir setzen seit 60 Jahren Standards in der pneumologischen Rehabilitation

KLINIK BAD REICHENHALL
freier atmen - besser bewegen

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

nehmen, für den Fall, dass ich selbst nicht mehr entscheidungsfähig bin.
Unbedingte Voraussetzung für die Erteilung der Vorsorgevollmacht ist, dass ich der bevollmächtigten Person bedingungslos vertraue. Die technische Seite gewissermaßen, wie man so eine Vorsorgevollmacht schreibt, ist mittlerweile ganz klar und deutlich in unterschiedlichen Anleitungen beschrieben, so zum Beispiel auf den Internet-Seiten des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz.
Die Patientin war müde geworden. Sie bedankte sich für meinen Besuch und sagte, sie wisse jetzt erst einmal wieder, in welche Richtung sie weiterdenken könne.
Patientenverfügung: Festlegung, ob in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder in ärztliche Eingriffe eingewilligt wird oder ob sie untersagt werden, § 1901 a des Bürgerlichen Gesetzbuches.
Erforderlich ist die Schriftform. Bestimmte, präzise Beschreibung und Formulierung der Situation, in der die Verfügung mit welchen Folgen greifen soll, ist unbedingt erforderlich. Die Unterstützung durch einen Arzt ist dringend anzuraten. Eine Patientenverfügung kann im „Zentralen Vorsorgeregister" der Bundesnotarkammer registriert werden. Ein jederzeitiger Widerruf ist möglich. Über die Aufbewahrung und ein Hinweiskärtchen in der Geldbörse auf das Vorhandensein einer Patientenverfügung, sollte man mit den Angehörigen sprechen.
Die Patientenverfügung soll vom Bevollmächtigten des Patienten umgesetzt werden. Diese Person entscheidet, ob die Patientenverfügung zur aktuellen Lebens- und Behandlungssituation passt.
Wenn es um den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bei einem nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten geht, ist ein Einvernehmen zwischen Arzt und bevollmächtigtem Vertreter des Patienten erforderlich, dass der Abbruch dem Willen des Patienten entspricht.
Vorsorgevollmacht: Mit einer Vorsorgevollmacht kann man einer anderen Person die Wahrnehmung einzelner oder aller Angelegenheiten für den Fall übertragen, dass man selbst nicht mehr entscheidungsfähig ist.
Die Vorsorgevollmacht enthält meistens ein Bündel an Vollmachten: so zum Beispiel die Vollmacht zur Vermögensverwaltung oder zur Abgabe von Erklärungen gegenüber Sozialversicherungsträgern.
Die Vollmacht kann auch zu einer Entscheidung über

- ambulante oder stationäre Pflege berechtigen
- oder zur Bestimmung des Aufenthaltsortes.

Eine Vorsorgevollmacht im engeren Sinne bevollmächtigt eine andere Person die

- Einwilligung in Heilbehandlungen und
- Operationen zu erteilen.

Sie berechtigt zur

- Einsichtnahme in Krankenunterlagen.
- Die Einwilligung oder Nichteinwilligung eines Vertreters bzw.
- sein Widerruf einer Einwilligung in eine ärztliche Maßnahme bei Lebensgefahr
- oder der Gefahr des schweren und länger dauernden Schadens

ist nur dann gültig, wenn die Vollmacht diese Entscheidungen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist. Ein Patient darf nur behandelt werden, wenn die Behandlung dem Willen des Patienten entspricht. Sind sich Arzt und der Bevollmächtigte nicht über den Willen des Patienten einig, muss ein Betreuungsgericht eingeschaltet werden. Eine Vorsorgevollmacht kann die Bestellung eines gerichtlichen Betreuers überflüssig machen. Eine konkrete rechtliche Beratung ist jedoch in jedem Einzelfall empfehlenswert. Auch eine Vorsorgevollmacht kann im Vorsorgezentralregister registriert werden.
Betreuungsverfügung: In einer Betreuungsverfügung kann man Wünsche äußern, welche Person im Betreuungsfall gerichtlich bestellter Betreuer werden soll. ■

Die Autorin:
Irene Wittenborg-Schaten,
ass. iur.
Ehrenamtliche Patientenfürsprecherin in der Karl-Hansen-Klinik in Bad Lippspringe. Nebenberuflich tätig mit Beratung, Weiterbildung und Vortragstätigkeit zu rechtlichen Entscheidungen am Lebensende und Advance Care Planning Benhauser Str. 37 A, 33100 Paderborn
www.konsens-alter.de

Mobile Sauerstofftherapie bei COPD-Patienten:

Mehr Mobilität und Lebensqualität mit mobilen Konzentratoren

Sauerstoff ist lebenswichtig. Das gilt besonders auch für COPD-Patienten. Deshalb gehört die Langzeit-Sauerstofftherapie zu den wirksamsten Therapiemöglichkeiten bei schwerer COPD und Sauerstoffmangel. Sie kann bei diesen Patienten nachweisbar das Leben verlängern, die körperliche Belastbarkeit steigern, das Herz entlasten und Atemnot lindern. Immer mehr Patienten nutzen dabei mobile Geräte, die es ermöglichen, trotz COPD ein möglichst normales und erfülltes Leben zu leben: das Haus zu verlassen, zu reisen, Freunde zu treffen, ins Theater, Museum oder zum Arzt zu gehen oder sich sportlich zu betätigen.

Therapietreue hängt auch vom richtigen Gerät ab

Voraussetzung für den Erfolg ist allerdings eine möglichst lange Gabe von Sauerstoff – die COPD-Versorgungsleitlinien fordern mindestens 16 Stunden täglich. Und da liegt das Problem: Obwohl die positiven Auswirkungen der Sauerstoff-Therapie bekannt sind, wenden viele Patienten sie nicht wie verschrieben an. Viele COPD-Patienten besitzen ein mobiles Sauerstoffgerät, setzen es aber nicht täglich ein – weil es zu schwer ist, weil sie die Therapie unbequem finden, vor allem aber, weil es ihnen peinlich ist, mit dem Sauerstoffgerät in der Öffentlichkeit gesehen zu werden.[1] Die Schlussfolgerung: Therapietreue und Therapieerfolg und damit auch Mobilität und Lebensqualität hängen wesentlich von den Eigenschaften des eingesetzten mobilen Sauerstoffgerätes ab.

Mobile Konzentratoren bieten Unabhängigkeit

Mobile Sauerstoffgeräte sind als Flüssiggasgerät oder sogenannte Konzentratoren erhältlich. Flüssigsauerstoff eignet sich v. a. für Patienten mit hohem O_2-Bedarf (Flowrate 4 l/min oder mehr). Einschränkungen ergeben sich aus der begrenzten Reichweite, der Notwendigkeit, regelmäßig nachzutanken, und der Tatsache, dass Flüssigsauerstoff als Gefahrengut z. B. in Flugzeugen verboten ist. Konzentratoren sind dagegen unabhängig von Lieferanten und Nachfüllstationen, weil sie den Stickstoff aus der Umgebungsluft herausfiltern und so nahezu reinen Sauerstoff mit einer Sättigung von bis zu 96% gewinnen. Mobile Konzentratoren sind besonders für den Einsatz unterwegs, auf Reisen, bei Einkäufen oder bei Aktivitäten im Freien geeignet, solange keine hohen Flowraten benötigt werden.

