

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht

- **Schwerpunkt: Barrierefreiheit**
- **Zweitmeinungsverfahren**
- **E-Zigaretten nicht zur Tabakentwöhnung**
- **Hautkrebs**



Offizielles Organ von:

- Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V - DPLA (ehem.)
- AG Lungensport in Deutschland e.V.
- Sektion Deutscher Lungentag der DAL





Per Wangenabstrich zur schnellen Diagnose des Alpha-1-Antitrypsin-Mangels.

Lass Dich testen!

COPD oder Alpha-1? Der AlphaID® von Grifols gibt Gewissheit.

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

Jeder COPD-Patient sollte getestet werden

Schätzungen gehen von etwa 20.000 Betroffenen in Deutschland aus – viele von ihnen wissen jedoch noch gar nicht, was die Ursache für ihre Beschwerden ist.² Dabei ist eine frühe Diagnose von großer Bedeutung, denn sie ermöglicht eine spezifische Therapie. Daher raten Experten dazu, dass alle Menschen mit COPD einmal im Leben auf Alpha-1 getestet werden.

Einfach testen mit dem AlphaID® von Grifols

Ob ein AATM oder doch eine „gewöhnliche“ COPD vorliegt, lässt sich mit unserem Testkit einfach feststellen. Der kostenlose **AlphaID®** von Grifols hilft hierbei per Wangenabstrich einen AATM zu diagnostizieren und ist vom Arzt einfach und schnell anzuwenden. Bei einem begründeten Verdacht auf AATM empfiehlt es sich über einen erfahrenen Lungenspezialisten weitere Behandlungsschritte einzuleiten.

Aufklären und unterstützen: Die Initiative PROAlpha

Damit Menschen früher getestet werden und um die Versorgung von Betroffenen zu verbessern, haben wir von Grifols

die Initiative PROAlpha ins Leben gerufen. Wir unterstützen die Aufklärung der Allgemeinheit sowie von Ärzten rund um das Thema Alpha-1. So bieten wir unter anderem verschiedene Informationsmaterialien sowie die Möglichkeit eines schnellen Online-Selbsttests an. Denn ein relativ niedriger Bekanntheitsgrad der Erkrankung ist eine Mitursache dafür, dass zahlreiche Betroffene bislang nicht richtig diagnostiziert wurden: Weitere Informationen finden Sie unter www.pro-alpha.de

Was ist der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel?

Beim Alpha-1-Antitrypsinmangel handelt es sich um eine Erbkrankheit.³ Der Körper produziert aufgrund eines Gendefekts zu wenig oder gar kein Alpha-1-Antitrypsin. Dieses Eiweiß ist jedoch wichtig für den Schutz des Lungengewebes. Durch den Mangel bekommen die Betroffenen unbehandelt zunehmend schlechter Luft.⁴



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

DE-UBD-2100003

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

wieder liegt eine neue „Luftpost“, Ihre Zeitschrift zu Atemwegserkrankungen vor Ihnen. Auch diesmal mit einer Vielzahl interessanter und lesenswerter Informationen, diese reichen über die Schwerpunkte Barrierefreiheit, das Zweitmeinungsverfahren, den Medikationsplan bis zur Risikobewertung neuer tabak- und nikotinfreisetzender Systeme. Wir haben aber auch den endlich in Deutschland anzugehenden Hitzeschutz aufgenommen. Dabei gilt es, Gefahren vor allem für ältere, behinderte und kranke Menschen in den Griff zu bekommen. Als Folge des Klimawandels treten immer öfter bei uns auch Erkrankungen durch bisher nicht in Deutschland heimische Mücken auf. Leider ist eine häufige Begleiterkrankung der COPD auch eine Depression. Hierzu finden Sie ebenfalls lesenswerte Artikel. Dass die Irisfarbe ein wenig beachteter Risikofaktor ist, berichten führende deutsche Augenärzte. Mit einer Datenbasis von fast 9 Millionen Patienten wurde das vollständig überarbeitete „Weißbuch Lunge“ 2023 nach fast 9 Jahren auf dem Kongress der Deutschen Lungenärzte vorgestellt. Hier finden Sie aktuelle Zahlen und Fakten zu den Lungenerkrankungen in Deutschland kompetent und verständlich dargestellt. Sommerbedingt besteht jetzt leider auch die Gefahr eines Sonnenbrandes. Eine mögliche Auswirkung ist Hautkrebs. Auch hierzu mehr in dieser Ausgabe. Die interessante Zentralveranstaltung des „Deutschen Lungentages“ 2023 findet am 30. September in der Charité in Berlin statt. Wie immer ist der Eintritt frei.

Wir hoffen, dass Sie mit der Lektüre dieser „Luftpost“ wieder hilfreiche Tipps, Informationen und Kenntnisse erhalten.

Eine Sie vielleicht interessierende Entscheidung traf jetzt das Oberlandesgericht (OLG) Frankfurt am Main (AZ.: 6 U 4/23). Schließen sich zwei Ärzte in einer gemeinsamen Praxis zusammen, dürfen Sie diese offiziell als „Zentrum“ bezeichnen. Seit 2015 sei eine fachübergreifende Kooperation für ein „Zentrum“ nicht mehr nötig. Diese Bezeichnung ist daher nicht irreführend. Das Urteil ist nicht anfechtbar.



Zur Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA: Leider fand sich auf der letzten Mitgliederversammlung niemand mehr für ein Vorstandsamte bereit. Mit mehr als 90-prozentiger Zustimmung wurde daher die Auflösung unseres Vereins nach mehr als 35 Jahren beschlossen. Mit der Veröffentlichung dieses Beschlusses im rheinland-pfälzischen Staatsanzeiger am 30. Mai 2023 ist unser Verein nun aufgelöst. Damit beginnt eine gesetzliche einjährige Frist, in der mögliche Gläubiger eventuelle finanzielle Ansprüche beim Unterzeichner anmelden können.

Seit über sechzehn Monaten tobt nun schon der russische Angriffskrieg gegen die Ukraine. Schon 1920 schrieb Joseph Roth (1894 -1939), der weltberühmte Autor der Romane „Hiob“ und „Radetzkymarsch“: „Die ukrainische Volkskunst ist eine ganz eigene, mit stark ausgeprägten nationalen Kennzeichen, und hat weder mit der russischen noch mit der polnischen oder tatarischen etwas gemein.“ Wir erinnern heute an die mit 37 Jahren bei einem russischen Raketenangriff am 27. Juni auf Kramatorsk, einer Stadt im Osten der Ukraine, so groß wie Leverkusen, Darmstadt oder Heidelberg, schwer verletzte und am 1. Juli ihren Verletzungen erlegene Wiktorija Amelina. Nach ihren zwei Romanen und ihrem Kinderbuch dokumentierte sie jetzt Kriegsverbrechen. Wir hoffen, dass ihre Werke bald auch auf Deutsch erscheinen werden.

Mit luftigen Grüßen

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

GRIFOLS

¹ Biedermann A. und Köhnlein T. Alpha-1-Antitrypsin-Mangel – eine versteckte Ursache der COPD. Dtsch Arztebl 2006; 103(26): A1828–32.
² Blanco I et al. Alpha-1 antitrypsin Pi*Z gene frequency and Pi*ZZ genotype numbers worldwide: an update. Int J COPD 2017; 12: 561–9.
³ Schroth S et al. Alpha-1-Antitrypsin-Mangel: Diagnose und Therapie der pulmonalen Erkrankung. Pneumologie 2009; 63: 335–45.
⁴ Bals R, Köhnlein T (Hrsg.). Alpha-1-Antitrypsin-Mangel: Pathophysiologie, Diagnose und Therapie 2010. Thieme; 1. Aufl.

Inhalt

Aktuelles

- 5 E-Zigaretten eignen sich nicht zur Tabakentwöhnung
- 6 Vom Dampfen und Rauchen: Risikobewertung neuer tabak- und nikotinfreisetzender Systeme
- 10 Mücken und Klimawandel – eine krankheitsbringende Kombination
- 13 Orientierung im Gesetzes-Dschungel
- 14 Medikationsplan: Wie hilfreich ist er?
- 16 Das neue Weißbuch Lunge
- 18 Zweitmeinungsverfahren bei planbaren Eingriffen
- 22 Libidoverlust bei allergischer Rhinitis und Asthma
- 23 Irisfarbe – ein wenig beachteter Risikofaktor

Zu Ihrer Information

- 26 Hautkrebs – Kann ich mich schützen?
- 29 Mukoviszidose – Was Großeltern darüber wissen sollten
- 34 Barrierearme Praxis – Woran Sie eine Praxis mit wenigen Barrieren erkennen
- 37 Endlich Barrierefreiheit in Arztpraxen!
- 38 Verkehrsclub testet Barrierefreiheit von Bus und Bahn
- 40 Hitzeschutz in Deutschland
- 42 Depression – Mehr als nur traurig
- 44 Depression – Eine Information für Angehörige und Freunde
- 46 Bei geringem Einkommen mehr Zuschuss zu Zahnersatz



Selbsthilfe

- 47 Jetzt über 50 Infolyer der Deutschen Atemwegsliga e.V.
- 48 Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. (ehem.)
- 49 Befreundete Selbsthilfegruppen
- 51 Die Medien der Deutschen Lungenstiftung

Rubrik

- 50 Impressum

Anzeige

E-Zigaretten eignen sich nicht zur Tabakentwöhnung

Besonders Jugendliche müssen besser aufgeklärt werden



Immer mehr Jugendliche rauchen. Unter den 14- bis 17-Jährigen hat sich der Anteil von Tabakrauchern zuletzt fast verdoppelt: von 8,7 Prozent 2021 auf 15,9 Prozent im Jahr 2022. Noch deutlicher wird dieser Trend beim Konsum von E-Zigaretten – deren Nutzung hat sich unter den 14- bis 17-Jährigen im gleichen Zeitraum verfünffacht. „Dies sollte uns Warnung genug sein, um endlich gegenzusteuern“, mahnt Professor Wolfram Windisch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) zum Weltnichtrauchertag am 31. Mai. „Deswegen brauchen wir das Verbot von Tabak-Aromen und mehr Geld für funktionierende Programme zur Tabakentwöhnung“, so der Chefarzt der Lungenklinik an den Kliniken der Stadt Köln. „Wir müssen Jugendliche zudem besser über die langfristigen Gefahren des Rauchens aufklären.“

Auch zur Rolle der E-Zigarette bei der Raucherentwöhnung hat der Lungenarzt eine klare Meinung: „Elektronische Zigaretten eignen sich nicht zur Tabakentwöhnung. Das Rückfall- und Gesundheitsrisiko ist zu groß: Wer entzündungsfördernde, toxische Substanzen sowie Aromen durch die E-Zigarette inhaliert, riskiert eine wiederholte Schädigung der Atemwege, besonders an den Bronchien und am Lungengewebe.“ Wer den Rauchstopp alleine nicht schaffen sollte, sollte wissenschaftlich

geprüfte Behandlungen in Anspruch nehmen. Dazu gehören die Beratung und Begleitung durch medizinische Fachleute und eine Therapie mit Nikotinersatzpräparaten oder suchthemmenden Medikamenten. „Vor allem ausstiegswillige Raucherinnen und Raucher mit dauerhaft verengten Atemwegen bei der häufigsten Folge längeren Rauchens der COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung), mit Asthma bronchiale oder anderen chronischen Lungenerkrankungen sollten nicht auf E-Zigaretten umsteigen“, erklärt Windisch, Professor für Pneumologie an der Universität Witten/Herdecke.

Quelle:
nach Pressemeldung der DGP vom 30. Mai 2023



Professor Wolfram Windisch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) / privat

Vom Dampfen und Rauchen:

Risikobewertung neuer tabak- und nikotinfreisetzender Systeme

von Dr. I. Hohenadel und Prof. Dr. E. Siegel



90% aller Nutzer von E-Zigaretten rauchen zusätzlich parallel Tabakzigaretten, wegen der süßlich aromatisierten Liquids und Werbung als Lifestyle Produkt nutzen jugendliche Nie-Raucher zunehmend diese neuen Produkte.

Auch wenn **E-Zigaretten** z. T. möglicherweise geringere Schadstoffe enthalten, so war doch keine E-Zigarette frei von potenziell giftigen und krebserregenden Substanzen. Zudem bestehen Hinweise, dass E-Zigaretten neue giftige Substanzen enthalten, 2019 führten sie zu von E-Zigaretten verursachten Lungenschädigungen (EVALI) in den USA mit 68 Todesfällen. Im Dampf von **Tabakerhitzern** fanden sich eine um 295% erhöhte Menge an krebserzeugendem Acenaphten im Vergleich zu Tabakzigaretten. Der Gebrauch von nikotinhaltigen E-Zigaretten und Tabakerhitzern konnte tabakbedingte Krankheiten nicht vermindern.

Shisha-Gebrauch führt zu einem ähnlichen Nikotin-Suchtpotenzial, bei einer erheblich höheren Schadstoff- und Kohlenmonoxydbelastung des Nutzers.

Shiasso-Dampfsteine haben bei gleicher Kohlenmonoxyd-Vergiftungsgefahr ein deutliches geringeres Gesundheitsrisiko als Shishas. Der Konsum von E-Ziga-

retten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen führte zu einem 5-fach erhöhten Risiko, an COVID-19 zu erkranken, in Kombination mit Tabakzigaretten sogar zu einem 7-fach erhöhten Risiko. Die neuen tabak- oder nikotinfreisetzenden Substanzen sind weder gesundheitlich unbedenklich, noch geeignet zur Raucherentwöhnung.

Einleitung

In Deutschland sterben jährlich 127.000 Menschen an den Folgen des Zigarettenrauchens, daher ist der Wunsch nach gesundheitlich unbedenklichen Alternativen groß. Während sich der Tabakzigaretten-Konsum deutschlandweit innerhalb von 18 Jahren fast halbiert hat, steigt der Verkauf von E-Zigaretten sprunghaft an. Im Januar 2018 wollte der Tabakkonzern Philip Morris in Großbritannien aus gesundheitlichen Bedenken keine Tabakzigaretten mehr verkaufen und verwies stattdessen auf seinen "unbedenklichen", neuen Tabakerhitzer: **IQOS** ("i quit ordinary smoking"). Seit Dezember 2018 ist in Deutschland eine neuartige E-Zigarette **Juul** zugelassen, die in den USA seit 2015 zu einer rasanten Nutzung unter Schülern führt. Aufgrund der aktuellen Datenlage soll das Risikoprofil von E-Zigaretten, Tabakerhitzern, Shishas (Wasserpfeifen) und Shiasso (Dampfsteinen) im Vergleich zu Tabakzigaretten erfasst werden. Vor diesem Hintergrund soll dargelegt werden, ob die neuen Sub-

stanzen zur Raucherentwöhnung geeignet und weniger schadstoffbelastet sind.

E-Zigaretten

Prinzip

Bei E-Zigaretten wird eine Flüssigkeit (Liquid) durch eine kleine Heizspirale erhitzt und der entstehende Dampf mit Luft gemischt inhaliert. Sie enthalten keinen Tabak oder Teer, aber *Propphylenglykol*, *Aromen* und *meistens Nikotin*.