Anforderungen an mobile Konzentratoren

Patienten, die sich für einen mobilen Konzentrator entscheiden, sollten darauf achten, dass ihr Gerät zu ihrem Bedarf und ihren Aktivitäten passt. Die wichtigste Anforderung: ein ausreichendes Sauerstoffangebot bei möglichst geringem Gewicht. Die derzeit höchste verfügbare Sauerstoffleistung bei Geräten unter 2,5 kg Gewicht bietet der neue SimplyGo Mini von Philips Respironics, der bei einem Gewicht von 2,3 kg bis zu 1.000 ml / min Sauerstoff liefert. Weitere Kriterien sind eine einfache Bedienung, eine geringe Geräuschkulisse und eine hohe Zuverlässigkeit. Wichtig für Aktivitäten in der Öffentlichkeit ist auch ein möglichst kleines und unauffälliges Gerät, welches nicht sofort als Medizingerät zu erkennen ist. Mancher findet es hilfreich, wenn sein Gerät nicht nur in der mitgelieferten Tragetasche, sondern wie der SimplyGo Mini auch bequem in einem Rucksack transportiert werden kann. Für Patienten, die noch reisen können, ist ein Gerät mit Flugzeug-Zulassung empfehlenswert, die für den SimplyGo Mini in Kürze erwartet wird.

Von besonderer Bedeutung für die Mobilität sind eine ausreichende Akku-Kapazität und flexible Lademöglichkeiten, damit dem Patienten auf keinen Fall unterwegs der Sauerstoff ausgeht. Der SimplyGo Mini ist daher optional auch mit einem größeren Akku erhältlich, der die Betriebsdauer auf 9 Stunden verdoppelt (Stufe 2).

Fazit:

COPD fesselt Betroffene nicht schicksalhaft an die eigenen vier Wände: Mit dem richtigen Sauerstoffgerät können Patienten mobil bleiben und weiter aktiv am sozialen Leben teilhaben.

---

[1] *Neri, Margherita et al. Long-term oxygen therapy in chronic respiratory failure: A Multicenter Italian Study on Oxygen Therapy Adherence (MISOTA). Respir Med. 2006; 100(5):795-806.*

© 2015 unlimited communications berlin. Alle Rechte vorbehalten.

Für Patienten mit einer chronischen Lungenerkrankung

Zielführende Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist eine Vorausverfügung, in der ein Patient für eine Krankheit, die er nicht kennt, dem Arzt sagt, wie er einmal behandelt werden will oder eben nicht. Sie tritt nur dann in Kraft, wenn er selbst nicht mehr seinen Willen kundgeben kann. Seine Angaben zu seinen Behandlungswünschen müssen dann von seinem Bevollmächtigten und Betreuer durchgesetzt werden. Das Ziel der Patientenverfügung ist, das Lebensende nach seinen Wünschen zu gestalten.

von Dr. med. Birgit Krause-Michel

Wie unterscheidet sich die Patientenverfügung, die ein gesunder Patient bestimmt hat, von einer, nach jahrelangem Leiden an einer chronischen Lungenerkrankung? Im Prinzip ist es die Dauer dieser Erkrankung mit fast obligatorischem Verdrängen, dass sie einmal zum Tode führen wird. Ein Patient, der eine bekannte COPD hat, bagatellisiert das „bisschen" Atemnot unter körperlicher Belastung oder den Husten, der zum morgendlichen Ritual eines Rauchers gehört. Erst wenn die Krankheit fortschreitet und wenn trotz optimaler medikamentöser Einstellung immer noch schwere Atemnot besteht, oder diese sogar zunimmt, ändert sich die Einstellung. Aber auch eine Langzeitsauerstofftherapie (LOT) oder eine nächtliche nicht invasive Beatmung (NIV) zur Entlastung der Atemmuskulatur beunruhigen oft noch nicht wirklich. Die meisten Patienten setzen sich nicht mit dem Gedanken auseinander, wie sie einmal sterben werden. Im Hintergrund steht zwar immer die Angst vor einem qualvollen Ersticken am Ende des Lebens, aber der Gedanke blitzt nur kurz auf und wird dann meist wieder verdrängt. Obwohl immer wieder auftretende Infekte die Krankheit langsam zu einer schweren Belastung für sich selbst und für die Angehörigen machen, wird noch lange nicht daran gedacht, in einer Patientenverfügung festzulegen, wie weit der behandelnde Arzt unter Notfallbedingungen gehen darf.

Grundsätzlich gilt die Patientenverfügung für vier Situationen:

1. den unmittelbaren Sterbeprozess
2. das Endstadium einer unheilbaren Erkrankung, die in nicht absehbarer Zeit zum Tode führen wird,
3. die schwere Gehirnschädigung, sei es durch einen Unfall oder durch einen Schlaganfall und
4. die fortgeschrittene Demenz, bei der der Patient nicht mehr in der Lage ist, selbständig zu essen und zu trinken.

© Iso S / shutterstock.com

Solange der Patient geschäftsfähig ist, kann er im Voraus bestimmen, wie er einmal behandelt werden möchte. Die Patientenverfügung tritt erst in Kraft, wenn er selbst nicht mehr seinen Willen äußern kann. So lange er dem Arzt seinen Willen direkt vermitteln kann, ist sie gegenstandslos.

In der Patientenverfügung kann der Patient für diese 4 Situationen – und nur für diese- lindernde pflegerische Maßnahmen verlangen, unter anderem auch Medikamente zur Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen.

Er ist in der Regel einverstanden, dass durch eine ausreichende medikamentöse Behandlung seiner Symptome eine Verkürzung seiner Lebenszeit eintreten kann. Er stimmt damit einer indirekten Sterbehilfe - oder anders ausgedrückt – einer Begleitung in der Sterbephase durch Linderung seiner Symptome zu.
Er kann eine künstliche Beatmung ablehnen oder auch verlangen, dass eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, d.h. im Sinne eines „Sterben zulassen" - früher als passive Sterbehilfe bekannt. Der Arzt ist nach der neuen Gesetzgebung verpflichtet, den Willen des Patienten zu beachten, sonst besteht die Gefahr, dass er sich einer Körperverletzung schuldig macht.

Hier liegt das Problem einer Patientenverfügung für Patienten mit einer schweren chronischen Lungenerkrankung. Die Ablehnung einer künstlichen Beatmung ist für diese Patienten mit der Schreckensvision verbunden, am Ende des Lebens qualvoll ersticken zu müssen. Aber: eine künstliche Beatmung kann sowohl zu einer Verbesserung der Atemnot führen, als auch zu einer Lebens– oder Leidensverlängerung. Der Patient muss sich irgendwann einmal entscheiden, ob er als Intensiv oder als Palliativpatient behandelt werden möchte.

Die Festlegung auf künstliche Beatmung ist für Patienten ohne gute und verständliche ärztliche Aufklärung nicht möglich. Nur ein Patient, der über seine Krankheit und Prognose so gut informiert ist, dass er Alternativen zu einer Beatmung kennt, kann sich mit den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten auseinandersetzen Entsprechend seiner Selbstbestimmung (Autonomie), seines individuellen Krankheitsverlaufes und seines Alter sollte er sich dann in Ruhe und zusammen mit seinen Angehörigen entscheiden. Die Schlüsselrolle hat hier nach wie vor der Hausarzt. Auf Grund seines Fachwissens und des oft sehr langen Kennens seines Patienten, stellt er die medizinische Indikation zu einer Ausweitung der Therapie oder zu einem Umdenken. Er bespricht mit dem Patienten eine Therapiezieländerung, in der es nicht mehr um Lebensverlängerung um jeden Preis sondern um Lebensqualität geht. Er legt mit ihm zusammen einen neuen Therapieplan fest, in dem dieser einem Sterben in Würde – ohne Angst, Panik und Atemnot zustimmt. Nur der Patient kann bestimmen, wie er am Lebensende behandelt werden möchte.

Ein Patient, der sich mit seiner Krankheit noch wenig auseinandergesetzt hat, oder sich aufgrund seines Alters oder seiner Lebensbiographie in einer Phase befindet, in der er um Lebensverlängerung um jeden Preis kämpft, kann dies in seiner Patientenverfügung eindeutig klarlegen.

Insbesondere kann er Folgendes bestimmen,
A. dass er eine künstliche Beatmung mit allen Konsequenzen wünscht, falls dadurch sein Leben erhalten werden kann, (Maximaltherapie) Der Arzt entscheidet dann, ob es für diese Forderung eine medizinische Indikation gibt. Sollte die Prognose unheilbar sein, wird er keine lebensverlängernde Maßnahmen mehr einleiten.

Ein Patient, der schon einen langen Leidensweg hinter sich hat, wird sich eher für
B. die Ablehnung einer künstlichen Beatmung entscheiden. Er kann sogar verlangen, dass eine schon eingeleitete Beatmung gegen seinen Willen wieder eingestellt wird. Ablehnung bedeutet nicht Verzicht auf optimale medizinische Hilfe. Im Gegenteil - die Behandlung seiner Atemnot steht an erster Stelle. Er kann in seiner Patientenverfügung Medikamente zur Linderung seiner Atemnot verlangen und zwar so ausreichend, dass dadurch eine Bewusstseinsdämpfung oder ungewollte Verkürzung seiner Lebenszeit eintreten kann. Eine der beiden Alternativen, Lebensver-

ANZEIGE

Durchatmen
...auch für Kinder
im Heilklimatischen Kurort Neubulach

Die tiefenreine Luft im prädikatisierten Heilstollen Neubulach wirkt wohltuend und heilend auf die Atemwege und das Bronchialsystem. Bedingt durch die Allergenarmut, das Fehlen der Hausstaubmilbe und anderer belastender Luftschadstoffe, hat die fein gefilterte Luft im Therapiestollen eine entzündungshemmende Wirkung und führt insgesamt zu einer tieferen Atmung.

Erleben Sie die Wirksamkeit der Natur untertage
und atmen Sie tief durch!

Lernen Sie uns kennen – Heilklimatag am 25. April 2015

Anwendungszeitraum
Heilstollenkurbetrieb:
04.05. – 05.07.2015
17.08. – 04.10.2015

Teinachtal-Touristik Neubulach
www.teinachtal.de/heilstollen • Tel. 07053 9695-10

ANZEIGE

© Rocketclips, Inc. / shutterstock.com

längerung mit allen Konsequenzen oder Ablehnung jeder künstlichen Beatmung, werden normalerweise in einer Patientenverfügung festgelegt. Ein Patient mit chronischer Atemnot hat meist schon Erfahrung mit der künstlichen Beatmung.

Deshalb wird er in seiner Patientenverfügung eher konkrete Angaben machen, z.B. dass er bei einer akuten Verschlechterung
C. eine nicht invasive Beatmung wünscht. Auch hier muss er sich über die Konsequenzen klar sein und mit seinem Hausarzt festlegen, wie er weiter behandelt werden möchte, wenn diese Maßnahme nicht zu einer spürbaren Verbesserung seiner Atemnot führt. Nach maximal einem bis drei Tagen werden er oder seine Angehörigen auf der Intensivstation vor die Entscheidung gestellt, einer künstlichen Beatmung zu zustimmen.

Auch hierzu kann er seinen Willen in einer konkreten Patientenverfügung bereits vorab festlegen,
D. wie lange er einer invasiven Beatmung zustimmt. Sollte zum Beispiel nach einem Zeitraum von 3 – 7 Tagen nach Meinung zweier erfahrener Beatmungsspezialisten keine Besserung eintreten, kann er sich entscheiden, ob er dann einem Luftröhrenschnitt zustimmen würde oder nicht.

Der Luftröhrenschnitt erscheint nach diesem Zeitraum unumgänglich. Er erleichtert die Beatmung und die Kommunikation mit den Ärzten und den Angehörigen. Aber - aufgrund der Schwere seiner Erkrankung besteht die Möglichkeit, dass er von der künstlichen Beatmung nicht mehr entwöhnt werden kann und den Rest seines Lebens von einer Beatmungsmaschine abhängig bleibt.

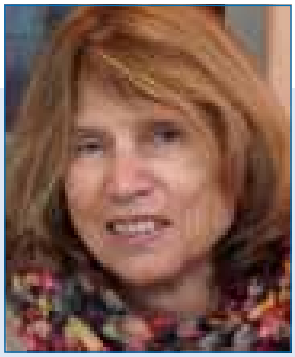
Ein Patient, dessen Leben von einer Maschine abhängt, muss intensiv überwacht werden. Meist wird er in einer Wohngemeinschaft mit einer außerklinischen Intensivbetreuung untergebracht. Denn ein Leben zu Hause erfordert oft einen hohen, zu Hause nicht mehr zu leistenden, pflegerischen Aufwand rund um die Uhr.

Dennoch nichts ist unmöglich. Der Wille des Patienten und seine Lebenseinstellung bestimmen den individuellen Krankheits- und Behandlungsverlauf. Auch eine Entwöhnung von der Beatmungsmaschine, ein Zuwachsen des Luftröhrenschnitts und ein Leben, wie fast vor der akuten Verschlechterung sind möglich. Nur der Patient kann für sich entscheiden, was er bereit ist, zu „erleiden" Die Angehörigen können ihm diese Entscheidung nicht abnehmen.