Fazit

Die nikotinhaltige E-Zigarette „*Juul*“ verwendeten 2019 in den US-High-Schools 25% der Zwölftklässler und 20% der Zehntklässler. Die Ursache für die Attraktivität von Juul bei Jugendlichen ist auf die süßlichen Fruchtaromen zurückzuführen, die den rauchig-bitteren Tabakgeschmack überlagern und jugendliche Nie-Raucher als neue Zielgruppe erreichen. Mit 50 mg/ml (USA) Nikotingehalt (in Deutschland 20 mg/ml; damit höchste hier zugelassene Konzentration) führt die E-Zigarette Juul schnell zu einer *Nikotinabhängigkeit*. 90% aller E-Zigarettennutzer verwenden statt eines Rauchstopps gleichzeitig Tabakzigaretten, nur 7-10% aller E-Zigarettennutzer schaffen eine dauerhafte Nikotinabstinenz, so dass *E-Zigaretten als Raucherentwöhnungsmethode nicht geeignet* sind. Als schädliche Inhaltsstoffe wurden *Cadmium*, *Nickel* und *Blei* in gleicher Menge im Dampf von E-Zigaretten wie im Vergleich zu Tabakzigaretten gefunden. *Formaldehyd* und *Acetaldehyd* wurden fast in allen getesteten E-Zigaretten nachgewiesen, hohe Mengen dieser Substanzen auch in nikotinfreien Zigaretten, mit deutlich höherer Mehraufnahme durch die höhere Temperatur. In einer Untersuchung lag der Formaldehydgehalt von E-Zigaretten mit hoher Temperatur/elektrischer Spannung 5-mal höher als bei Tabakzigaretten. Tabakspezifische *Nitrosamine* wurden in unterschiedlichen Mengen bei fast allen getesteten E-Zigaretten entdeckt, *Benzene* in geringerer Dosis. Höhere Mengen an *Diacetyl* zeigten sich in süßlich aromatisierten Liquids mit der Gefahr der Bildung einer speziellen Form einer Lungenentzündung (pop-corn lung). 2019/2020 litten 2.807 Patienten an den von E-Zigaretten verursachten Lungenschädigungen in den USA (einschließlich 68 Todesfällen), welche durch *Vitamin-E-Acetat* im Dampf der E-Zigaretten verursacht wurden.

Deutsche Liquids enthalten keine Vitaminöle, um so zu verhindern als „gesund“ beworben werden zu können. Eine Studie mit gesunden Probanden und Asthma- und COPD-Patienten zeigte 10 Minuten nach E-Zigaretten-Gebrauch eine nachweisbare Bronchialobstruktion, vergleichbar den Nichtrauchern. Eine „Passivrauch Real Life“-Studie zeigte,

dass Nichtraucher bei Exposition gegenüber E-Zigarettenrauch ebensoviel Nikotin inhalierten wie beim Passivrauchen von Tabakzigaretten. Auch wenn E-Zigaretten z. T. möglicherweise geringere Schadstoffmengen enthalten, so war doch keine E-Zigarette frei von potenziell giftigen Substanzen. In den meisten aromatisierten Liquids waren größere Mengen an Diacetyl, d.h. die Körperzellen schädigende sowie DNA-Strang-Brüche verursachende Substanzen nachweisbar. Zudem bestehen Hinweise, dass E-Zigaretten zusätzlich giftige Substanzen enthalten. Ein Großteil ihrer Giftigkeit ist auf die beigefügten Geschmacksstoffe zurückzuführen. Somit können E-Zigaretten tabakbedingte Krankheiten nicht vermindern. Tabak- und Nikotinkonsum ist bei Jugendlichen ein Risikofaktor für ein Experimentieren mit Cannabis. Bei Konsum von einem Tabak/Nikotinprodukt experimentierten innerhalb eines Jahres 24% der 15- und 16-Jährigen mit Cannabis. Bei Anwendung von zwei oder mehr verschiedenen Tabak/Nikotinprodukten probierten 44% der Jugendlichen Cannabis.

Tabakerhitzer (IQOS, GLO, Ploon, Tech, Revo etc.)

Prinzip

Die schon 1980 entwickelten, aber erst seit 2014 eingeführten Tabakerhitzer bestehen aus einem Verdampfer und einem elektrischen Ladekabel. Dabei werden komprimierte Tabakstäbchen durch eine Heizspirale auf Knopfdruck erhitzt und das entstehende Gas inhaliert. Wie eine E-Zigarette dampfen sie mit 350 statt mit 600 Grad Celsius, enthalten aber wie eine übliche Zigarette Tabak und damit den gewünschten Tabakgeschmack.

Fazit

Hiermit birgt ein vergleichbarer Nikotin- und Tabakgehalt ein ähnliches Suchtpotenzial wie beim Rauchen von Zigaretten. Daher sind Tabakerhitzer ungeeignet zur Raucherentwöhnung. Sie werden als Lifestyle-Produkte bei Jugendlichen beworben. So werden jugendliche Nie-Raucher als neue Kunden gewonnen. Der Verdampfer wirkt mit seiner optischen Ähnlichkeit zu einem I-Phone ansprechend für Jugendliche. Auch bei Tabakerhitzern entstehen, wie auch beim Verbrennen von Tabak, krebserregende Stoffe. Nach einem Untersucher fanden sich im Rauch von IQOS folgende Anteile krebserregender Substanzen im Vergleich zu einer Tabakzigarette: *Acetaldehyd* 22%, *Formaldehyd* 74%, aber *Acenaphten* um 295%. Beim Vergleich der inhalierten Schadstoffe im Rauch von Tabakzigaretten mit der Inhalation aus Tabakerhitzern waren in den Tabakerhitzern weniger, dafür allerdings andere, nicht weniger bedenkliche *Alkadiene* und *aromatische Kohlenwasserstoffe* nachweisbar. Die Mengen an *Terpenen* und *Aldehyden* waren vergleichbar hoch wie in Tabakzigaretten.



Foto: AdobeStock / Oksii Mykonjuk

Shisha

Prinzip

Der Tabak wird durch glühende Kohlen im Kopf der Shisha-Pfeife erhitzt. Wird am Schlauch der Wasserpfeife gesogen, entsteht ein Unterdruck in der mit Wasser gefüllten Shisha. Dadurch wird Luft durch den Tabak in die Rauchsäule gezogen, der entstehende Rauch durch das Wasser gezogen und inhaliert.

Fazit

Durch den im Vergleich kühleren Rauch und die hinzugefügten Menthol und Fruchtaromen ist eine tiefere Inhalation von Schwermetallen, Nikotin und Kohlenmonoxyd leichter möglich. Im Vergleich der giftiger Substanzen im Rauch einer Shisha zu dem einer Zigarette war der Gehalt an Nikotin um 20 %, an Kohlenmonoxyd sogar das 8-fache und an krebserregendem Formaldehyd um das 6- bis sogar 31-fache und an PAH (polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen) um das 3- bis 245-fache(!) erhöht, je nach Art der PAH. Andere Studien beschreiben einen fast 4-fach erhöhten Kohlenmonoxyd-Gehalt 45 Minuten nach Shisha-Gebrauch im Vergleich zu einer Tabakzigarette. Der erhöhte Kohlenmonoxyd-Gehalt durch unvollständiges Verbrennen der Kohle birgt die Gefahr einer Kohlenmonoxyd-Vergiftung für Konsumenten und Passivraucher! Das Krebsrisiko ist erhöht für Krebs für Lippen, Harnblasen- und sogar verdoppelt für Lungenkrebs durch die tiefere Inhalation von Chrom, Nickel und Blei. Der Shisha-Gebrauch ist deutlich ansteigend.

14% aller Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren rauchen regelmäßig Shisha, fast ein Drittel aller hat schon einmal Shisha geraucht. Nutzer von Shisha bezeichnen sich nicht als Raucher und verkennen die Gefahren, nur jeder Dritte glaubt an eine schädigende Wirkung. Es besteht sogar ein direkter Zusammenhang zwischen anfänglichem Shisha-Rauchen und dem späteren Umstieg auf Tabakzigaretten.

Shizzo

Prinzip

Aromatisierte Mineralsteine in der Shisha werden anstatt von Shisha Tabak durch Kohle erhitzt und der aromatisierte Dampf dann inhaliert.

Fazit

Die Dampfsteine sind durch fehlenden Tabak, Teer und Nikotin weniger schadstoffbelastend als eine herkömmliche Shisha. Die verwendeten Aromafuide wurden jedoch weder untersucht noch konkret angegeben. Das Feuchthaltemittel Glycerin führt zur Bildung von krebserregendem und reizendem Acrolein. Es besteht das gleiche Risiko einer Kohlenmonoxydvergiftung wie bei einer Shisha.

Zusammenhang mit COVID-19

Das erhöhte Risiko von Rauchern, an COVID-19 zu erkranken, ist Angiotensin Converting Enzym 2 (ACE2) vermittelt. Dabei ist der ACE2-Rezeptor und zugleich "Andockstelle" für das Corona-Virus, er spielt aber auch



Foto: AdobeStock / Perilov

eine Rolle bei der Blutdruckregulation. Bei Rauchern findet sich (als Zugangsweg für SARS-CoV-2) signifikant mehr ACE2 auf der Oberfläche der Bronchialepithelien im Vergleich zu Ex- oder Nie-Rauchern. Rauchbedingte Erkrankungen wie eine *koronare Herzerkrankung* (KHK) stellen zudem ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf einer SARS-CoV-2-Infektion dar. So konnte bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 13 – 24 Jahren, die ehemals E-Zigaretten verwendeten, ein 5-fach erhöhtes Erkrankungsrisiko nachgewiesen werden. In dieser Altersgruppe war das Infektionsrisiko sogar 7-fach erhöht, wenn sie früher E-Zigaretten und zusätzlich Tabakzigaretten konsumiert hatten. Neben der vermehrten ACE-Bildung werden eine Schädigung der Flimmerhärchen der großen Atemwege mit reduzierter Reinigungsfunktion, eine verminderte Immunität durch weniger effektive natürliche Killerzellen (Makrophagen) und Neutrophile bedingt durch die hinzugesetzten Geschmacksstoffe, diskutiert.

Probleme

Ein Großteil aller Studien wurde und wird durch die Tabakindustrie finanziert mit der Folge des Herunterspiels gesundheitlicher Risiken. Die Wertung von Tabakzigaretten im Vergleich zu E-Zigaretten/Tabakerhitzern berücksichtigt oft nicht die unterschiedliche Zusammensetzung an Einzelstoffen und ihrer Konzentration. Die Vielzahl der unterschiedlichen Inhaltsstoffe der Liquids, einschließlich der über 6.000 verschiedenen Aromen erschwert einen Vergleich von E-Zigaretten mit

Tabakzigaretten. Zudem ist es nicht ausreichend, nur die möglichen Risiken der Einzelsubstanzen, sondern auch mögliche Interaktionen mit einzubeziehen. Das Alter und der Hygienestatus von Erhitzern und anderen Devices werden nicht berücksichtigt. Bei der Bewertung einer möglichen Raucherentwöhnung wird übersehen, dass 90% aller E-Zigarettennutzer auch Tabakzigaretten verwenden. Diese Risikopotenzierung ist kaum untersucht; insbesondere fehlen Langzeitstudien.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von "Atemwegs- und Lungenkrankheiten", 2022;48:105-110

Autoren:

Dr. med. Iris Hohenadel

Oberärztin Innere Medizin, Pneumologie und Allergologie



Prof. Dr. med. Erhard Siegel

Ärztlicher Direktor; Chefarzt Gastroenterologie, Diabetologie, Endokrinologie & Ernährungsmedizin



Sankt-Josefs-Krankenhaus Heidelberg (Artemed)

Literatur bei den Verfassern

Mücken und Klimawandel – eine krankheitsbringende Kombination

Wo breiten sich Dengue-, Zika- und Chikungunya-Erkrankungen aktuell aus, und welche Neuerungen gibt es bei Mückenbekämpfung und Impfungen?

Professor Dr. med Jonas Schmidt-Chanasit, Leiter der Abteilung Arbovirologie und Entomologie am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Hamburg



Durch Gliederfüßer wie z.B. Insekten, Tausenfüßer oder Spinnen (Athropoden) übertragene Viren (Arboviren) sind ein bedeutendes globales Gesundheitsproblem. Weltweit sind Arboviren für 17 Prozent aller Infektionskrankheiten und circa 1 Million Todesfälle jährlich verantwortlich. Arbovirosen können durch über 100 verschiedene Arboviren hervorgerufen werden. In den letzten Jahren haben sich insbesondere durch **Stechmücken** übertragene Arboviren mit dem Reise- und Warenverkehr weltweit stark ausgebreitet und auch in Europa Epidemien hervorgerufen. Die aus reisemedizinischer Sicht wichtigsten Arboviren sind:

- das Zika-Virus (ZIKV),
- das Chikungunya-Virus (CHIKV)
- und das Dengue-Virus (DENV).

Diese Arboviren werden hauptsächlich durch Gelbfiebermücke (*Aedes aegypti*) und Asiatische Tigermücke (*Aedes albopictus*) übertragen. Tabelle 1 zeigt die Anzahl der in den letzten 10 Jahren jährlich in Deutschland gemäß Infektionsschutzgesetz an das Robert-Koch-Institut (RKI) übermittelten importierten Fälle von Infektionen mit diesen Arboviren.

Tabelle 1:
Pro Meldejahr an das RKI übermittelte Fälle von Infektionen mit DENV, CHIKV und ZIKV, 2012–2021*

Erreger/Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
DENV	616	878	625	725	957	635	612	1176	205	60
CHIKV	9	16	162	110	74	33	26	88	26	4
ZIKV	*0	*0	*0	*2	222	69	18	11	6	2

* Noch keine Meldepflicht. °Pandemiebedingter Einbruch der Fernreisetätigkeit.

Das Dengue-Virus (DENV) ist das weltweit am weitesten verbreitete Arbovirus und infiziert jährlich etwa 219 Millionen Menschen, von denen bis zu 400.000 Menschen versterben. Vorhersagen, die Klima-, Bevölkerungs- und sozioökonomische Daten nutzen, zeigen, dass ein Großteil des Südostens der Vereinigten Staaten bis 2050 stark von Dengue betroffen sein wird. Auch China und Japan dürften bis 2050 viel stärker betroffen sein als bisher.

Es gibt in der EU bisher zwei zugelassene Impfstoffe. Die europäische Zulassung ist aber in der EU auf Personen im Alter von 9 bis 45 Jahren, die in einem Endemie-Gebiet leben und zuvor bereits eine laborbestätigte Dengue-Virus-Infektion durchgemacht haben, beschränkt. Als Endemie-Gebiete fallen in das Zuständigkeitsgebiet der Europäischen-Arzneimittel-Zulassungsbehörde (EMA) die französischen Überseegebiete wie zum Beispiel La Réunion und Guadeloupe. Der eine Impfstoff wurde in Asien und Lateinamerika in klinischen Studien mit mehr als 30.000 Teilnehmern getestet. Die Schutzwirkung vor einer virologisch bestätigten DENV-Infektion lag bei etwa 65 Prozent. Die Wirksamkeit variierte jedoch insbesondere mit dem DENV-Serostatus zum Zeitpunkt der Impfung. Seronegative Impfungen hatten im Vergleich zu seropositiven Impfungen ein erhöhtes Risiko für eine schwere Dengue-Erkrankung. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt den Impfstoff deshalb nur für Länder, in denen mehr als 70 Prozent der Bevölkerung Antikörper gegen DENV haben. Immunologisch kann man diese Einschränkung wie folgt erklären: Die erste DENV-Infektion verläuft in der Regel ohne Komplikationen. Zum „hämorrhagischen“ Verlauf kommt es erst bei der zweiten DENV-Infektion. An dem schweren Verlauf sind die Antikörper, die sich nach der ersten Infektion gebildet haben, beteiligt: Es gibt vier verschiedene DENV-Serotypen, und die Antikörper, die vor einer Infektion mit einem der vier DENV-Serotypen schützen, können die Infektion durch die anderen DENV-Serotypen manchmal verstärken und somit einen hämorrhagischen Verlauf wahrscheinlicher machen. Auch nach der Impfung mit Dengvaxia werden Antikörper gebildet. Wenn es dann zu einem Impfdurchbruch kommt, ist das Risiko für hämorrhagische Verläufe erhöht. Dass dies keine theoretischen Überlegungen sind, hat sich auf den Philippinen gezeigt: Dort kam es nach einer Dengvaxia-Impfkampagne in den Schulen, bei der auch seronegative Kinder ohne eine entsprechende Aufklärung geimpft wurden, zu hämorrhagischen Dengue-Verläufen. Nach einigen Todesfällen unter den geimpften Kindern wurde die

Impfkampagne in den Schulen abgebrochen. Der durch diese Vorfälle hervorgerufene Vertrauensverlust in Impfkampagnen resultierte in niedrigeren Impfraten, insbesondere gegen Masern, und führte 2019 zu einem großen Masernausbruch auf den Philippinen. Der japanische Impfstoff wurde Ende 2022 durch die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) in der EU für die Verwendung bei Personen ab einem Alter von 4 Jahren zugelassen. In einer großen klinischen Studie mit circa 20.000 Teilnehmern aus Asien und Amerika zeigte dieser nach einem Jahr eine Wirksamkeit eine virologisch bestätigte DENV-Infektion zu verhindern von über 80 Prozent, jedoch mit deutlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Serotypen. Seronegative Impfungen waren nach einem Jahr noch zu 75 Prozent vor einer virologisch bestätigten DENV-Infektion geschützt und somit könnte dieser eine Alternative zu dem französischen Impfstoff darstellen. Die Wirksamkeit des japanischen Impfstoffes nimmt allerdings über einen Zeitraum von 3 Jahren ab. Eine Booster-Impfung könnte dem entgegenwirken.