Zusammenfassend muss sich jeder Patient mit einer chronischen Lungenerkrankung der Frage stellen, wie er in einer Notfallsituation therapiert werden möchte. Zur Symptom-Kontrolle der Atemnot kann eine vorübergehende künstliche Beatmung sinnvoll sein, nur sollten die sich daraus ergebenden Konsequenzen bekannt sein.

Es ist nicht fair, den Angehörigen diese Entscheidung zu überlassen. Die ethischen Konflikte sind damit vorprogrammiert, denn Angehörige, die über diese Situation noch nie gesprochen haben und die Behandlungswünsche und Wertevorstellungen des Patienten nicht kennen, sind auf der Intensivstation überfordert und treffen vielleicht Entscheidungen, die ihr Angehöriger für sich selbst vielleicht nie getroffen hätte.
Egal wie sich der Patient entscheidet, ob er von Anfang an kategorisch eine künstliche Beatmung ablehnt oder ihr für eine begrenzte Zeit zustimmt, er kann sicher sein, dass er nach palliativmedizinischen Gesichtspunkten behandelt wird, Er wird nicht ersticken müssen, sondern kann mit ausreichender medikamentöser Begleitung in Würde gehen dürfen – vielleicht ungewollt etwas früher – aber das ist auch so gewollt und erlaubt. Aber nur, wenn er dies in seiner Patientenverfügung so festgelegt hat. ■

Die Autorin:
Dr. Birgit Krause-Michel
Ärztin für Pneumologie,
Palliativmedizin und
Psychotherapie
Vorsitzende der Ethikberatung Süd-Ost-Bayern
Bad Reichenhall



„Atmen war etwas Selbstverständliches. Darüber habe ich mir nie Gedanken gemacht. Heute ist das anders. Solange ich atme, weiß ich, dass ich lebe.“

Bertold Z., 53 Jahre,
erhielt im Herbst 2012 die Diagnose IPF

ATMEN
UM ZU LEBEN
LUNGENFIBROSE

Hilfestellungen und individuelle Betreuung – das bietet die neue Patienten-Informationskampagne **„Lungenfibrose – Atmen um zu leben“**, die sich besonders an Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose (IPF) richtet.

Informieren Sie sich auf **www.leben-mit-lungenfibrose.de** und profitieren Sie vom kostenlosen **IPF Care** Therapiebegleitprogramm.

IPF CARE

Roche Pharma AG
Respiratory Diseases
79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland

© 2015

Aktion Lauffeuer gegen COPD

- Mit der Aktion Lauffeuer gegen COPD: „Schritte des Lebens – Mehr Bewegung. Mehr Luft. Mehr Lebensqualität" ruft Novartis Pharma bereits zum dritten Mal dazu auf, gemeinsam auf die Bedeutung von körperlicher Bewegung bei COPD hinzuweisen.
- Im Rahmen der Aktion stellt Novartis bis zu 20.000 Euro für Projekte gemeinnütziger Organisationen zur Verfügung.
- Körperliche Bewegung ist neben Rauchstopp und medikamentöser Therapie eine der drei Säulen eines umfassenden COPD-Therapiemanagements.

Nürnberg: Zum 1. September startete Novartis zum dritten Mal in Folge die Aktion Lauffeuer gegen COPD, die dieses Jahr unter dem Titel „Schritte des Lebens – Mehr Bewegung. Mehr Luft. Mehr Lebensqualität" steht. Denn über 60 % der Patienten mit einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) berichten, dass sie trotz ihrer aktuellen Therapie weiter unter Symptomen leiden.Alltägliche Aktivitäten, wie den Einkauf erledigen oder Treppen steigen, können zunehmend nicht mehr bewältigt werden. Um das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen und die zunehmenden Alltagseinschränkungen der Betroffenen zu reduzieren, sollten daher mehrere therapeutische Maßnahmen ineinandergreifen. Neben Rauchstopp und innovativen Therapieoptionen ist es insbesondere körperliche Bewegung, die die Dekonditionierungsspirale der COPD verlangsamen und Patienten wieder zu mehr Luft und mehr Lebensqualität verhelfen kann. Ziel der Lauffeuer-Kampagne ist es daher, COPD-Patienten für die positiven Effekte von regelmäßiger körperlicher Bewegung zu sensibilisieren und zu mehr Bewegung im Alltag zu motivieren. Mit dem Startschuss sind Ärzte, COPD-Patienten und Interessierte dazu aufgerufen, ein Zeichen für mehr Bewegung bei COPD zu setzen und Bewegung häufiger in den Alltag zu integrieren. Jeder einzelne Schritt zählt ab sofort – unabhängig davon, ob gelaufen, gewalkt oder gejoggt wird: Alles ist erlaubt und ein Einstieg jederzeit möglich. So kann jeder Teilnehmer entsprechend seinem individuellen Leistungsvermögen einen persönlichen Beitrag zur Aktion Lauffeuer gegen COPD leisten. Wichtig ist das Mitmachen, Dabeisein und in Bewegung kommen – für ein Mehr an Bewegung, mit jeder Menge Spaß und für einen guten Zweck! Zum Abschluss der Aktion stellt Novartis auch in diesem Jahr gemeinnützigen Organisationen insgesamt 20.000 Euro für einen guten Zweck zur Verfügung.

Ab jetzt zählt jeder Schritt – Mitmachen ist ganz leicht

Die Neuauflage der 2013 erstmals gestarteten Lauffeuer-Kampagne bietet Anlass und Motivation zugleich, die zentrale Bedeutung von Bewegung in der COPD-Therapie verstärkt in den Vordergrund zu rücken. Denn für jeden Schritt fördert Novartis Projekte gemeinnütziger Organisationen und unterstützt dabei u.a. den Patientenkongress „Symposium Lunge", der von COPD-Deutschland e.V. am 12. September 2015 in Hattingen organisiert wurde. Wie? Das ist ganz einfach: Unter www.aktion-lauffeuer.de oder im App-Store können sich Interessierte die Lauffeuer-App gratis auf ihr Smartphone herunterladen. Die App zählt alle gelaufenen Schritte des Nutzers und lädt sie automatisch auf die zentrale Lauffeuer-Website hoch, sofern das Gerät angeschaltet ist. Neu bei der diesjährigen Aktion ist, dass Sie die drei COPD-Patientencharaktere „Irene", die Wanderin, „Peter", den Handwerker, sowie „Michael", im Treppenhaus, virtuell auf dem Weg ins Ziel unterstützen. Bei der Anmeldung in der App können Sie sich für eines der Teams und den jeweiligen Patientencharakter entscheiden und im Folgenden für dieses Team laufen. Den aktuellen Stand der drei Patienten können Sie jederzeit auf der Website mitverfolgen.