In den letzten Jahren hat es neben den verfügbaren Dengue-Impfstoffen große Fortschritte bei der Stechmücken-Kontrolle mit innovativen Methoden gegeben. Dabei hat insbesondere der Einsatz mit Wolbachia infizierter weiblicher Gelbfiebermücken (*Aedes aegypti*) zur DENV-Bekämpfung erste positive Ergebnisse erbracht. Wolbachia-Bakterien können über Eizellen eines befallenen Insekts weitergegeben werden. Alle Nachkommen eines Weibchens mit Wolbachia sind also ebenfalls mit Wolbachia infiziert. Hat ein Männchen Wolbachia und paart sich mit einem nicht infizierten Weibchen, wird das Bakterium zwar nicht übertragen, aber die Eier können sich nicht entwickeln, weil eine Zelle ohne Wolbachia mit einer mit Wolbachia infizierten nicht kompatibel ist. Man bezeichnet das als zytoplasmische Inkompatibilität. In der Natur befällt Wolbachia keine Gelbfiebermücken. Es gelang jedoch, Gelbfiebermücken im Labor mit Wolbachia zu infizieren. In ihnen bildet sich das DENV so gut wie gar nicht mehr. Eine kleine Zahl von mit Wolbachia infizierten weiblichen Gelbfiebermücken kann Wolbachia innerhalb weniger Monate in einer ganzen Population verbreiten. Deshalb wurden in einigen Stadtteilen von Yogyakarta in Indonesien über einen Zeitraum von 9 Monaten mit Wolbachia infizierte weibliche Gelbfiebermücken ausgesetzt. Die anderen Stadtteile, in denen keine mit Wolbachia infizierten weiblichen Gelbfiebermücken ausgesetzt wurden, dienten zum Vergleich. In den Stadtteilen mit durch Wolbachia infizierte Gelbfiebermücken waren die Bewohner zu 70 Prozent vor virologisch bestätigten DENV-Infektionen geschützt.



Inwiefern eine nachhaltige DENV- Eindämmung möglich ist, bleibt abzuwarten.

Das **Chikungunya-Virus** (CHIKV) verursacht das *Chikungunya-Fieber*, das typischerweise mit langanhaltenden Gelenkschmerzen (Arthralgien) einhergeht. Das Wort „Chikungunya“ heißt „der gekrümmte Gehende“ und stammt ursprünglich aus der Sprache der Makonde. Das Chikungunya-Fieber ist erstmals 1952 in Tansania beschrieben worden, und das CHIKV wird in 4 verschiedene Genotypen unterteilt. Vor wenigen Jahren ist eine neue CHIKV-Variante identifiziert worden, die Mutationen aufweist, die eine bessere Adaptation an die Gelbfiebertmücke ermöglichen. Diese neue Variante verursachte im Jahr 2016 die Epidemien in *Indien* und *Pakistan* und breitete sich dann weiter über *Bangladesch* nach *Myanmar* und *Thailand* aus. Aber auch in Europa gab es in den Jahren 2007 und 2017 in *Italien* größere Chikungunya-Fieber-Ausbrüche mit mehreren Hundert nachgewiesenen Fällen. Nach wie vor gibt es keine wirksamen antiviralen Medikamente oder eine zugelassene Impfung und daher ist nur eine symptomatische Behandlung von Chikungunya- Fieber-Patienten möglich. Ein CHIKV-Impfstoff, der ein abgeschwächtes Masern-Virus verwendet, wurde in einer klinischen Studie der Phase II analysiert. Der Impfstoff wurde gut vertragen und induzierte bei bis zu 95 Prozent der Probanden neutralisierende Antikörper. Ein anderer abgeschwächter Lebendimpfstoff hat eine klinische Studie der Phase III durchlaufen. Er wurde gut vertragen und induzierte bei über 98 Prozent der Probanden nach 28 Tagen ausreichend hohe neutralisierende Antikörper.

Das **Zika-Virus** (ZIKV) wurde erstmals 1947 von einem Affen im Zika-Wald in der Nähe von Entebbe in Uganda isoliert. Größere ZIKV-Epidemien wurden 2013 in *Französisch-Polynesien* und von 2015 bis 2017 in *Mittel-* und *Südamerika* registriert. ZIKV zirkuliert mittlerweile aber in allen Ländern des Globalen Südens. Die meisten ZIKV-Infektionen verlaufen asymptomatisch. Wenn Symptome

auftreten, sind diese meistens mild und ähneln denen von Dengue. Mögliche Symptome sind *Hautausschlag*, *Kopf-, Gelenk- und Muskelschmerzen*, *Bindehautentzündung* und *Fieber*. Hingegen können ZIKV-Infektionen während der Schwangerschaft zu Fehlbildungen beim Fötus führen, unter anderem zu einer extremer Kleinheit des Schädels (Mikrozephalie). Die registrierten symptomatischen ZIKV-Infektionen sind in den letzten Jahren aber deutlich zurückgegangen. Im Jahr 2018 wurden weniger als 30.000 Fälle gemeldet. Im Jahr 2016 waren es noch mehr als 500.000 gemeldete Fälle. Es gibt weder einen zugelassenen Impfstoff noch Medikamente, mit dem sich ZIKV-Infektionen gezielt behandeln lassen. Zwanzig verschiedene ZIKV-Impfstoff-Kandidaten haben die klinische Phase I durchlaufen und ein Kandidat die klinische Phase II. Ein ZIKV-Impfstoff sollte das Risiko für ein bei der Geburt übertragenes Zika-Virus-Syndrom reduzieren. Die Durchführung einer Phase-III-Studie ist unter anderem deshalb extrem schwierig und kostspielig, und mit einer Zulassung von ZIKV-Impfstoffen ist deshalb in den nächsten Jahren nicht zu rechnen.

Die Krankheitslast durch DENV- und CHIKV-Infektionen ist also insbesondere in den Ländern des Globalen Südens hoch, da die klimatischen Bedingungen die ganzjährige Übertragung von Arboviren durch die Gelbfiebertmücke und die Asiatische Tigermücke ermöglichen.

In Deutschland ist mit einer weiteren Ausbreitung der Asiatischen Tigermücke zu rechnen. Somit steigt das Risiko für hier erworbene DENV-, CHIKV-, und ZIKV-Infektionen. In den Gebieten Deutschlands mit vorhandenen Tigermücken-Populationen sollte daher wegen des Fehlens von zugelassenen Impfstoffen der Schutz vor Stechmückenstichen mit Repellentien und vorbeugenden Maßnahmen (Kleidung) zur Expositionsvermeidung unbedingt angeregt werden.

Quelle: Pressekonferenz vom 16. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin 15.06.2023

Prof. Dr. med Jonas Schmidt-Chanasit,
Leiter der Abteilung Arbovirologie und Entomologie am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Hamburg



Literatur beim Autor

Orientierung im Gesetzes-Dschungel



Der aktuelle Ratgeber der Bundesvereinigung Lebenshilfe gibt Menschen mit Behinderung zu allen wichtigen sozialen Leistungen Hilfestellung.

Die völlig neu überarbeitete und erweiterte Auflage des Lebenshilfe-Ratgebers „Recht auf Teilhabe“ mit Rechtsstand 1. Januar 2023 liegt jetzt druckfrisch vor. Das 520 Seiten starke Buch liefert einen Überblick über alle Rechte und Sozialleistungen, die Menschen mit Behinderung aktuell zustehen. Berücksichtigt wurden unter anderem Änderungen durch das *Teilhabebestärkungsgesetz*, das *Bürgergeldgesetz*, die Reform des *Wohngeldes* und das neue *Vormundschafts- und Betreuungsrecht*, das *Kinder- und Jugendstärkungsgesetz* sowie die Neuregelung zur *Begleitung im Krankenhaus*.

Der bewährte Wegweiser ist eine hilfreiche Grundlage für Eltern, Geschwister und andere Angehörige sowie rechtliche Betreuerinnen und Betreuer und für Mitarbeitende in Beratungsstellen und bei Leistungserbringern finden im „Recht auf Teilhabe“ alle wichtigen Informationen, damit sie Menschen mit Behinderung bei der Durchsetzung ihrer Rechte unterstützen können.

Um den Leserinnen und Lesern den Einstieg in den Dschungel des Sozial-Rechts zu erleichtern, werden eingangs die Rechtsansprüche von Menschen mit Behinderung in verschiedenen Lebensphasen und Lebenslagen anhand von Schaubildern dargestellt. Die einzelnen

Kapitel enthalten zusätzlich Tipps und (Rechen-)Beispiele, außerdem wird auf einschlägige Urteile sowie Internetseiten, Zeitschriften oder Bücher verwiesen. Ein Schlagwort- sowie ein Abkürzungsverzeichnis runden das Buch ab. Das „Recht auf Teilhabe“ (ISBN-Nummer: 978-3-88617-587-1) kann für 34,50 Euro plus Versandkosten unter www.lebenshilfe.de im Online-Shop der Bundesvereinigung Lebenshilfe oder unter Telefon 06421/491-123 bestellt werden.

Nach Informationen der Bundesvereinigung Lebenshilfe.



BAGSO-Umfrage:

Medikationsplan: Wie hilfreich ist er?



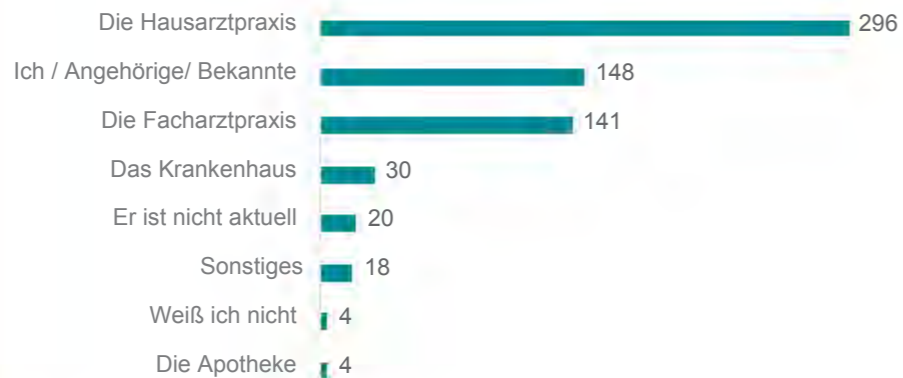
Der Medikationsplan wird nur sehr selten in der Apotheke aktualisiert und in die Apotheke mitgenommen. Versicherte sollten ihren Medikationsplan in der Apotheke immer dabei haben und um Aktualisierung bitten. Apotheken können die Versicherten durch Information und aktives Nachfragen, ob der Medikationsplan aktualisiert werden soll, unterstützen. Dabei sollte auch die Selbstmedikation eingetragen werden, die regelmäßig oder bei Bedarf genutzt wird.

Medikationsplan-Umfrage 2023

BAGSO-Umfrage im Rahmen der Initiative „Medikationsplan schafft Überblick“ vom 01.03.-06.04.2023

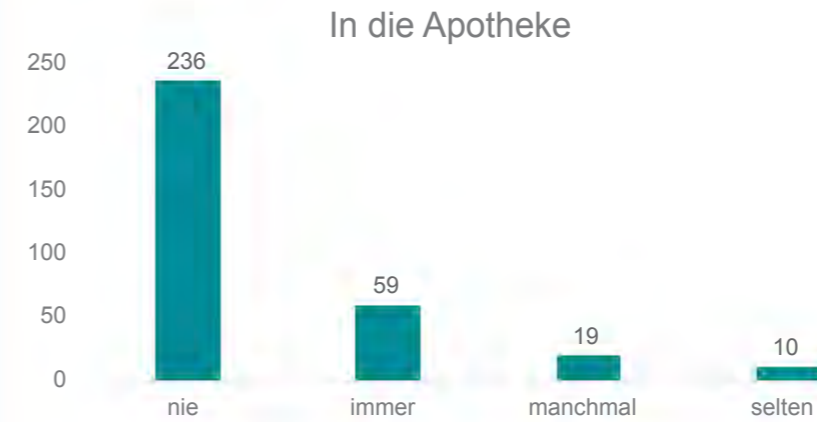
- 700 Personen nahmen überwiegend online teil
- 51% Männer, 47% Frauen, 2% divers/keine Antwort
- 71% waren 61 Jahre und älter, 29% unter 61 Jahre
- 568 Personen nahmen 3 oder mehr Medikamente ein. Sie hatten damit einen Anspruch auf einen Medikationsplan. Davon hatten 76% einen Medikationsplan.

Wer aktualisiert Ihren Medikationsplan? (Mehrfachantwort)



Apotheken aktualisieren ganz selten den Medikationsplan!

Wohin nehmen Sie den Medikationsplan mit?



Medikationsplan: selten beim Apothekenbesuch dabei!



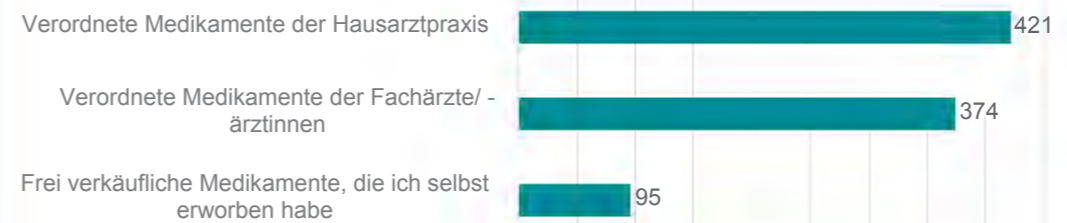
Zum Vergleich:

Ins Krankenhaus: immer: 328

Zum Facharztbesuch: immer 259

Zum Hausarztbesuch: immer 179

Welche Medikamente sind in Ihrem Medikationsplan aufgeführt? (Mehrfachantwort)



Medikationsplan: oft ohne freiverkäufliche Medikamente!



Apotheke vor Ort kann

- nach dem Medikationsplan **fragen**
- bei Bedarf über den Anspruch auf einen Medikationsplan **aufklären**,
- ermutigen, in der Arztpraxis den Medikationsplan **anzufragen**,
- aktiv **anbieten**, den Medikationsplan bei Selbstmedikation zu ergänzen und zu aktualisieren z.B. bei anderen Medikamentennamen
- mehrere Medikationspläne **zusammenführen**

Versicherte können

- beim Apothekenbesuch den Medikationsplan immer **dabei haben**
- bei Änderungen oder Selbstmedikation die Apotheke **um Aktualisierung bitten**
- eine **Medikationsanalyse** in der Apotheke **nutzen**, wenn sie 5 und mehr Medikamenten nehmen

Quelle:

Umfrage der Initiative „Medikationsplan schafft Überblick“, Mai 2023 – Eine Initiative der BAGSO - Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen

Deutsche erkranken immer häufiger an Asthma, COPD oder Lungenkrebs:

Das neue Weißbuch Lunge



Präsentieren das neue Weißbuch Lunge 2023 (v.l.): die Herausgeber DGP-Generalsekretär Prof. Dr. Winfried J. Randerath, Prof. Dr. Adrian Gillissen und Prof. Dr. Berthold Jany.

Alarmierende Zahlen des beim diesjährigen Kongress DGP präsentierten Weißbuchs Lunge: Alle vier Minuten stirbt in Deutschland ein Mensch an den Folgen einer Lungen- oder Atemwegserkrankung. Das Auftreten von Asthma hat in den vergangenen Jahren um 17 Prozent zugenommen, das von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) um acht Prozent, von Lungenkrebs um 33 Prozent und von Lungenembolien um 71 Prozent.

Das sogenannte *Schlafapnoe-Syndrom*, also verminderte Atmung oder Atemstillstände während des Schlafs, verzeichnet sogar einen Anstieg von 92 Prozent. „Erstmals war es uns möglich, eine *deutschlandweite, homogene Datenbasis von insgesamt 8,8 Millionen Versicherten* für unsere epidemiologischen Analysen zu verwenden. Dies erlaubt uns eine sehr verlässliche und transparente Hochrechnung – mit der jetzt auch die Politik im Zuge der aktuellen Krankenhausreform verlässlich arbeiten kann“, erklärt **Prof. Dr. Winfried J. Randerath**, einer der drei Autoren des Weißbuchs und Generalsekretär der Deut-

schen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP). Das Weißbuch wurde im Rahmen des Pneumologie-Kongresses mit 4.700 Teilnehmenden in Düsseldorf erstmals der Öffentlichkeit präsentiert. Es fasst – auch für Patientinnen und Patienten – die aktuellen Eckpunkte der häufigsten Lungenerkrankungen in Deutschland zusammen und erklärt in verständlicher Sprache die medizinischen Hintergründe ausgehend von den Symptomen über die notwendige Diagnostik bis hin zur Therapie.

Grundsätzlich nimmt die Häufigkeit der meisten Lungenerkrankungen zu, teilweise stark. Und die langfristigen Folgen der Corona-Pandemie sind zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht einmal genau abzuschätzen. Dies stellt nicht nur die Pneumologie vor enorme Herausforderungen, sondern auch das gesamte Gesundheits- und Versicherungswesen. Mit dem Weißbuch Lunge, das die Deutsche Lungenstiftung (DLS) und die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) gemeinsam herausgeben, kann die Tragweite von pneumologischen Erkrankungen

klar verdeutlicht werden – und dies bietet sowohl der Politik als auch dem Gesundheits- und Versicherungswesen eine wichtige Entscheidungshilfe. „Diese transparenten Zahlen gab es in dieser Form und diesem Umfang noch nicht. Sie erlauben zum Beispiel auch eine bessere Kostenabschätzung für den stationären Sektor. Und sie zeigen vor allem, dass es für die adäquate Behandlung von Atemwegs- und Lungenerkrankungen noch viel mehr Finanzierung braucht“, sagt Mitautor **Prof. Dr. Adrian Gillissen**, Chefarzt der Medizinischen Klinik III an den Kreiskliniken Reutlingen.

Bessere Datenqualität: Tuberkulose-Fälle gehen zurück – Niveau von Mukoviszidose und Lungenentzündungen gleichbleibend

Auf relativ gleichbleibendem Niveau blieben im Untersuchungszeitraum indes die Erkrankungen an Mukoviszidose und Lungenentzündungen. Eine Abnahme um sechs Prozent konnte bei der Tuberkulose festgestellt werden. Speziell für die Tuberkulose konnte auf Daten des Robert Koch-Institutes zurückgegriffen werden. In die umfassende Analyse des Weißbuchs Lunge wurden Daten der Dekade von 2010 bis 2019 einbezogen, anonymisiert zur Verfügung gestellt von der BARMER Ersatzkasse. Sie liefern verlässliche Zahlen darüber, wie häufig die wichtigsten Erkrankungen von Atmungsorganen in Deutschland auftreten – und wie sich ihre Häufigkeit entwickelt. Das **Weißbuch Lunge** erscheint bereits seit 1996, zuletzt 2014. „Die Qualität der Daten für die vollständig überarbeitete Auflage des Weißbuchs Lunge hat sich gegenüber der Version von 2014 erheblich verbessert, weil noch mehr und detailliertere Datenquellen verwendet werden konnten. Und diese große Datenbasis belegt eindeutig, dass die meisten Lungenerkrankungen häufiger auftreten“, ergänzt Randerath, Chefarzt und ärztlicher Direktor des Krankenhauses Bethanien in Solingen und Direktor des wissenschaftlichen Instituts für Pneumologie an der Universität zu Köln.

Guter Ausgangspunkt für nächstes Weißbuch mit Pandemie-Auswirkungen

Um diesen neuen, großen Herausforderungen zu begegnen, ist auch eine exzellente Forschung wichtig. In einem separaten Kapitel widmet sich das Weißbuch Lunge ausdrücklich der pneumologischen Forschung, die in den vergangenen Jahren erfolgreich vorgekommen ist. Mit Blick in die Zukunft sagt Mitautor **Prof. Dr. Berthold Jany**: „An diesem Weißbuch haben wir zusammen mit unseren Kooperationspartnern über vier Jahre lang gearbeitet, auch über die gesamte



Corona-Zeit hinweg. Die Datenbasis für diese Auflage haben wir bewusst mit dem Jahr 2019 beendet, denn mit dem Start der SARS-CoV-2-Pandemie im Frühjahr 2020 ergeben sich sehr wahrscheinlich noch einmal neue Entwicklungstendenzen, die den aktuellen Trend verstärken könnten. Die tatsächlichen Auswirkungen auf die stationäre und ambulante Versorgung werden wir erst vollständig im nächsten Weißbuch behandeln können. Die jetzt vorliegenden Zahlen bieten dafür einen zuverlässigen Ausgangspunkt“, so der Lungenarzt, ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

Autoren und Herausgeber:

Professor Adrian Gillissen
Kreiskliniken Reutlingen

Professor Berthold Jany
i. R., vormals Klinikum Würzburg-Mitte

Professor Winfried J. Randerath
Krankenhaus Bethanien Solingen

Zweitmeinungsverfahren bei planbaren Eingriffen



Im Rahmen eines Zweitmeinungsverfahrens haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, offene Fragen zu einem empfohlenen Eingriff mit einer Ärztin oder einem Arzt mit besonderen Fachkenntnissen und Erfahrungen zu besprechen. Sie können sich dabei über die Notwendigkeit des Eingriffs und über alternative Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen.

Der **G-BA** (gemeinsame Bundesausschuss) ist gesetzlich beauftragt, in einer Richtlinie zu konkretisieren, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht, und Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung festzulegen. Ein rechtlicher Zweitmeinungsanspruch besteht aktuell bei den folgenden Eingriffen:

- Amputation beim diabetischen Fußsyndrom
- Eingriff an Gaumen- oder Rachenmandeln (Tonsillektomie, Tonsillotomie)
- Eingriff an der Wirbelsäule
- Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie)
- Gebärmutterentfernung (Hysterektomie)
- Gelenkspiegelungen an der Schulter (Schulterarthroskopie)
- Herzkatheteruntersuchung und Ablationen (Verödungen) am Herzen
- Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators
- Implantation einer Knieendoprothese

Weitere Indikationen für das Zweitmeinungsverfahren werden folgen. Unabhängig von der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren bieten viele gesetzlichen Krankenkassen eine *Zweitmeinung* bei weiteren Eingriffen als *Zusatzleistung*.

Die Inanspruchnahme der Zweitmeinung ist für Patientinnen und Patienten freiwillig. Der G-BA bietet ein Patientenmerkblatt (PDF 64,14 kB) – auch in Leichter Sprache (PDF 130,15 kB) – mit den wichtigsten Informa-

tionen zum Leistungsumfang des Verfahrens und zur Inanspruchnahme.

Zweitmeinungsgebende Ärztinnen und Ärzte

Die Richtlinie regelt auch, über welche besonderen Qualifikationen zweitmeinungsgebende Ärztinnen und Ärzte verfügen müssen und welche genauen Aufgaben sie haben. Entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte können bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung eine Genehmigung beantragen, Zweitmeinungsleistungen abrechnen zu dürfen. Zweitmeinungsgebende Ärztinnen und Ärzte müssen die vom G-BA festgelegten Anforderungen an die besondere, eingriffsspezifische Qualifikation erfüllen. Zudem dürfen keine Interessenkonflikte vorliegen, die einer *Unabhängigkeit* der Zweitmeinung entgegenstehen.

Informationen zu allen Ärztinnen und Ärzten, die aufgrund ihrer besonderen Qualifikation und Unabhängigkeit eine Zweitmeinung für den jeweiligen Eingriff abgeben dürfen, bietet die Website des ärztlichen Bereitschaftsdienstes: www.116117.de.

Evaluation

Die Zahlen zum Genehmigungsgeschehen im Zweitmeinungsverfahren werden künftig von der KBV in einem Jahresbericht zusammengefasst und dem G-BA jeweils bis zum 30. September des Folgejahres zur Verfügung gestellt. Zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie ist eine Evaluation vorgesehen.

Informationen des IQWiG

Das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) bietet auf seiner Website www.gesundheitsinformation.de allgemeine Informationen zur Zweitmeinung vor Operationen sowie Entscheidungshilfen zu den oben genannten planbaren Eingriffen.

Bericht des G-Ba zur Zahl der Zweitmeinenden veröffentlicht

Um vor planbaren Eingriffen eine Zweitmeinung einzuholen, haben Patientinnen und Patienten im Fall der Schulterarthroskopie die zahlenmäßig größte Auswahl an registrierten Leistungserbringern – bundesweit haben 451 Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2021 diese Leistung angeboten.

Bei geplanten Eingriffen an der Wirbelsäule hingegen waren mit bundesweit 50 die wenigsten Ärztinnen und Ärzte für eine Zweitmeinung registriert. So das Ergebnis des aktuellen Berichts zur Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die bei den Kassenärztlichen Vereinigungen im Jahr 2021 eine Genehmigung als Zweitmeinende erhalten haben. Bezogen auf alle planbaren Eingriffe, für die es ein Zweitmeinungsverfahren gibt, verteilen sich die registrierten Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2021 so:

- **Schulterarthroskopie:**
451 (Zweitmeinungsverfahren besteht seit 2020)
- **Hysterektomie (Gebärmutterentfernung):**
426 (seit 2018/2019)
- **Implantation einer Knieendoprothese:**
341 (seit 2021)
- **Tonsillektomie (Mandeloperation):**
245 (seit 2018/2019)
- **Amputation beim diabetischen Fußsyndrom:**
63 (seit 2021)
- **Eingriff an der Wirbelsäule:**
50 (seit 2021)

Berichte wie diesen erstellt die **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)** jährlich für den **Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)**. Sie zeigt darin, wie viele Anträge auf eine Genehmigung als Zweitmeinender gestellt, genehmigt und abgelehnt wurden. Dabei wird nach Vertrags-, Krankenhaus- und Privatärztinnen und -ärzten differenziert.

Zweitmeinungsleistungen können von ambulant oder stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten abgerechnet werden, wenn sie eine entsprechende *Genehmigung der KBV* haben. Diese Möglichkeit besteht seit Ende 2018 zu mittlerweile 9 Indikationen. Zu drei davon (Herzkatheteruntersuchungen, Herzschrittmacher-Implantationen und Gallenblasenentfernungen) traten die entsprechenden Regelungen aber erst nach dem Jahr 2021 in Kraft, deshalb sind die Zahlen dazu im vorliegenden Bericht noch nicht enthalten.

Quelle: Pressemitteilung des G-BA vom 6. Mai 2023



**Zentralveranstaltung
des Deutschen Lungentages 2023**
„Der Lungentag bewegt - Prävention,
körperliche Aktivität, Rehabilitation“



Samstag, 30. September 2023
von 11.00 - 13.00 Uhr

Charité Berlin
Charité-Cross-Over (Auditorium)

Programm

11.00 Uhr
Begrüßung

(Prof. Dr. med. Martin Witzzenrath, Berlin)

Einführung und Moderation
(Prof. Dr. med. Marek Lommatzsch, Rostock)

Video:
Bedeutung des Lungensports aus Sicht eines Betroffenen
(Prof. Marek Lommatzsch im Interview mit Roland Kaiser)

Diskussionsrunde mit

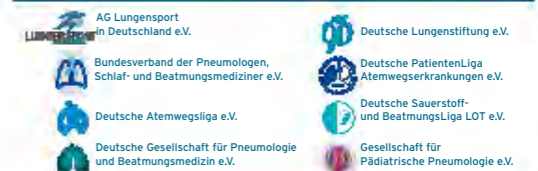
- Prof. Dr. med. Christiane Lex, Göttingen
- Prof. Dr. med. Rembert Koczulla, Schönau am Königssee
- PD Dr. med. Anett Reißhauer, Berlin
- PD Dr. med. Matthias Krüll, Berlin
- Prof. Dr. med. Heinrich Worth, Fürth
- Michaela Frisch, Trossingen

Live-Sport-Übungen
unter Beteiligung der Zuschauer:innen
(Michaela Frisch)

Verleihung des Forschungsstipendiums
für klinische Pneumologie 2023
Gestiftet vom Förderverein der Deutschen Atemwegsliga e.V.

13.00 Uhr
Ende

Der Deutsche Lungentag ist ein Zusammenschluss von:



info@lungentag.de

Patientenmerkblatt:

Zweitmeinungsverfahren bei geplanten Eingriffen



Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b SGB V bei geplanten Eingriffen – Was ist das?

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt hat Ihnen einen bestimmten Eingriff empfohlen und Sie über Ihren Anspruch auf eine sogenannte ärztliche Zweitmeinung informiert.

Falls Sie nach der Empfehlung des Eingriffs noch offene oder neu entstandene Fragen haben, bietet Ihnen eine „zweite Meinung“ die Möglichkeit, diese Fragen mit einer Ärztin oder einem Arzt mit besonderen Fachkenntnissen und Erfahrungen zu besprechen. Sie können sich dabei über die Notwendigkeit der Durchführung des Eingriffs oder alternative Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen.

Da es sich in Ihrem Fall um einen geplanten Eingriff und nicht um einen Notfall handelt, haben Sie auch die Zeit, sich Ihre Entscheidung gut und in Ruhe zu überlegen.

Die Details des Zweitmeinungsverfahrens hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf gesetzlicher Grundlage (§ 27b SGB V) geregelt, etwa

- für welche Eingriffe diese Bestimmungen gelten,
- über welche Qualifikation zweitmeinungsgebende Ärztinnen und Ärzte („Zweitmeiner“) verfügen müssen, und
- wie sichergestellt werden kann, dass die Zweitmeiner Sie neutral beraten und Sie auch über ggf. bestehende eigene Interessenkonflikte aufklären.

Die Regelungen des G-BA (www.g-ba.de/richtlinien/107) gelten unabhängig davon, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse Sie versichert sind.

Muss ich eine ärztliche Zweitmeinung einholen?

Nein. Es handelt sich um ein freiwilliges Angebot, das Sie in Anspruch nehmen können, aber nicht müssen. Ihre

Ärztin oder Ihr Arzt ist jedoch gesetzlich verpflichtet, Sie auf die Möglichkeit einer Zweitmeinung hinzuweisen.

Warum wird mir eine Zweitmeinung angeboten?

In vielen Situationen sind in der Medizin verschiedene Vorgehensweisen denkbar. So kann es durchaus sein, dass es genauso sinnvoll ist abzuwarten, wie unmittelbar einen operativen Eingriff durchzuführen. Damit Sie für sich eine gut begründete Entscheidung treffen können, können Sie eine unabhängige ärztliche Meinung zu dem empfohlenen Eingriff einholen. Mit dem Zweitmeiner können Sie die Notwendigkeit des empfohlenen Eingriffs besprechen und so etwaige Fragen oder Zweifel klären oder sich über alternative Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen, mit denen eine Operation eventuell vermieden werden kann. Die Entscheidung, ob überhaupt ein Eingriff durchgeführt wird oder nicht, bleibt aber immer Ihre Entscheidung.

Welche Informationen benötigt der „Zweitmeiner“ von mir?

Der Zweitmeiner kann Sie dann am besten beraten, wenn er medizinisch nachvollziehen kann, warum Ihnen der Eingriff empfohlen wurde. Dazu werden idealerweise alle bereits erhobenen Befunde, Untersuchungsergebnisse und Angaben zu eventuell schon erfolgten Behandlungen benötigt. Diese Befunde sind die Grundlage für die Empfehlung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes zum Eingriff gewesen. Bitte bringen Sie daher zum Termin beim Zweitmeiner möglichst alle Befunde und Ergebnisse der bei Ihnen bereits durchgeführten Untersuchungen mit.