Im Sinne einer ganzheitlichen COPD-Behandlungsstrategie: Mit mehr Luft aktiver durch den Tag

Neben Rauchstopp, Pharmakotherapie ist die Lungenrehabilitation durch körperliche Bewegung eine der drei Säulen eines umfassenden COPD-Therapiemanagements. Dass insbesondere COPD-Patienten durch körperliche Aktivität im Rahmen eines ganzheitlichen Therapieansatzes eine Verbesserung ihres Allgemeinzustands erreichen können, ist vielfach wissenschaftlich belegt.

Je nach Erkrankungsstadium eignen sich dafür besonders Ausdauersportarten wie zügiges Spazierengehen, Nordic Walking, Schwimmen und leichtes Jogging, außerdem Lungensport und Atemtraining. So kann Muskulatur aufgebaut und die Leistung des Herz-Kreislauf-Systems verbessert werden. Bereits nach kurzer Trainingsdauer erleben Patienten eine Verbesserung ihrer Belastbarkeit, insbesondere der Atemnot, und sind so zum Weitermachen motiviert – sie bekommen mehr Luft und gewinnen an Lebensqualität. Dementsprechend empfiehlt das GOLD-Positionspapier Bewegung für alle COPD-Patienten.

Über COPD

COPD ist eine progressive, lebensbedrohliche Atemwegserkrankung, von der weltweit rund 210 Millionen Menschen betroffen sind. Die Erkrankung wird in der Regel durch Zigarettenrauch und andere schädliche Dämpfe verursacht, die eine anhaltende Veränderung der Atemwege in der Lunge bewirken und so Atemnot hervorrufen. ■

Erste Ambulanz für Atemnot eröffnet

10. Sep 2015 | Am Klinikum der Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU) hat deutschlandweit die erste Atemnot-Ambulanz für Patienten mit chronischen Erkrankungen eröffnet. Hier werden Patienten im Umgang mit schwerer Atemnot durch ein erfahrenes Expertenteam unterstützt und geschult. Voraussetzung für das Angebot ist eine Teilnahme an der sogenannten BreathEase-Studie.

Ambulanz für Atemnot

Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen wie chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), Lungenfibrose oder Tumorerkrankungen leiden trotz bestmöglicher Behandlung der Grunderkrankung oftmals an chronischer Atemnot. Dadurch kann die Lebensqualität stark beeinträchtigt sein. Allerdings gibt es eine Reihe von Maßnahmen durch deren Kombination die Atemnot erfolgreich therapiert werden kann. Hierzu zählen beispielsweise Selbstmanagement, Atem- oder Entspannungsübungen und bestimmte atmungserleichternde Köperpositionen. In weiter fortgeschrittenen Stadien können zusätzlich Medikamente zum Einsatz kommen. Die Ursache und Therapie der Erkrankung, die die Atemnot verursacht, sollte bereits durch einen Arzt abgeklärt sein. Beraten und behandelt werden die Patienten in der Ambulanz durch ein Expertenteam, das unter anderem aus Palliativmedizinern, Lungenfachärzten oder Physiotherapeuten besteht. Die Einrichtung bietet allerdings keine Dauerbetreuung und keinen Notfallservice. Die Atemnot-Ambulanz wird im Rahmen eines Forschungsprojektes (BreathEase-Studie) untersucht, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wird. Mit den Ergebnissen der Münchner Studie werden erstmals Daten vorliegen, anhand derer die Versorgungsqualität, Wirksamkeit und Kosteneffektivität des neuartigen Angebots einer Atemnotambulanz im Vergleich zur Routineversorgung bewertet werden können. ■

Kontakt: Dr. Michaela Schunk (Studienkoordinatorin)
Tel.: 089/4400-77946, www.atemnotambulanz.de
E-Mail: atemnotambulanz@med.uni-muenchen.de

Quelle: Klinikum der Universität München (LMU): Erste deutsche Atemnot-Ambulanz für Patienten mit chronischen Erkrankungen.

ANZEIGE

OXYCARE GmbH
Sauerstoff • Beatmungstechnik
Fon 04 21-48 99 6-6 Fax 04 21-48 99 6-99
Asthma Bronchitis COPD Migräne
THERAPIEGERÄTE
Schlafapnoe Herzschwäche Wunde
Neuromuskulär Krebs

Alle Therapiegeräte dieser Anzeige sind verordnungsfähig!

Sauerstoffversorgung
– Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

SimplyGo® nur 4,5 kg
Der kleinste mobile O2-Konzentrator mit Dauerflow bis 2 l/min
Mieten möglich!

LifeChoice Activox4L® nur 2 kg
mit interner Akkuleistung bis zu 8,24h, St. 2

Der Inogen One G3® nur 2,2 kg
Akkuleistung von 4h erweiterbar auf 8h, St. 2
Shop-Preis-Aktion Inogen One G3 ab 2.795,00 € solange Vorrat reicht

Inhalation

Sami® 129,50 €
hochwirksamer Side-Stream-Vernebler, dadurch kurze Verneblungszeiten

OxyHaler® Mebran-Vernebler 345,00 €
klein - leicht (88 g) - geräuschlos - mit Akku. Verneblung von NaCl, Nebusal 7%, Antibiotika etc. möglich

Allegro® 78,50 €
mit 3 Düsen für obere, mittlere und untere Atemwege

Salivent® 78,50 €
feucht-warme Meersalz-Inhalation

Schlafapnoe
ab 465,00 € solange Vorrat reicht

Transcend™ CPAP /APAP
- Gewicht nur 426 g
- 4 - 20 mbar
Optional bestellbar: Umfangreiches Zubehör, z.B. Akku, Solar-Aufladestation, Befeuchtung etc.

Atemtherapiegeräte
In großer Auswahl z.B.:
GeloMuc®/ Quake®
PowerBreathe Medic®
Respi-Pro®/RC-Cornet®
GeloMuc: Shop-Preis nur 39,45 €

Taxxos® der Atemtakter 149,50 €
Klein wie eine Streichholzschachtel
Verhindert Hyperventilation und Panikattacken. Zum Erlernen einer langsamen, tiefen Zwerchfellatmung.

Finger-Pulsoxymeter
„Bärchen" für Kinder MD300C52 49,95 €
für Erwachsene z.B. M70 39,95 €

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

Unser Beisitzer, Michael Wilken:

Internationale Angelegenheiten

1) Zunächst möchte ich in Erinnerung rufen, dass die COPD Arbeitsgruppe von EFA (European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Association) im Jahre 2013 eine Studie durchgeführt hat über „Minimale Standards der Versorgung von COPD Patienten in Europa".