Bitten Sie dafür Ihre behandelnde Ärztin oder Ihren behandelnden Arzt, Ihnen die genannten Unterlagen auszuhändigen. Kosten entstehen Ihnen hierfür nicht.

Indem Sie die schon vorhandenen Unterlagen zum Zweitmeinungsgespräch mitbringen, helfen Sie unnötige Wiederholungen von Untersuchungen (z.B. Röntgenuntersuchungen) wie auch Zeitverzögerungen zu vermeiden. Sie können Ihre behandelnde Ärztin oder Ihren behandelnden Arzt auch bitten, diese Befunde und Unterlagen direkt an den von Ihnen gewählten Zweitmeiner zu übersenden.

Falls Sie sich unsicher sind, ob Sie die Zweitmeinung überhaupt in Anspruch nehmen wollen, ist dies kein Problem. Sie können Ihre Unterlagen auch erst dann, wenn Sie sich für die Einholung einer Zweitmeinung entschieden haben, abholen oder direkt an den Zweitmeiner weiterleiten lassen.

Werde ich für die Zweitmeinung nochmals untersucht?

In der Regel sollten weitere Untersuchungen nicht notwendig sein. Die Einschätzung des Zweitmeiners stützt sich vor allem auf die vorliegenden Befunde und das persönliche Gespräch mit Ihnen. Falls /sie es für erforderlich erachtet, kann er auch weitere Untersuchungen durchführen. Ziel ist es, dass der Zweitmeiner unabhängig von Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt die medizinische Notwendigkeit des empfohlenen Eingriffs prüft und Ihnen seine Einschätzung erläutert.

Was passiert mit der Zweitmeinung?

Der Zweitmeiner wird Ihnen seine Einschätzung mitteilen. Es kann sein, dass er die ursprüngliche Empfehlung zum Eingriff teilt, er Ihnen eine andere Behandlung empfiehlt oder er von Maßnahmen abrät. Wenn Sie es wünschen, teilt der Zweitmeiner seine Einschätzung Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt mit.

Wenn Sie dies wünschen, erhalten Sie auch eine schriftliche Zusammenfassung der Zweitmeinung. Weitere Informationen zu zweitmeinungsgebenden Ärztinnen und Ärzten

Wie finde ich eine zweitmeinungsgebende Ärztin oder einen zweitmeinungsgebenden Arzt?

Unter folgender Internetadresse finden Sie Informationen zu allen Ärztinnen und Ärzten, die aufgrund ihrer besonderen Qualifikation und Unabhängigkeit eine Zweitmeinung für den jeweiligen Eingriff abgeben dürfen:

- www.116117.de/zweitmeinung



Patientenmerkblatt

Zweitmeinungsverfahren bei geplanten Eingriffen

Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b SGB V bei geplanten Eingriffen – Was ist das?

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt hat Ihnen einen bestimmten Eingriff empfohlen und Sie über Ihren Anspruch auf eine sogenannte ärztliche Zweitmeinung informiert.

Falls Sie nach der Empfehlung des Eingriffs noch offene oder neu entstandene Fragen haben, bietet Ihnen eine „zweite Meinung“ die Möglichkeit, diese Fragen mit einer Ärztin oder einem Arzt mit besonderen Fachkenntnissen und Erfahrungen zu besprechen. Sie können sich dabei über die Notwendigkeit der Durchführung des Eingriffs oder alternative Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen.

Da es sich in Ihrem Fall um einen geplanten Eingriff und nicht um einen Notfall handelt, haben Sie auch die Zeit, sich Ihre Entscheidung gut und in Ruhe zu überlegen.

Die Details des Zweitmeinungsverfahrens hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf gesetzlicher Grundlage (§ 27b SGB V) geregelt, etwa

- für welche Eingriffe diese Bestimmungen gelten,
- über welche Qualifikation zweitmeinungsgebende Ärztinnen und Ärzte („Zweitmeiner“) verfügen müssen, und
- wie sichergestellt werden kann, dass die Zweitmeiner Sie neutral beraten und Sie auch über ggf. bestehende eigene Interessenkonflikte aufklären.

Die Regelungen des G-BA (www.g-ba.de/richtlinien/107) gelten unabhängig davon, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse Sie versichert sind.

Muss ich eine ärztliche Zweitmeinung einholen?

Nein. Es handelt sich um ein freiwilliges Angebot, das Sie in Anspruch nehmen können, aber nicht müssen. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt ist jedoch gesetzlich verpflichtet, Sie auf die Möglichkeit einer Zweitmeinung hinzuweisen.

Warum wird mir eine Zweitmeinung angeboten?

In vielen Situationen sind in der Medizin verschiedene Vorgehensweisen denkbar. So kann es durchaus sein, dass es genauso sinnvoll ist abzuwarten, wie unmittelbar einen operativen Eingriff durchzuführen. Damit Sie für sich eine gut begründete Entscheidung treffen können, können Sie eine unabhängige ärztliche Meinung zu dem empfohlenen Eingriff einholen. Mit dem Zweitmeiner können Sie die Notwendigkeit des empfohlenen Eingriffs besprechen und so etwaige Fragen oder Zweifel klären oder sich über alternative Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen, mit denen eine Operation eventuell vermieden werden kann. Die Entscheidung, ob überhaupt ein Eingriff durchgeführt wird oder nicht, bleibt aber immer Ihre Entscheidung.

Von welcher Ärztin oder welchem Arzt Sie die Zweitmeinung einholen möchten, können Sie frei wählen.

Wenn Sie Unterstützung bei der Suche nach einem Zweitmeiner wünschen, können Sie sich auch an Ihre Krankenkasse wenden.

Weitere Informationsangebote

Wo finde ich Informationen, die mich bei der Entscheidungsfindung zusätzlich unterstützen könnten?

Wissenschaftlich fundierte und unabhängige Gesundheitsinformationen finden Sie im Internet zum Beispiel hier:

- www.gesundheitsinformation.de/zweitmeinung
- Dort finden Sie u. a. auch spezielle weiterführende Informationen zu den Zweitmeinungsthemen. Zusätzlich ist dort auch eine generelle Entscheidungshilfe zum Ausfüllen verfügbar, die Ihnen helfen kann, für Sie noch wichtige offene Punkte herauszufinden, damit Sie besser wissen, was Sie in der Beratung beim Zweitmeiner noch an Informationen brauchen, um zu einer Entscheidung kommen zu können.

Quelle: Pressemitteilung des G-BA, vom 6. Mai 2023

Libidoverlust bei allergischer Rhinitis und Asthma



Aktuelle Forschungsdaten deuten auf ein höheres Vorkommen von Libidoverlust bei Menschen mit allergischen Atemwegserkrankungen hin. Dieser Zusammenhang sollte in der ärztlichen Praxis stärker berücksichtigt werden.

Die Veränderungen des sexuellen Verlangens bei allergischen Atemwegserkrankungen und Asthma sind bisher nur unzureichend untersucht worden. Mexikanische Forscher haben sich nun zum Ziel gesetzt, den Zusammenhang zwischen allergischer Rhinitis und Asthma bei Erwachsenen und dem Verlust des sexuellen Interesses zu untersuchen.

Vergleich von allergischen Atemwegserkrankungen und Kontrollen

In einer Querschnittsstudie wurden drei Gruppen von Probanden verglichen:

- Patienten mit allergischer Rhinitis
- Patienten mit allergischem Asthma
- Kontrollgruppe

Der Verlust des sexuellen Interesses (Libidoverlust) wurde mit dem Beck Depression Inventory-II bewertet, das eine Skala zur Bewertung dieses Merkmals enthält.

Verlust des sexuellen Interesses bei fast der Hälfte der Asthmapatienten

Die Häufigkeit des Libidoverlustes bei Patienten mit allergischem Asthma, allergischer Rhinitis und Kontrollen

betrug 48,8 %; 39,5 % bzw. 20,2 %. In statistischen Modellen wurde unabhängig voneinander ein statistisch gesicherter Zusammenhang zwischen einem Verlust der Libido und allergischem Asthma und allergischer Rhinitis festgestellt. Zu den weiteren assoziierten Faktoren gehörten in beiden Modellen von Bedeutung war auch, ob die Probanden Frauen waren bzw. in einer Partnerschaft zusammenlebten. Kein signifikanter Zusammenhang fand sich mit höherem Alter über 40 Jahre, Rauchen, Alkoholkonsum, körperlicher Aktivität oder Übergewicht.

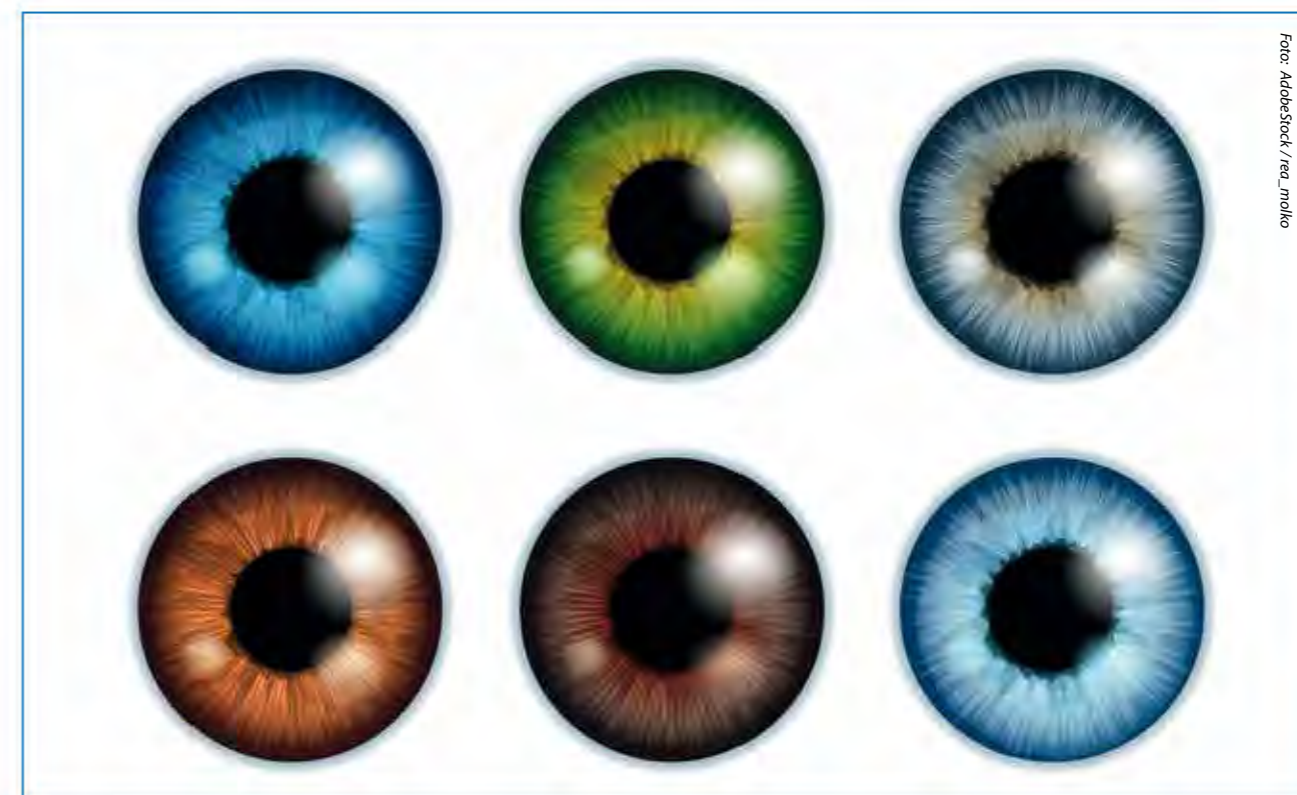
Verminderte Libido bei allergischen Atemwegserkrankungen

Allergisches Asthma und Rhinitis stehen laut den Autoren in engem Zusammenhang mit dem Verlust des sexuellen Interesses. Der Verlust des sexuellen Interesses sollte bei Patienten mit allergischem Asthma oder allergischer Rhinitis deshalb stärker berücksichtigt werden. Im Optimalfall sollte den Betroffenen bei Bedarf eine spezialisierte psychologische Hilfe angeboten werden.

Quelle: DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom vom 14.06.23

Augengesundheit:

Irisfarbe – ein wenig beachteter Risikofaktor



Von hellem Blau oder Grau über grünliche bis hin zu tiefbraunen Tönen: Die Iris oder Regenbogenhaut des Auges kann eine ganze Palette von Farbschattierungen annehmen. Doch die Augenfarbe bestimmt nicht nur einen wesentlichen Teil des äußeren Erscheinungsbildes.

Wie man heute weiß, hängt die Farbe der Iris auch mit der Neigung zu bestimmten Augenerkrankungen und dem Ergebnis etwa von Hornhauttransplantationen zusammen. Dass die Augenfarbe hier als unabhängiger Risikofaktor wirkt, sei lange Zeit wenig beachtet worden, so die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG). Experten der Fachgesellschaft geben einen Überblick darüber, was über diesen Zusammenhang bekannt ist.

Welche Augenfarbe ein Mensch hat, hängt davon ab, wie hoch die Konzentration an Melanin in seiner Iris ist – des Farbstoffs also, der neben der Augen-



Prof. Dr. med. Claus Cursiefen
Direktor des Zentrums für Augenheilkunde am Universitätsklinikum Köln und Generalsekretär der DOG

die Haut- und die Haarfarbe bestimmt. „Das Melanin hat dabei immer dieselbe bräunliche Farbe – auch grüne und blaue Augen besitzen keine anderen Farbstoffe“, erläutert **Professor Dr. med. Claus Cursiefen**, Direktor des Zentrums für Augenheilkunde am Universitätsklinikum Köln und Generalsekretär der DOG. Die anderen Farbschattierungen beruhen auf Lichtbrechungseffekten, die bei verschiedenen Melaningehalten zum Tragen kämen.

Ganz ohne Melanin – wie bei Menschen mit der angeborenen Pigmentstörung *Albinismus* – bleiben die Augen sehr hell, je nach Lichteinfall kann sogar der rote Augenhintergrund hindurchschimmern. „Bei Menschen mit okulärem Albinismus ist bekannt, dass die Augenentwicklung insgesamt beeinträchtigt ist“, sagt Cursiefen. Weil Melanin nicht nur in der Iris, sondern auch im Pigmentepithel der Netzhaut enthalten ist, kann es ohne diesen Farbstoff zu deutlichen Fehlentwicklungen im Augenhintergrund und nachfolgenden Sehstörungen kommen.

Helle Augen: Höheres Risiko für Aderhaut-Tumoren und Altersabhängige Makula-(Netzhaut)degeneration (AMD)

Doch auch wenn man vom Extremfall der Pigmentstörung absieht, kann sich der Melaningehalt der Iris



Prof. Dr. med. Nikolaos Bechrakis
Präsident der DOG und Direktor
der Universitätsaugenklinik Essen

auf die Augengesundheit auswirken. Denn so wie in der Haut schützt das Melanin auch in der Iris vor dem Einfluss des Sonnenlichts. Es filtert sowohl den sichtbaren Teil des Lichtspektrums – Menschen mit sehr hellen Augen reagieren daher besonders empfindlich auf starken Lichteinfall – als auch dessen UV-Anteil. Bei *niedrigerem Melaningehalt steigt* deshalb auch das Risiko, an einem so genannten uvealen *Melanom* zu erkranken, einem aggressiven Tumor der Aderhaut. „Dieser Krebstyp ist zwar sehr selten, er findet sich jedoch bei Menschen europäischer Abstammung *20 bis 30 mal häufiger* als bei Menschen asiatischer oder afrikanischer Abstammung“, erläutert Professor **Dr. med. Nikolaos Bechrakis**, Präsident der DOG und Direktor der Universitätsaugenklinik Essen. Mit einem geringeren Schutz vor den schädlichen Auswirkungen des Sonnenlichts lässt sich vermutlich auch die Beobachtung erklären, dass Menschen mit hellen Augen eher eine **altersabhängige Makuladegeneration (AMD)** (Netzhautschädigung) entwickeln als Menschen mit dunklen Augen. „Bei der Entstehung der AMD spielen freie Radikale, oxidativer Stress und die Ansammlung von Abfallprodukten im Bereich der Netzhaut eine Rolle – Prozesse, die durch UV-Licht verstärkt werden“, erläutert Cursiefen. Ein Zusammenhang zwischen Augenfarbe und AMD-Risiko sei zwar nicht in allen Studien gefunden worden, so der Experte. „Eine umfangreiche Metaanalyse mit fast 130.000 Teilnehmenden konnte jedoch belegen, dass zumindest die feuchte Form der AMD bei Menschen europäischer Herkunft deutlich häufiger ist als bei Menschen mit asiatischen oder afrikanischen Wurzeln“, berichtet der Kölner Augenarzt. Ob dies hauptsächlich auf die Augenfarbe zurückzuführen ist, oder ob auch andere genetische Faktoren eine Rolle spielen, ist allerdings noch unklar.

Dunkle Augen: Mehr Grauer Star, häufiger Komplikationen bei Transplantationen

Bei der Entwicklung einer Linsentrübung, auch *Grauer Star* oder *Katarakt* genannt, sind Dunkeläugige dagegen im Nachteil. Diese Augenerkrankung entwickelt sich bei Menschen mit *braunen Augen zwei bis viermal so häufig* wie bei blauäugigen Menschen – ein Effekt, der auch innerhalb der weißen Bevölkerung nachgewiesen wurde und somit von der "Abstammung" (Ethnie) unabhängig zu sein scheint. „Eine Theorie hierzu besagt, dass in der

vorderen Augenkammer eine umso höhere Temperatur herrscht, je mehr Licht durch die Iris absorbiert wird“, erläutert Cursiefen. Bei dunkler Iris wäre demnach mit einer leicht erhöhten Temperaturbelastung zu rechnen, die wiederum einen bekannten Risikofaktor für die Entstehung des Grauen Stars darstellt. So ist die *hitzebedingte Katarakt etwa bei Schweißern als Berufskrankheit* anerkannt.

Auch das *Ergebnis operativer Eingriffe* am Auge kann von der Augenfarbe abhängen. Bei einer Hornhauttransplantation, bei der die Hornhaut in ihrer gesamten Dicke ausgetauscht wird („perforierende Keratoplastik“), werden Abstoßungsreaktionen und andere Komplikationen häufiger beobachtet, wenn die Iris dunkel ist. „Hier wird ein Einfluss des Melanins auf das Immungeschehen in der vorderen Augenkammer vermutet“, sagt Cursiefen. Womöglich verstärke das Pigment entzündliche Prozesse.

Unabhängig von dieser Beobachtung nimmt die Zahl der klassischen (perforierenden) Hornhauttransplantationen seit einigen Jahren stark zugunsten minimal invasiver Techniken ab. In einer eigenen Arbeit haben Cursiefen und Kollegen daher die Komplikationsrate bei der minimal invasiven Keratoplastik (DMEK - „Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty“) untersucht, bei der lediglich die innerste Schicht der Hornhaut transplantiert wird. „Hier konnten wir keinen Effekt der Augenfarbe auf das Transplantatüberleben nachweisen“, so Cursiefen. Offenbar sei es durch den wesentlich schonenderen Ansatz gelungen, eine Immunaktivierung im Auge zu vermeiden und so den Einfluss des Melanins auszuschalten.

Ziel ist, erhöhte Risiken durch die Irisfarbe auszugleichen

„Die Beispiele zeigen, dass scheinbar unbedeutende Faktoren wie die Augenfarbe im klinischen Alltag durchaus relevant sein könnten“, so das Resümee der DOG-Experten. Nun gelte es, diese komplexen Zusammenhänge weiter zu definieren, bei der Behandlung zu berücksichtigen und, wo immer möglich, erhöhte Risiken und Nachteile auszugleichen.

Quelle: *DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom vom 13. Juni 2023*

Wieder befreit durchatmen mit SIMEOX



Schleim in der Lunge – Ein nicht zu unterschätzendes Problem vieler Lungenerkrankungen

Viele Lungenerkrankungen wie z.B. Bronchiektasen oder COPD führen zu einer ständigen Verschleimung der Lunge. Dieser Schleim lässt sich oftmals nur schwer aus der Lunge bekommen. Die Folge ist, dass man schlechter Luft bekommt und die Atmung beeinträchtigt wird, Hustenanfälle den Alltag erschweren und den Schlaf stören.

Simeox – Eine wirksame Therapie gegen den Schleim

Wer dauerhaft von übermäßigem oder zähem Schleim in der Lunge betroffen ist, braucht eine wirksame Therapie, um den Schleim aus den Atemwegen zu befördern. Simeox wurde als Sekretmobilisationsgerät genau zu diesem Zweck entwickelt, um Patienten von ihrer Sekretlast zu befreien. Nach jahrelanger Forschung, gemeinsam mit renommierten Instituten, wurde ein pneumatisches Signal identifiziert, auf dem die Wirkung von Simeox basiert. Dieses Signal erzeugt während der Therapie drei Effekte:

- Verflüssigung des Sekrets durch Oszillation/Vibration
- Ablösung des Sekrets von den Gefäßwänden
- Unterstützung der Bewegung von körpereigenen Flimmerhärchen in den Atemwegen (Zilien)

Durch diese Effekte kann Ihnen Simeox dabei helfen, den belastenden und zähen Schleim, insbesondere auch aus den tiefen Bereichen der Lunge, zu verflüssigen, abzutransportieren und letztendlich abzu husten.

Während der Einatmung geht es darum, durch eine langsame Einatmung möglichst viel Luft „hinter“ das Sekret zu bekommen, das die Atemwege verengt.

Das Simeox-Signal wird dann während der Ausatmung aktiviert. Dabei wird das Sekret verflüssigt und in Richtung der zentralen Atemwege zum Abhusten bewegt.



Die Anwendung erfolgt in entspannter Ruheatmung und das Gerät ist ausschließlich in der Ausatemphase aktiv. Im Vergleich zu anderen Atemtherapiegeräten ermüdet man nicht so schnell. Simeox ist einfach zu bedienen und kann zu Hause selbstständig angewendet werden.

Simeox hilft Ihnen so, die Belastung durch den festsitzenden Schleim zu reduzieren und wieder freier zu atmen.

Erfolgreiche Simeox Anwendung

Simeox wird bereits in vielen Lungenzentren und pneumologischen Rehabilitationskliniken in Deutschland erfolgreich eingesetzt. Auch viele Physiotherapeuten, die auf die Behandlung von Atemwegspatienten spezialisiert sind, arbeiten mit Simeox. Wichtig ist dabei die regelmäßige Anwendung. Bei chronischem Sekretverhalt bietet sich die tägliche, selbstständige Nutzung zu Hause an.

Mit Simeox zu Hause effektiv therapieren

Simeox ist für den Einsatz zu Hause zugelassen und verordnungsfähig. Gesetzliche und private Krankenkassen übernehmen die Kosten, wenn die therapeutische Erforderlichkeit vom behandelnden Arzt attestiert wird. Eine Geräteerprobung ist dann sinnvoll, wenn Feuchtinhalation und OPEP Geräte bereits verwendet wurden. Eine Simeox-Testung kann unverbindlich und kostenlos beim Hersteller angefragt werden.

Weiterführende Informationen, Studien und Anfragen zur Gerätetestung unter:

PhysioAssist GmbH
Stadtplatz 10
83714 Miesbach

Email: kontakt@physio-assist.de
Telefon: 08025 925 95 88
www.physioassist.de



Hautkrebs – Kann ich mich schützen?



Foto: AdobeStock / Jurekphoto

Die Haut ist das größte Organ unseres Körpers. Sie schützt uns vor vielen Dingen wie Verletzungen, Krankheitserregern und UV-Strahlen.

Manchmal verändern sich die Zellen der Haut. Aus einigen Veränderungen kann Krebs entstehen. Was Fachleute zum Schutz vor Hautkrebs empfehlen und was Früherkennung bringt, lesen Sie in dieser Information.

Wie häufig ist Hautkrebs?

Es gibt **hellen** und **schwarzen** Hautkrebs. Der helle Hautkrebs kommt häufiger vor. Jährlich wird er in Deutschland bei rund 200.000 Menschen festgestellt. An schwarzem Hautkrebs (Melanom) erkranken jedes Jahr etwa 25 tausend Menschen.

Hautkrebs – immer gefährlich?

Heller Hautkrebs ist nur selten bedrohlich: Er führt bei ungefähr 1 von 200 Erkrankten zum Tode. Schwarzer Hautkrebs dagegen ist seltener, aber gefährlicher: Etwa 1 von 8 Erkrankten stirbt daran.

Wann entsteht Hautkrebs?

Meist kommen mehrere Ursachen zusammen, wenn Hautkrebs entsteht. *Ein erhöhtes Risiko* besteht bei:

- hellem Hauttyp
- häufiger Belastung durch UV-Strahlen, zum Beispiel Anzahl der Sonnenstunden oder "Sonnenbrände"
- früherer Hautkrebserkrankung
- Hautkrebs in der Familie
- häufigem Kontakt mit Stoffen wie Teer, Arsen oder mit radioaktiven Strahlen sowie Röntgenstrahlung

Sich vor Hautkrebs schützen

Hautkrebs lässt sich nicht sicher verhindern. Aber einige Verhaltensweisen können dazu beitragen, das eigene Erkrankungsrisiko zu senken. Die wichtigste Empfehlung von Fachleuten: Schützen Sie sich vor zu hoher Belastung durch UV-Strahlen. Dabei raten die Fachleute zu einem dreistufigen Vorgehen:

1. **Starke Sonne meiden:** Bewegung an der frischen Luft ist wichtig und tut gut. Deshalb bedeutet „Sonne meiden“ nicht, dass Sie den ganzen Tag „drinnen hocken“ sollen. Aber bei hoher UV-Belastung ist es empfehlenswert, die Mittagssonne zu meiden oder den Schatten zu suchen. Vom Besuch eines Solariums raten Fachleute ab.
2. **Schutz durch Kleidung:** Leichte, lange Kleidung, Sonnenbrille und Kopfbedeckung sind hilfreich. Kleidung blockt Sonne aber nicht vollständig ab.

3. Sonnencreme für ungeschützte Hautstellen:

Wichtig sind ein passender Lichtschutzfaktor, eine wasserfeste Creme sowie ein Lippenchutz. Für das Eincremen des ganzen Körpers braucht eine erwachsene Person etwa 30 Milliliter Creme. Dies entspricht etwa der Größe eines Tischtennisballs.

Nahrungsergänzungsmittel mit Vitamin A, Beta-Karotin oder Selen schützen **nicht** vor Hautkrebs.

Hautkrebs früh erkennen

Es gibt eine besondere Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs. Nur speziell ausgebildete Ärztinnen und Ärzte dürfen sie durchführen. In der Regel gehen Sie dafür in eine Hausarzt- oder Hautarztpraxis. Der Arzt oder die Ärztin begutachtet Ihre gesamte Haut in hellem Licht und sucht sie mit dem bloßen Auge nach Auffälligkeiten ab. Dazu gehören auch die Kopfhaut, der Schambereich, das Zahnfleisch, die Zehenzwischenräume und die Fußsohlen. Eine verdächtige Stelle wird genauer untersucht. Möglicherweise schneidet Ihr Arzt oder Ihre Ärztin sie heraus und lässt sie im Labor untersuchen. Oftmals bestätigt sich der Krebsverdacht nicht.

Auf einen Blick:

- UV-Strahlung ist eine wichtige Ursache dafür, dass Haut krebs entsteht.
- Fachleute empfehlen, starke Sonne zu meiden, sich durch passende Kleidung zu schützen und, wenn nötig, Sonnencreme zu verwenden.
- Fachleute raten dazu, die Haut von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen sowie von Menschen mit Immunschwäche besonders gut vor UV-Strahlung zu schützen.
- Früherkennung von Hautkrebs wird für Versicherte ab 35 Jahren angeboten. Sie soll Krebs frühzeitig entdecken, • damit man ihn erfolgreich behandeln kann.
- Ob sich durch diese Früherkennungsuntersuchung Todesfälle durch Hautkrebs verhindern lassen, wurde bislang nicht in guten Studien untersucht.

Wie oft findet die Untersuchung statt?

Derzeit können Fachleute nicht sagen, wie lang der Abstand zwischen den einzelnen Früherkennungsuntersuchungen sein soll. Gesetzliche Krankenkassen zahlen diese Untersuchung *alle 2 Jahre für Versicherte ab 35 Jahren*.

Was bringt die Untersuchung?

Mögliche Nutzen:

Die Untersuchung soll Hautkrebs frühzeitig erkennen, damit er erfolgreich behandelt und Schlimmeres ver-

hindert werden kann. Der Nutzen der Früherkennung wurde allerdings bisher nicht in aussagekräftigen Studien untersucht. Das heißt: Ob sich so Todesfälle durch Hautkrebs verhindern lassen, weiß man bislang nicht. Möglicherweise treten fortgeschrittene Melanome infolge der Früherkennung seltener auf.

Die Untersuchung selbst hat keine Risiken. Ein Krebsverdacht lässt sich recht einfach durch einen kleinen Eingriff überprüfen. Und wenn die Haut in regelmäßigen Abständen untersucht wird, fallen plötzliche Veränderungen eher auf und man kann auf frühere Befunde zurückgreifen.

Mögliche Schäden:

Auch hier fehlen verlässliche Studien. Sicher ist, dass in Folge der Untersuchung auch Hautstellen herausgeschnitten werden, die sich später als harmlos herausstellen. Wie häufig das vorkommt, ist aber nicht klar: In den vorhandenen Studien schwanken die Angaben von 3 bis zu 180 Fehlalarmen pro bestätigtem Hautkrebsverdacht. Die Hautstelle kann wehtun und es können sich Narben bilden. Möglicherweise wird durch die Untersuchung auch Hautkrebs entdeckt, der ohne Früherkennung nie aufgefallen wäre und zeitlebens keine Beschwerden bereitet hätte. Dann erhält man unnötig eine Angst machende Krebsdiagnose und eine nicht notwendige Behandlung.

Zudem ist es denkbar, dass Hautkrebs trotz sorgfältiger Prüfung übersehen wird. Sie nehmen eine verdächtige Stelle dann vielleicht nicht ernst genug, weil Sie sich zu sehr auf die Untersuchung verlassen.

Was Sie selbst tun können

- Starke UV-Belastungen und die Anzahl der "Sonnenbrände" erhöhen das Risiko für Hautkrebs. Die Haut von Kindern und Jugendlichen ist besonders empfindlich. Ein guter Sonnenschutz ist hier sehr bedeutsam. Säuglinge sollen grundsätzlich nicht direkter UV-Bestrahlung ausgesetzt werden.
- Sonnensegel sind ein einfaches Mittel, um für Schatten zu sorgen, wo Kinder spielen. Sprechen Sie, wenn nötig, Schule, Kindergarten oder Sportverein gezielt darauf an.
- Menschen mit Immunschwäche erkranken etwas häufiger an Hautkrebs. Das gilt auch bei unterdrücktem Immunsystem nach einer Organtransplantation. Ein gründlicher Sonnenschutz ist hier hilfreich.
- Blicken Sie nie direkt in die Sonne – dies gilt auch, wenn Sie eine Sonnenbrille tragen.



Foto: AdobeStock / Fly_Dragonfly

I. Quellen, Methodik und Links
 Diese Information beruht auf der S3-Leitlinie „Prävention von Hautkrebs (AWMF-Reg.-Nr. 032-052OL)“ und deren Patientenversion des Leitlinienprogramms Onkologie. Das Programm wird getragen von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft.