2) Am Tag vor dem ERS (European Respiratory Society) – Kongress vom 6. – 10. September 2014 in München hatte ich die Gelegenheit, einige Ergebnisse und unsere Vorschläge für eine verbesserte Versorgung und Rehabilitation von COPD Patienten bei einem Symposion von BIOMAX in München vorzustellen. BIOMAX ist ein Unternehmen, das auf Management und Auswertung großer Datenbestände aus dem medizinischen Bereich spezialisiert ist. Thema war: „Wie lässt sich ein systemischer Ansatz in der Medizin in die Praxis überführen?" – am Beispiel von COPD und Lungenkarzinomen.
   Die wichtigsten Vorschläge aus unserer Studie hatte ich in einer der vorhergehenden Ausgaben der „Luftpost" dargestellt (Frühjahr 2014, S.33/34) und konnte sie dort auf dem Symposion einbringen. Bald wird in „Genome Medicine" eine Zusammenfassung des Symposions erscheinen.

3) Ende letzten Jahres haben wir in der COPD Arbeitsgruppe der EFA eine weitere Studie erarbeitet: „Prävention und andere Maßnahmen für COPD Patienten in Europa harmonisieren!".
   Die zentrale Fragestellung dieser Studie war, wie wir unsere Vorstellungen über eine verbesserte Versorgung und Rehabilitation im politischen Raum durchsetzen können. Es gibt ein weites Spektrum von Gesundheitsversorgungssystemen in Europa, und das liegt im Bereich der nationalen Kompetenz jedes einzelnen Mitgliedslandes der EU.
   Von daher ist es nicht erstaunlich, dass sich gesundheitliche Versorgung und Behandlung von COPD Patienten von Land zu Land sehr unterscheiden. Verwunderlich ist zumal, dass in Ländern wie Italien und Finnland die COPD noch nicht einmal als chronische Erkrankung anerkannt ist. Das ist eine Situation, in der auf dem Patienten starke Belastungen liegen, da er Behandlung und Therapie zumindest teilweise selbst zu bezahlen hat. Aus Patientensicht bleibt festzustellen, dass bei einer umfassenden Behandlung sehr viel mehr Gewicht auf die psychosozialen Aspekte der Krankheit gelegt werden muss, insbesondere was die depressiven Komorbiditäten angeht. Wegen der Zersplitterung der gesundheitspolitischen Landschaft müssen wir leider in jedem Land einzeln ansetzen, wenn wir etwas verbessern wollen.

4) Der Besuch des ERS (European Respiratory Society) -Kongresses in München vom 6. bis 10. September 2014 war für mich ein tief beeindruckendes Erlebnis. Die ERS ist streng genommen keine europäische Gesellschaft mehr, da weniger als ein Drittel der 6.000 Mitglieder dieseer europäischen Fachgesellschaft der Lungenfachärzte aus Europa kommt. Mit 24.000 Besuchern ist er der weltweit größte Pneumologen-Kongress überhaupt. An dieser Stelle irgendwelche Ergebnisse darstellen zu wollen, wäre ein unmögliches Unterfangen.

5) Bei einem Patientenseminar „Non-CF-Bronchiektasen" (Bronchiektasen sind gekennzeichnet durch eine dauerhafte Erweiterung der Atemwege (Bronchien) und einen Teufelskreis aus chronischen Infektionen, Entzündungen und Sekretstau) am 7. März 2015 in der Medizinischen Hochschule Hannover konnte ich unter der Überschrift „Lieber aktiv statt depressiv!" über die Bedeutung von Selbsthilfegruppen berichten und für eine neu gegründete Bronchiektasen-Selbsthilfegruppe werben, die sich seit März dieses Jahres jeden 1. Donnerstag im Monat von 17-19 Uhr in der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) trifft.

6) Über den diesjährigen DGP(Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin)-Kongress vom 18. bis 21. März 2015 in Berlin wurde schon verschiedentlich in einigen Beiträgen berichtet. Ich habe an sämtlichen Pressekonferenzen teilgenommen und viele Referate gehört. Beeindruckend war in einer der Pressekonferenzen eine in Hannover lungentransplantierte junge Leistungssportlerin, die sich jetzt mit ihrer „neuen" Lunge auf die nächsten Paralympischen Spiele vorbereitet.

7) Am 5. und 6. Mai 2015 fand in Zürich das „First European COPD Patient Forum" von Novartis Pharma statt. Hervorragend moderiert diskutierten Patientenvertreter aus 13 europäischen Ländern mit den für Patientenkontakte zuständigen Mitarbeitern, wo und warum COPD Patienten „der Schuh drückt" und was man alles verbessern müsste und da gibt es noch viel.

8) Am 18. und 19.Mai hatte EFA seine jährliche Mitgliederversammlung in Malaga. Neben einer Unzahl von Berichten über laufende und neue Projekte von EFA (www.efanet.org) war auch der Vorstand neu zu wählen. Die neuen Vorstandmitglieder sind:
   - Christine Rolland (Frankreich) als Präsidentin

- Erna Botjes (Niederlande) Vizepräsidentin
- Dan Murphy (Vereinigtes Königreich) Sekretär
- Sharon Cosgrove (Irland) Schatzmeisterin und
- Mikaela Odemyr (Schweden)

Mit dem Ergebnis der Vorstandswahl bin ich sehr zufrieden. Alle gewählten Mitglieder sind mir aus langjähriger und konstruktiver Zusammenarbeit gut bekannt.

9) Am 9. September fand in Frankfurt a. M. ein Workshop von IMI GetReal (Innovative Medicines Initiative) zum Thema „COPD" statt. Es handelt sich hier um ein Projekt im Rahmen eines Public-Privat-Partnership zwischen der EU und privaten Anbietern. Teilnehmer sind 29 Partner von HTA (Health Technology Assessment)-Agenturen, staatlichen Regulierungsbehörden, der Industrie, akademischen Forschern und Patientenorganisationen.
Hauptthema war die Fragestellung: Wie können sogenannte „real-world" Daten jenseits von klinischen Studien zur Klärung von Medikamentenwirkungen und Nebenwirkungen beitragen.

Zu den Diskussionen habe ich mit diesen Argumenten beitragen können:
In vielen Studien wird als Endpunkt das Exazerbationsrisiko untersucht. Dabei wird einfach unterstellt, dass jeder weiß, was eine Exazerbation ist. Niemand aber kann überzeugend definieren, worum es sich genau handelt. Der Unterschied zwischen moderater Exazerbation und einer solchen, die die Hospitalisierung des Patienten zwingend erfordert, wird nirgends schlüssig definiert. Solange das nicht im Konsens geklärt wird, sind alle vorgelegten Ergebnisse mehr oder weniger mit großer Vorsicht zu genießen.

Außerdem: Mit Ausnahme von Roflumilast gibt es keine wirklich „neue" Innovation in der Medikamentenentwicklung für COPD-Patienten in den letzten fünf Jahren. Minimale Variationen des inzwischen „klassischen" Anticholinergikums Tiotropium und leichte Molekülveränderungen verschiedener Beta2-Mimetika werden als Einzelsubstanz oder in Kombination auf den Markt gebracht, ohne dass es oft zu einer deutlichen Verbesserung der Therapie geführt hat. Ich habe mit meiner Meinung als Patient, der auch selber die Interessen von Betroffenen vertritt, nicht hinterm Berg gehalten.

Hinzu kommt: aus etlichen Studien wissen wir, dass eine erhebliche Anzahl von Patienten nicht in der Lage ist, die Devices korrekt anzuwenden (s. auch unser Artikel zur Stellungnahme des DAAB ab S. 5). Solange das nicht kontrolliert wird, sind Daten aus „real-world"-Studien nicht sonderlich vergleichbar zu früheren und damit nicht einzuschätzen. ■

Michael Wilken

ANZEIGE

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	Angelika Stahl-Grundmann	09651 / 918 409
Hessen		
Frankfurt am Main	Irmgard Gaus	069 / 175 08 144
	Ellen Herchen	069 / 523 507
	Ursula Schösser	06102 / 53 416
Marburg	Friedhelm Stadtmüller	06422 / 44 51
	Margit Nahrgang	06424 / 45 73
Schwalmstadt	Frank Sachsenberg	06692 / 86 16
	Klaus Pittich	06698 / 911 933
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	Helga Brach	02842 / 59 20
Rheda-Wiedenbrück	Heinz-Jürgen Belger	05242 / 56 786
Wuppertal	Gabriele Reinhold	0202 / 705 598 13
Rheinland-Pfalz		
Alzey	Beate Wolf	06732 / 73 65
Bernkastel-Wittlich	Inge Follmann	06573 / 574
Bitburg	Hildegard Trost	06561 / 694 490
	Albertine Dunkel-Weires	06564 / 22 72
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	Dr. Helmut Berck	06131 / 921 592
	Bernd Sack	06131 / 86 98 9
Trier	Ursula Eicher	0651 / 44611
Worms	Jürgen Frischmann	0160 / 4628961
Saarland		
Homburg / Saar	Dietmar Hecker	06841 / 162 2919
	Uwe Sersch	06873 / 669 284

Befreundete Selbsthilfegruppen

ANAH Allergie-, Neurodermitis- und Asthmahilfe Hessen e.V.
www.anah-hessen.de

Selbsthilfegruppe Asthma & Allergie Kronberg im Taunus e.V.
www.asthma-und-allergie.de

Lungensportclub der Selbsthilfegruppe „Patientenliga Atemwegserkrankungen Montabaur / Westerwald"
geimon@t-online.de

Selbsthilfegruppe „Atemwegserkrankungen" für Erwachsene und deren Angehörige, AWO Kreisverband Fürth-Stadt e.V.
www.awo-fuerth.de

SHG Asthma- und COPD-Kranke Würzburg
www.asthma-copd-wuerzburg.selbsthilfe-wue.de

Selbsthilfegruppe Asthma Rielasingen und Konstanz
www.shg-asthma.de

Selbsthilfegruppe Rund um die Lunge im Idsteiner Land
Rund-um-die-lunge1@gmx.de

Selbsthilfegruppe COPD-Atemwegserkrankungen Plettenberg
copd-gruppe-plettenberg@t-online.de

+++ KURZ UND KNAPP +++ KURZ UND KNAPP +++ KURZ UND KNAPP +++

Informationsvortrag bei der „Selbsthilfegruppe COPD-Atemwegserkrankungen in Plettenberg

Auf Einladung der Selbsthilfegruppe COPD-Atemwegserkrankungen in Plettenberg, Sauerland, besuchte unser stellvertretender Vorsitzender, Jürgen Frischmann, am 5. August 2015 die Gruppe in Plettenberg und hielt einen informativen Vortrag zu den Themen 1. Angestrebte Umstellung der Sauerstoffversorgung durch die Krankenkassen und Neue Medikamente in der Asthma- und COPD-Therapie. Weiterhin wurden Probleme in den Ortsverbänden der Selbsthilfegruppe gemeinsam besprochen.

Ortsverband Worms unterstützt Gründung einer neuen Lungensportgruppe

Im Namen und Auftrag des Ortsverbandes Worms überreichte Jürgen Frischmann als kommissarischer Leiter des Ortsverbandes am 11.07.2015 einen symbolischen Scheck in Höhe von 500,- Euro an die Turngemeinde (TG) 1846 Worms. Damit unterstützt der DPLA- Ortsverband aktiv die Gründung einer neuen Lungensportgruppe zur Verbesserung der Versorgung mit Lungensport in Worms und Umgebung.

Treffen des Ortsverbandes Linz

Gut besucht war am Samstag, dem 22.08.2015, die Informationsveranstaltung des Ortsverbandes Linz am Rhein im dortigen Franziskus Krankenhaus. Die Schwerpunkte und Angebote der Klinik wurden vom Chefarzt, Herrn Dr. med. Stephan Adam, den Teilnehmern vorgestellt. Anschließend informierte unser stellvertretender Vorsitzender ausführlich zu den Möglichkeiten einer Rehabilitation bei Atemwegserkrankungen. Insbesondere auch zu den Indikationen und der Antragsstellung. Auch am Tag der offenen Tür des Franziskus Krankenhauses stand Jürgen Frischmann allen interessierten Besuchern für vielfältige Auskünfte zu den Möglichkeiten der Selbsthilfe als Patient bei Atemwegserkrankungen Rede und Antwort.

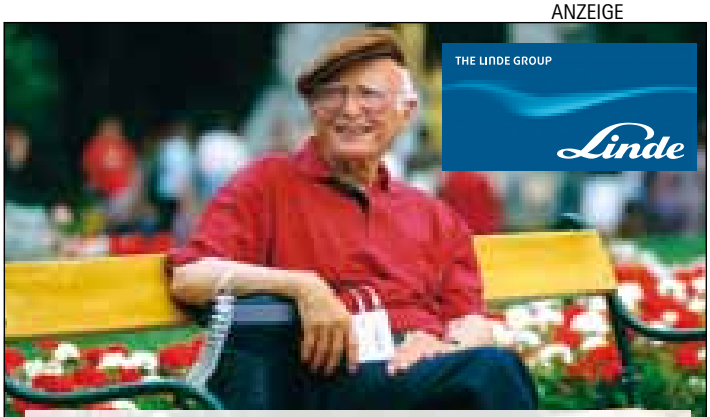
Workshop für Gruppenleiter in Wiesbaden

Am 19.09.2015 fand der erste Workshop für Gruppenleiter der DPLA in Wiesbaden statt. Dr. Michael Köhler begrüßte die Teilnehmer recht herzlich. Die Teilnehmer informierten sich zuerst über die Aufgaben bei der Leitung einer Ortsgruppe und die aktuellen Probleme in den Ortsgruppen. Ein Fazit war, die Selbsthilfe kommt in die Jahre und immer mehr Ortsgruppenleiter/innen kämpfen mit dem Problem einen jüngeren Nachfolger oder aktive Mitglieder, die Verantwortung in der Gruppe übernehmen wollen, zu finden. Vereinbart wurde die Erstellung eines Werbeflyers mit dem Ziel Nachfolger und Helfer zu finden. Ein erster Entwurf eines entsprechenden Flyers wurde erstellt und wurde bereits diskutiert. Bei dem für das Frühjahr 2016 in NRW geplanten Workshop soll er vorgestellt und nochmals diskutiert werden.

Treffen des Ortsverbands Essen

Zur Infoveranstaltung „Rehabilitation bei Atemwegserkrankungen", insbesondere auch zu den Indikationen und der Antragsstellung, begrüßte der stellvertretende Vorsitzende der DPLA am 17. August 2015 die Anwesenden im Konferenzraum der Ruhrlandklinik Essen. Der Vortrag wurde mit großer Aufmerksamkeit verfolgt und im Anschluss viele Fragen gestellt, die ausführlich beantwortet wurden. Die nächste Info-Veranstaltung wird dort im Frühjahr 2016 stattfinden. ■

ANZEIGE



Unterwegs auftanken. Services für Langzeitsauerstoffpatienten.

Bereits seit Ende 2010 ist das Reisen für Langzeitsauerstoffpatienten deutlich einfacher geworden. An über 30 bundesweiten Standorten können sie ihre Sauerstoff-Reisetanks von Linde Gas Therapeutics kostenlos auffüllen. Jede der fünf Regionen „Nord", „West", „Mitte", „Südwest" und „Südost" hat ihren eigenen Ansprechpartner, an den sich die Patienten wenden und bei dem sie sich für die Tankbefüllung anmelden können. Darüber hinaus bietet Linde Gas Therapeutics in Zusammenarbeit mit einem Reisebüro an, Sauerstoffpatienten ihre Reisen inner- und auch außerhalb Deutschlands zu organisieren. Dabei wird die Versorgung mit medizinischem Sauerstoff während der gesamten Zeit gewährleistet, so dass der Patient seine Reise unbeschwert genießen kann.

Da für Linde Gas Therapeutics die zuverlässige und sichere Versorgung seiner Patienten im Vordergrund steht, wird regelmäßig eine Zufriedenheitsbefragung bei Langzeit-sauerstoffpatienten durchgeführt. Im Vergleich zur letzten Umfrage von 2010 konnte in 2011 die allgemeine Zufriedenheit weiter gesteigert werden. Besonders positiv wurden die Fachkompetenz sowie die Freundlichkeit der Fahrer bewertet, die die Patienten regelmäßig mit Sauerstoff beliefern. Zudem wurden die gute Beratung, die kompetente Einweisung in die Geräteanwendung sowie der qualitativ gute Zustand der Geräte hervorgehoben. „Damit wollen wir unseren Beitrag zu einem Stück Lebensqualität unserer Patienten leisten." berichtet Georg Göstl, Leiter Operation Homecare.

Ein Service der Linde Gas Therapeutics GmbH
Linde Healthcare, Mittenheimer Straße 62, 85764 Oberschleißheim
Telefon 089.37000-0, Fax 089.37000-37100, www.linde-healthcare.de

Warum auch Sie Mitglied in der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – der DPLA – werden sollten

Die Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. 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 23. Jahrgang und ab 2015 erstmals mit vier Heften in einem Jahr. 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 ihren 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 40 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

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein:

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
Freistellungsbescheid Finanzamt Mainz-Mitte: StNr. 26/675/0372/9-II/4 vom 28.10.2014
Mainzer Volksbank eG - IBAN: DE37 5519 0000 0001 0320 10 BIC: MVBMDE55

ANZEIGE

Die "Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke" im 23. Jahrgang

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

Herausgeber und Copyright:

VENTUS UG (haftungsbeschränkt)
Dachsstraße 19, 65207 Wiesbaden

Die VENTUS UG (haftungsbeschränkt) ist eine ehrenamtlich geführte Unternehmergesellschaft und seit 2015 als gemeinnützig anerkannt. Freistellungsbescheid Finanzamt Wiesbaden II:
StNr. 43 250 92014-VIII/4 vom 29.06.2015

„Luftpost"-Redaktion
Adnet-Straße 14, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 – 5738327

Das Team:
Dr. med. Michael Köhler, Redaktionsleitung und Druckfreigabe
Dr. med. Judith Düttmann †
Lothar Wern

Bildnachweise:
Titelbild: Lüdenscheider Nachrichten
Alle Bilder von den Autoren,
wenn nicht anders angegeben

Anzeigenvertrieb, Layout und Druck:
SP Medienservice
Reinhold-Sonnek-Str. 12, 51147 Köln
Tel. 02203/980 40 31, Fax 02203/980 40 33
www.sp-medien.de, eMail: info@sp-medien.de

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors wieder. Die Redaktion behält sich vor, eingereichte Artikel zu redigieren. Anzeigen stehen in der Verantwortung des Inserenten. Sie geben daher nicht generell die Meinung des Herausgebers wieder. Die Beiträge der „Luftpost" können das Gespräch mit dem Arzt sowie entsprechende Untersuchungen nicht ersetzen. Die „Luftpost" dient der ergänzenden Information. Literaturnachweise können über Redaktion und Autoren angefordert werden. Die „Luftpost" erscheint viermal jährlich. Die nächste Ausgabe der „Luftpost" erscheint Ende Dezember 2015.

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 (die Ausgabe „Frühjahr" jeweils im März zum Jahreskongress der deutschen Lungenfachärzte, die Ausgabe „Sommer" im Juli, die Ausgabe „Herbst" im September und die Ausgabe Winter Ende November). 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:
Deutsche **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
Adnet-Straße 14, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 - 5738327, info@pat-liga.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

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 patientenorientierte Therapien zu entwickeln. Damit sind wir heute und für die Zukunft im Bereich Atemwege zuverlässiger Partner an der Seite von Ärzten und Patienten.

AstraZeneca

THE LINDE GROUP

Linde

Weil Lebensqualität zählt.

Linde. Der Partner für Sie.

Linde: Living healthcare

Linde Healthcare bietet qualitativ hochwertige und zugleich kostengünstige Therapiekonzepte an. Unser Ziel ist, einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten in der häuslichen Umgebung, im Alltag und sogar auf Reisen zu leisten. Durch geschultes Fachpersonal garantieren wir einen marktführenden Service und umfassende Hilfestellung bei allen Fragen zur Therapiedurchführung.

Linde Gas Therapeutics GmbH
Linde Healthcare, Mittenheimer Straße 62, 85764 Oberschleißheim
Telefon 089.37000-0, Fax 089.37000-37100, www.linde-healthcare.de