Methodik und Quellen:
 • www.patienten-information.de/kurzinformationen/hautkrebs- praevention#methodik
Weitere Kurzinformationen zu Gesundheitsthemen:
 • www.patienten-information.de

II. Kontakt Selbsthilfe
 Wo Sie eine Selbsthilfeorganisation in Ihrer Nähe finden, erfahren Sie bei der NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen):
 • www.nakos.de / Telefon: 030 31018960

- Fachleute raten dringend vom Besuch eines Solariums ab. Wer ins Solarium geht, hat ein höheres Risiko Hautkrebs zu entwickeln – besonders ein Melanom. Das Risiko steigt mit der Häufigkeit der Solarienbesuche.
- Überlegen Sie in Ruhe, ob Sie an der Früherkennung von Hautkrebs teilnehmen möchten. Wägen Sie mögliche Vor- und Nachteile ab.
- Wenn Sie unsicher sind oder bei sich eine auffällige Hautstelle entdecken, machen Sie einen Termin in Ihrer Arztpraxis. Dies sollten Sie auch dann tun, selbst wenn die letzte Untersuchung der Haut möglicherweise noch nicht lange her ist.

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

Anzeige

GCE Healthcare

- Einfache Bedienung
- Hohe Sauerstoffleistung
- Für Flugreisen geeignet
- Übersichtliches LCD-Display
- Atemzuggesteuert und Konstantflow

Zen-O™
Zen-O lite™

Unsere mobilen Sauerstoffkonzentratoren ermöglichen Ihnen ein aktives Leben.

GCE GmbH • Weyhser Weg 8 • 36043 Fulda • 0661/8393-93 • sales-med@gcegroup.com • www.gcegroup.com

Mukoviszidose – Was Großeltern darüber wissen sollten



Ihr Kind hat Mukoviszidose oder es besteht der Verdacht darauf. Hier erhalten Sie einen ersten Überblick über diese Erkrankung. Sie erfahren auch, wo Sie für Ihre Familie Unterstützung finden.

Die Erkrankung
 Mukoviszidose – auch Cystische Fibrose (kurz: CF) – ist eine erbliche Multiorgan-Erkrankung, die lebenslang bestehen bleibt. Sie wird bei etwa 150 bis 200 Neugeborenen jedes Jahr in Deutschland festgestellt. Die Eltern sind in der Regel nicht erkrankt. Sie tragen neben der gesunden Erbanlage aber immer auch eine veränderte in sich. Wenn beide Eltern gleichzeitig diese weitervererben, erkrankt das Kind. Jedes Kind dieses Paares ist mit einer Wahrscheinlichkeit von 1 zu 4 betroffen. Das bedeutet, es können auch mehrere Kinder in einer Familie erkranken.

Normalerweise bilden die Drüsen in Organen wie Lunge oder Bauchspeicheldrüse einen dünnflüssigen Schleim. Bei Mukoviszidose ist das anders: Der Schleim ist zäh und klebrig. Er verstopft die Drüsen und läuft nicht mehr ab. Es kommt zu immer wiederkehrenden Entzündungen. Die Organe können nicht mehr richtig arbeiten.

Anzeichen und Beschwerden
 Die Krankheitszeichen sind von Kind zu Kind unterschiedlich ausgeprägt. Auch wie die Krankheit verlaufen wird, lässt sich nicht sicher vorhersagen.

Manche Neugeborene haben schon bei der Geburt einen Darmverschluss durch klebrigen Stuhl. Die meisten Kinder entwickeln im ersten Lebensjahr Auffälligkeiten, manche aber auch später – teilweise erst im Jugend- oder Erwachsenenalter.

Häufig sind die Kinder anfällig für Infekte. Sie sind untergewichtig, wachsen nicht so gut und sind körperlich weniger belastbar. Oft haben sie auch Probleme mit der Verdauung. Im Einzelnen können auftreten:

- **Lunge und Bronchien:** ständiger Husten mit Auswurf, wiederholte Atemwegsinfekte, Lungenentzündungen
- **Bauchspeicheldrüse und Darm:** Bauchschmerzen, Verdauungsstörungen (Durchfall, Verstopfung, fettige oder schleimige Stühle), Untergewicht, verzögerte körperliche Entwicklung, Mangel an Vitaminen und Spurenelementen
- **Schweißdrüsen:** ungewöhnlich salziger Schweiß, Schlappeheit durch Salzverlust (besonders bei Fieber und körperlicher Betätigung)

- **Nase und Nasennebenhöhlen:** häufige Entzündungen, behinderte Atmung, verstopfte Nase durch Polypen
- **Leber und Gallenwege:** Gallensteine, erhöhte Leberwerte, Schrumpfleber (Leberzirrhose)

Die Erkrankung schreitet mit der Zeit fort. In Deutschland liegt die *durchschnittliche Lebenserwartung* eines heute mit Mukoviszidose geborenen Kindes bei 57 Jahren. Frauen können schwanger werden. Männer sind oft zeugungsunfähig. Mukoviszidose wirkt sich nicht auf die Intelligenz der Betroffenen aus. Sie ist auch nicht ansteckend.

Untersuchungen

Mukoviszidose wird meist im Rahmen des Neugeborenen-Screenings erkannt. Dieses wird in Deutschland flächendeckend angeboten. Eine Ärztin oder ein Arzt entnimmt dafür dem Neugeborenen am 2. bis 3. Lebenstag Blut aus der Ferse. Bei einem auffälligen Ergebnis kann man mit einem sogenannten Schweißtest die Mukoviszidose nachweisen. Auch ältere Kinder sollten diesen Test bei Verdacht auf Mukoviszidose erhalten. Beim Schweißtest regt ein Medikament, das in der Regel auf den Unterarm aufgetragen wird, die Schweißbildung an. Der übermäßige Salzgehalt im Schweiß lässt sich zuverlässig feststellen. Es ist ratsam, diese Untersuchung in einer spezialisierten Einrichtung durchführen zu lassen.

Auf einen Blick:

- In Deutschland leben etwa 8 000 bis 10 000 Menschen mit dieser angeborenen Multiorgan-Erkrankung.
- Die Drüsen im Körper bilden einen dickflüssigen Schleim. Organe wie Lunge oder Bauchspeicheldrüse werden dadurch dauerhaft geschädigt.
- **Anzeichen** können sein: ständiger Husten, Atemnot, wiederkehrende Infekte, Untergewicht, Bauchschmerzen, fettige Stühle, verzögertes Wachstum.
- Mukoviszidose ist bislang nicht heilbar. Fachleute empfehlen aufgrund der vielfältigen Beschwerden eine lebenslange Betreuung in einer spezialisierten Mukoviszidose-Einrichtung.
- Behandlungsmöglichkeiten sind zum Beispiel: eine ausgewogene, energiereiche Ernährung, Atem-Physiotherapie, Sport, Medikamente wie Ersatz-Eiweiße (Enzyme) der Bauchspeicheldrüse zur Verdauung, fettlösliche Vitamine, Inhalationen zur Schleimlösung, Antibiotika und CFTR-Modulatoren.

Untersuchungen

Wurde die Diagnose durch zweimaligen Schweißtest bestätigt, sollte das Blut Ihres Kindes auf die veränderte Erbanlage getestet werden. Denn auf dem verantwortlichen Gen gibt es verschiedene Veränderungen, die zu unterschiedlich starken Beschwerden führen.

Regelmäßige Kontrolluntersuchungen, etwa von Größe, Gewicht, Infektionserregern, Blut, Lunge und Leber, begleiten Ihr Kind dauerhaft.

Behandlungen

Bislang ist die Erkrankung nicht heilbar. Verschiedene Behandlungen lindern die Beschwerden oder zögern sie hinaus. Ein früher Behandlungsbeginn kann die körperliche Entwicklung und die Lebensqualität verbessern. Heute leben Menschen mit Mukoviszidose deutlich länger als früher.

Die vielen gesundheitlichen Schwierigkeiten erfordern, dass das Kind lebenslang und umfassend unterstützt wird. Fachleute empfehlen die Betreuung durch ein Spezialisten-Team in einem Mukoviszidose-Zentrum. Ziel ist, dass das Kind so normal wie möglich lebt und aufwächst.

Die Behandlung setzt sich aus mehreren unterschiedlichen Maßnahmen zusammen. Dazu gehören unter anderem:

- Eine angepasste Ernährung mit Zusatz von fettlöslichen Vitaminen ist wichtig. Bei den Mahlzeiten helfen Medikamente (Enzyme der Bauchspeicheldrüse), besser zu verdauen. Die Dosis richtet sich nach der Fettmenge. Ernährungsberatungen helfen Ihnen dabei.
- Tägliche Inhalationen mit Medikamenten und Atemübungen lösen den zähen Schleim und helfen beim Abhusten.
- Regelmäßige Bewegung und Sport helfen, die Gesundheit weiter zu verbessern.
- Bei Infektionen können Medikamente wie Antibiotika erforderlich sein.

Es ist hilfreich, diese Maßnahmen so weit wie möglich in den normalen Tagesablauf einzubetten.

Neue Medikamente: CFTR-Modulatoren

Mittlerweile gibt es spezielle Medikamente, sogenannte CFTR-Modulatoren, mit denen die meisten Betroffenen gezielt behandelt und die Veränderungen in den Körperzellen teilweise ausgeglichen werden können. Sie sind in Abhängigkeit von den persönlichen genetischen Befunden und dem Alter der Betroffenen zugelassen.

Viele weitere Wirkstoffe werden in Studien geprüft. Fragen Sie das Behandlungsteam.

Was Sie selbst tun können

- Lassen Sie das Kind in einer spezialisierten Mukoviszidose-Einrichtung betreuen. Nehmen Sie dort an Schulungen und Beratungen teil. Hier finden Sie eine Einrichtung in Ihrer Nähe: www.muko.info/adressen/cf-einrichtungen.
- Für das Baby ist Muttermilch empfehlenswert – alternativ Säuglingsnahrung. Die Beikost sollte ab dem 5. Monat beginnen. Sollte das Kind nicht ausreichend gedeihen, kann man auf eine energiereiche Säuglingsmilch umstellen und die Beikost entsprechend anreichern.
- Atemwegsinfektionen verlaufen bei Mukoviszidose oft schwer. Um Infektionen vorzubeugen, ist regelmäßiges und gründliches Händewaschen mit Wasser und Seife für Betroffene sowie alle Kontaktpersonen wichtig.
- Fachleute raten dazu, dass betroffene Kinder alle von der STIKO empfohlenen Impfungen erhalten sollen. Zusätzlich empfehlen sie eine Impfung gegen Hepatitis-A und die jährliche Grippe-Schutzimpfung (Influenza).
- Bei Fragen zur Vererbung oder Testung veränderter Erbanlagen informieren Sie sich in einer spezialisierten Einrichtung, die Ihnen auch eine geeignete humangenetische Beratungsstelle vermitteln kann.

I. Quellen, Methodik und Links

Diese Information wurde vom ÄZQ im Rahmen eines kooperativen Projektes mit der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e. V. erstellt. Der Inhalt beruht unter anderem auf der „S3-Leitlinie: Mukoviszidose bei Kindern in den ersten beiden Lebensjahren (AWMF-Reg.-Nr. 026-024)“ und auf Empfehlungen von Fachleuten.

Methodik und Quellen:

- www.patienten-information.de/kurzinformationen/mukoviszidose#methodik

II. Kontakt Selbsthilfe

In der ACHSE e. V. haben sich Patientenorganisationen zusammengeschlossen und sich auf gemeinsame Standards für eine unabhängige Selbsthilfearbeit geeinigt. www.achse-online.de/pi, Telefon: 030 3300708-0, E-Mail: info@achse-online.de

Quelle:
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

OXYCARE Luftpost Medical Group
FON +49(0)421 48 99 66 · www.oxycore.eu

Shop: www.oxycore.eu

Beatmung mit COPD-Modus

(ähnlich der sog. Lippenbremse)

• **prisma VENT 30/40/50/50-C/ LUISA** von Löwenstein Medical

• **OXYvent Cube 30 ATV**
- Target Volumen
- Target Minuten Volumen
und Triggersperrzeit einstellbar

Made in Germany
Angebotsspreis*
2.695,00 €



Informationen über Geräte und NIV Beatmung bei COPD auf unserer Website:
www.oxycore-gmbh.de:Therapie/Beatmung

Sauerstoffversorgung

- Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

Aktion EverFlo inkl. GRATIS
Fingerpulsoxymeter OXY310
595,00 €*

- **SimplyGo**, mit 2 l/min Dauerflow
- **SimplyGo Mini**, ab 2,3 kg
- **Inogen Rove 6**, ab 2,15 kg **NEU**
- **Platinum Mobile POCI**
- **Freestyle Comfort** Inogen Rove 6 ab 1.950,00 €*
- **Eclipse 5**

Inhalation & Sekretolyse

• **Pureneb AEROSONIC+** mit 100 Hz Schall-Vibration

z.B. bei Nasennebenhöhlenentzündung
• Erhöhte Medikamentendeposition bei gleichzeitiger Behandlung beider Naseneingänge durch speziellen Nasenaufsatz

Ideal für die
Sinusitis-Therapie

• **IPPB Alpha 300 + PSI**

Intermittierend Positive Pressure Breathing
- Prä- und postoperatives Atemtraining
wirkt sich kräftigend und erweiternd auf das Alveolargewebe aus
- Einstellbarer Expirationswiderstand (Lippenbremse, Intrinsic PEEP, Air Trapping)
- Unterstützt bei der Einatmung mit einem konstanten Inspirationsfluss, **PSI = Pressure Support Inhalation**, dadurch Erhöhung der Medikamentendeposition

IPPB Atemtherapie
mit Pressure Support
Inhalation (PSI)

GeloMuc/RC-Cornet plus/ PowerBreathe MedicPlus/ Quake/RC-FIT® Classic/ Acapella versch. Modelle

Finger-Pulsoxymete OXY 310

*solange der Vorrat reicht

29,95 €

Abbildungen können abweichen, Preisänderungen/Druckfehler vorbehalten.

Von A wie Asthma bis Z wie Zukunft:

Wie kann die Digitalisierung die Asthmaversorgung verbessern?

Advertorial mit freundlicher Unterstützung von Sanofi



Der Begriff „Digitalisierung“ ist in aller Munde und kommt immer mehr im Gesundheitswesen an. Auch die Deutschen werden digitaler, so aktuelle Umfragen. Demnach suchen 63 Prozent im Internet nach Informationen zu einer Krankheit und deren Diagnose oder Behandlung. Mehr als die Hälfte holt online eine Zweitmeinung ein. Digitalisierung bedeutet weit mehr als reine Informationsbeschaffung im Internet.

5 digitale Anwendungen

zur Unterstützung der Asthmabehandlung

In diesem Bereich hat sich in den letzten Jahren viel getan. Immer neue Ideen und Entwicklungen sollen die Asthmatherapie und das Leben mit (schwerem) Asthma erleichtern.

Einige digitale Anwendungen haben sich bereits gut etabliert, während andere (z. B. die Telemedizin) derzeit noch weniger bekannt und verbreitet sind.

1. Apps: Sie können dazu beitragen, Symptome zu erkennen und einzuordnen. Auch helfen spezielle Anwendungen dabei, das Rauchen aufzugeben. Darüber hinaus gibt es digitale Asthma-Tagebücher fürs Smartphone. Einige von ihnen bieten Zusatzfunktionen an, wie eine Medikamentenliste, die Erinnerung an Peakflow-Messungen sowie eine regionale Pollenvorhersage oder Atemübungen. Außerdem dienen manche Anwendungen als

Ergänzung zu einem Medizinprodukt, etwa einem Inhalator, und dokumentieren alle gemessenen Werte und Entwicklungen.

Gut zu wissen: Anwendungen, die vom *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* als Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) eingestuft wurden, können sogar ärztlich verschrieben werden. Die Kosten tragen in der Regel die gesetzlichen Krankenkassen.

2. Informationswebsites: Asthma ist eine komplexe Erkrankung mit vielen Facetten.

Umso wichtiger ist es, dass Menschen mit Asthma und ihr Umfeld leicht verständliche und wissenschaftlich anerkannte Informationen erhalten, z. B. auf Asthma-Aktivisten.de.

3. Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU):

Seit 2023 ist es einfacher eine Krankschreibung auszustellen bzw. zu erhalten. Im Anschluss an die ärztliche Untersuchung übermittelt die Arztpraxis bzw. das Krankenhaus die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auf direktem elektronischem Wege an die gesetzliche Krankenkasse. Diese leitet die Krankschreibung wiederum an den Arbeitgeber weiter. Das bedeutet für gesetzlich Versicherte, dass sie keine Krankmeldung in Papierform mehr an den Arbeitgeber und die Krankenkasse senden müssen. Wichtig: Für Privatversicherte ist (derzeit) keine eAU möglich.

4. Telemedizin: Digitale Hilfsmittel wie Videotelefonie ermöglichen den Kontakt zu Ärzt*innen auch über eine räumliche Distanz hinweg. So sparen sich die Patient*innen oft längere Wege und Wartezeiten. Da noch nicht alle Lungenfachärzte bzw. -ärztinnen diesen Service anbieten, sollte sich in der Praxis nach digitalen Beratungsmöglichkeiten erkundigt werden.

5. Online-Terminvergabe: Sie soll es ermöglichen, nahegelegene (Fach-)Arztpraxen zu finden und (Regel-)Termine online zu buchen – entweder direkt auf der Praxis-Website oder durch spezielle Apps. Derzeit nutzen aber noch nicht alle Arztpraxen eine digitale Terminvergabe. Daher lohnt es sich im Zweifelsfall, telefonisch nachzufragen.

Digitale und analoge Asthmaversorgung: am besten Hand in Hand

Digitale Maßnahmen können eine wertvolle Ergänzung zur gewohnten analogen Behandlung und Kommunikation sein. Dennoch sind regelmäßige ärztliche Untersuchungen für Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Asthma unerlässlich und unersetzbar. Persönliche Kontrolltermine sollten regelmäßig stattfinden und frühzeitig geplant werden. Auch bei akuten Beschwerden ist der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin die richtige Anlaufstelle.



Inga Bergen, Digitalexpertin mit Schwerpunkt Gesundheit, erklärt:

*„Digitale Gesundheitsanwendungen können dabei helfen, relevante Probleme zu lösen. Digital Health bietet beispielsweise viele Möglichkeiten, um die Diagnose und Behandlung von Krankheiten wie Asthma zu verbessern. So kann die Digitalisierung nicht nur Daten verständlich aufbereiten, sondern auch dabei helfen, gute Gespräche zwischen Ärzt*innen und Patient*innen vorzubereiten. Außerdem können digitale Hilfsmittel Transparenz in die eigene Erkrankung bringen und das Selbstmanagement unterstützen: Menschen lernen, Krankheiten besser zu verstehen, ihre Gesundheit und ihre Befunde im Blick zu behalten und Krankheitsverläufe zu dokumentieren.“*

Weitere Informationen und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zum Thema Asthma sowie hilfreiche Tipps von Betroffenen und Expert*innen gibt es auf der Website www.Asthma-Aktivisten.de und in dem begleitenden Asthma-Podcast „ATMUNGSaktiv“ (überall dort hörbar, wo es Podcasts gibt).



Barrierearme Praxis

– Woran Sie eine Praxis mit wenigen Barrieren erkennen



Sind Parkplätze in der Nähe? Gibt es einen Aufzug oder nur Treppen? Wo sind die Toiletten? Stellen Sie sich manchmal solche Fragen? So wie Ihnen geht es auch anderen. Sie möchten eine Praxis leicht erreichen können und sich dort gut zurechtfinden.

Von einer Praxis mit wenigen Hindernissen profitieren nicht nur Menschen mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung, sondern alle. Eine große Barrierefreiheit kommt beispielsweise auch älteren Menschen, Eltern mit kleinen Kindern oder Personen mit Gipsbein zugute.

Diese Information zeigt, was Praxen und Sie selbst tun können, damit Ihr Arztbesuch möglichst ohne Hürden verläuft.

Was ist Barrierefreiheit?

Barrierefreiheit heißt, dass Einrichtungen oder Angebote für alle Menschen nutzbar sind. Das heißt: Um eine Praxis zu besuchen, sollen Menschen mit Behinderungen möglichst keine fremde Hilfe brauchen.

Viele Praxisinhaberinnen und -inhaber wissen das und achten darauf. Sie freuen sich über Verbesserungsvorschläge oder Hinweise, wo sie Barrieren abbauen können.

Barrierefreiheit immer möglich?

Eine komplett barrierefreie Praxis gibt es nur selten. Denn Barrierefreiheit hat Grenzen. So kann es sein, dass es in einem alten Haus keinen Fahrstuhl gibt oder die Räume verwinkelt sind. Und nicht immer gibt es jemanden, der eine Fremdsprache kann. Aber auch hier können kleine Maßnahmen den Weg zur Praxis oder das Gespräch erleichtern.

Die Praxis leicht erreichen

Eine leicht zugängliche Praxis erkennen Sie zum Beispiel an folgenden Punkten:

- Es gibt eine Haltestelle oder Parkplätze in der Nähe der Praxis. Behindertenparkplätze sind wünschenswert.
- Der Zugangsweg zur Praxis ist ebenmäßig, gut beleuchtet und hat keine Stolperfallen.
- Die Praxis ist gut ausgeschildert. Hausnummer, Schilder und Klingel sind gut zu erkennen.

- Die Klingel ist für jeden zu erreichen, auch für Menschen im Rollstuhl. Sie ist außerdem groß und leicht zu ertasten.
- Die Praxis ist im Erdgeschoss oder es gibt einen Aufzug. Rollstuhl-Rampen oder Treppenlifte können hilfreich sein. Manchmal ist auch ein barrierefreier Nebeneingang vorhanden.
- Die Eingangstür ist so breit, dass ein Rollstuhl, Rollator oder Kinderwagen problemlos durchpasst.
- Türen lassen sich leicht öffnen. Am besten ist ein automatischer Türöffner.

Hilfen in den Praxisräumen

Insbesondere für Menschen mit körperlichen Einschränkungen ist es wichtig, dass sie sich frei in der Praxis bewegen können und sich zurechtfinden. Beispiele hierfür sind:

- rutschhemmender Bodenbelag, keine Stolperfallen wie Kabel oder Türschwellen
- ausreichende, blendfreie Beleuchtung
- Schilder sind gut lesbar und in kontrastreicher Schrift
- ausreichender Platz im Anmeldebereich, in den Toiletten und Umkleiden
- Anmeldetresen sollten nicht zu hoch sein
- genügend Sitzmöglichkeiten, Stühle mit Armlehnen um sich abzustützen
- Handläufe und Stützgriffe zum Festhalten
- höhenverstellbare Untersuchungsgeräte, -stühle oder Liegen, Stufenhocker
- rollstuhlgeeignetes WC, ein Notrufknopf auf der Toilette
- Stockhalter oder gut erreichbare Garderobenhaken
- tastbare Schilder, zum Beispiel auf Treppengeländern
- schwierige oder wichtige Stellen sind gut markiert, wie große Glasflächen, Stufen oder Türschwellen
- Hörverstärker oder Induktionsschleifen für Menschen, die schlecht hören oder ein Hörgerät haben

Auf einen Blick

- Barrieren oder Hindernisse tauchen im Alltag oft auf und finden sich auch in Praxen. Hierzu zählen zum Beispiel Stufen, fehlende Schilder oder Verständigungsprobleme.
- Ein wichtiges Anliegen der Ärztinnen und Ärzte ist es, möglichst vielen Menschen einen freien Zugang zu ihrer Praxis zu ermöglichen. Aber trotz aller Bemühungen ist es nicht immer möglich, alle Barrieren komplett abzubauen.
- Sprechen Sie in der Praxis an, wenn Sie auf Hindernisse stoßen.

Sich verständigen

Manchmal ist es gar nicht so leicht zu verstehen, was das Praxisteam meint. Für Menschen mit Seh- oder Hörbehinderung, geistiger Behinderung oder geringen Deutschkenntnissen ist es oft noch schwieriger, sich zu verständigen. Folgendes kann Ihnen helfen:

- Fragen Sie nach, ob Terminvereinbarungen auch online oder per E-Mail möglich sind.
- Bitten Sie das Fachpersonal, deutlich und verständlich zu sprechen. Versuchen Sie, Blickkontakt zu den Mitarbeitenden zu halten.
- Wenn Sie etwas nicht verstehen, trauen Sie sich nachzufragen. Lassen Sie sich bei Bedarf Untersuchungen und Behandlungen mittels Bildern oder Modellen erklären.
- Fragen Sie, ob man Ihnen Rezepte oder Formulare vorlesen kann. Vielleicht hat die Praxis eine Lupe oder eine Lesehilfe, die Sie sich ausleihen können.
- Lassen Sie sich Materialien zum Nachlesen geben. Gesundheitsinformationen in Fremdsprachen oder in einer sehr leicht verständlichen Form, der sogenannten Leichten Sprache, finden Sie auf: www.patienten-information.de und www.patienten-information.de/leichte-sprache.

Was Sie selbst tun können

- Erkundigen Sie sich vor Ihrem ersten Praxisbesuch, ob sie auf für Sie wichtige Bedürfnisse eingerichtet ist. Gibt es beispielsweise Rampen oder Aufzüge? Fragen Sie, ob Ihnen im Bedarfsfall jemand aus der Praxis helfen kann.
- Überlegen Sie, ob Sie eine vertraute Person mitnehmen möchten. Teilen Sie dem Praxisteam mit, wenn eine weitere Person beim Termin dabei sein wird.
- Nicht jede Einschränkung ist für andere Personen sofort ersichtlich. Erklären Sie Ihre Situation und Bedürfnisse.
- Sprechen Sie das Praxisteam generell an, wenn Sie sich nicht allein zurechtfinden oder Hilfe benötigen.
- Sagen Sie sofort, wenn Sie etwas nicht verstehen und fragen Sie nach.
- Bitten Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, Informationen für Sie zu notieren, vorzulesen oder zu erläutern, zum Beispiel wie Medikamente einzunehmen sind.
- Liegt bei Ihnen eine Hörschädigung vor oder sprechen Sie nicht gut Deutsch, fragen Sie nach jemandem, der in Gebärdensprache oder in Ihre Sprache übersetzen kann.
- Geben Sie dem Praxisteam Rückmeldung, wenn Sie auf Hindernisse stoßen. Ein freundlich und sachlich vorgebrachter Verbesserungsvorschlag wird meist gern aufgenommen. Geben Sie auch



Foto: AdobeStock / AricaStudio

lobende Rückmeldungen, wenn Ihnen etwas gut gefallen hat.

- Haben Sie Verständnis dafür, dass sich nicht jede Praxis vollständig barrierefrei umgestalten lässt. Eine Praxis im 3. Stock eines Altbaus wird möglicherweise stets nur über Treppen erreichbar sein.
- Wichtig ist, dass Sie eine Praxis finden, in der Sie sich gut aufgehoben und wohl fühlen. Jeder setzt dabei andere Schwerpunkte. Wenn aus Ihrer Sicht wichtige Punkte in Bezug auf das Praxisteam und wenig Barrieren zutreffen, dann haben Sie für sich eine geeignete Praxis gefunden.

Wo kann ich eine Praxis finden?

Über die Arzt- und Psychotherapeutensuche der Kassenärztlichen Bundesvereinigung können Sie Praxen in Ihrer Nähe finden: www.arztsuche.116117.de.

Dort haben Sie die Möglichkeit, mit Filtern gezielt nach barrierefreien Praxen zu suchen. Dort können Sie ebenfalls Praxen finden, in denen eine bestimmte Fremdsprache gesprochen wird.

Mehr Informationen

I. Quellen, Methodik und Links

Methodik und Quellen

- www.patienten-information.de/kurzinformationen/barriere- arme-praxis#methodik
- Weitere Kurzinformationen zu Gesundheitsthemen: www.patienten-information.de

II. Kontakt Selbsthilfe

Wo Sie eine Selbsthilfeorganisation in Ihrer Nähe finden, erfahren Sie bei der NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen):

- www.nakos.de, Telefon: 030 3101 8960

Quelle:

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
(gemeinsames Institut von BÄK und KBV)
Straße des 17. Juni 106-108,
10623 Berlin
www.azq.de

Endlich Barrierefreiheit in Arztpraxen!



Foto: AdobeStock / Peter Atkins

Barrierefreiheit in Arztpraxen ist ein wichtiger Faktor für die Inklusion: Sie ermöglicht es Menschen mit Behinderungen, sich eigenständig um ihre Gesundheit zu kümmern und Arztbesuche ohne Hürden und fremde Hilfe zu bewältigen – so wie es die Behindertenrechtskonvention vorschreibt. Und in vielen Fällen profitieren auch andere Gruppen von Vorkehrungen wie einem stufenlosen Zugang, zum Beispiel Eltern mit Kinderwagen oder Menschen, die gerade mit Gipsbein und Krücken unterwegs sind.

Nach Auskunft der Stiftung Gesundheit verfügen in Deutschland rund 87.000 ambulante Arztpraxen und damit *fast die Hälfte* (48,2 Prozent) über *mindestens eine Vorkehrung*, die Barrieren abbaut oder vermeidet. Der Haken: Die Kriterien umfassen auch Einzelmerkmale wie das Vorhalten eines Behindertenparkplatzes oder eines höhenverstellbaren Behandlungstuhls, so dass *die meisten dieser Praxen bei weitem nicht barrierefrei* sind. Der Anteil der Praxen, die Kriterien für Menschen mit eingeschränkter Mobilität erfüllen, liegt mit 43,9 Prozent am höchsten. 20,0 Prozent der Arztpraxen sind auf Menschen mit *Hörbehinderung* eingerichtet. Menschen mit *Sehbehinderung* finden in 8,2 Prozent Praxen entsprechende Vorkehrungen, Menschen mit *kognitiven Einschränkungen* nur in 1,5 Prozent der Praxen.

Umso wichtiger ist es, dass Betroffene gezielt nach Praxen suchen können, die genau die benötigten Hilfen anbieten – in der *Arzt-Auskunft* und über das *Portal www.einfach-teilhabe.de* des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS).

Einen Überblick über die Verfügbarkeit von barrierefreien Arztpraxen in den verschiedenen Regionen in Deutschland gibt die *Stiftung Gesundheit* auf folgender Homepage: <https://www.stiftung-gesundheit.de/arzt-auskunft/barrierefreiheit/>.

Quelle

Fachinformation des Paritätischen Gesamtverbandes
10178 Berlin
vom 12. Juni 2023

Verkehrsclub testet Barrierefreiheit von Bus und Bahn



Der VCD Verkehrsclub Deutschland e.V. ist ein gemeinnütziger Umweltverband. Zum Start des „Deutschland-Tickets“ am 1. Mai 2023 hat der VCD untersucht, auf welche Barrieren Menschen stoßen, wenn sie mit Bus und Bahn unterwegs sind. In der daraus entstandenen Broschüre hinterfragt er, warum Bahn und ÖPNV in Deutschland noch nicht barrierefrei sind, und stellt Forderungen auf, die für mehr Barrierefreiheit im Verkehr sorgen sollen.

„Menschen mit Behinderungen haben die gleichen Bedürfnisse wie Menschen ohne Behinderungen: Sie wollen sich flexibel bewegen und selbständig von A nach B kommen. Viele würden außerdem gerne klimaneutral unterwegs sein, sind wegen der Barrieren im ÖPNV aber aufs Auto angewiesen“, stellt der VCD fest. Von der Fahrplan-Information über den Weg zur Haltestelle bis hin zu Bahnsteig oder Bustür – die Barrieren, die der VCD anführt, sind vielfältig. Ticketautomaten seien für viele unbedienbar, die Tarifsysteme kompliziert und die Kosten hoch. Apps seien für viele nicht nutzbar. Nicht abgesenkte Bordsteine, unbefestigte und unebene Wege und steile Rampen behinderten das Fortkommen für Menschen mit Mobilitätseinschränkung. Zu kurze Grünphasen, weder taktile noch akustische Hilfen an Ampeln oder schlechte Beleuchtung – all das könne zum Problem werden.

Darüber hinaus ist dem VCD zufolge die Datenlage schlecht: „Wie es um die Barrierefreiheit von ÖPNV-

Haltestellen steht, ist schwer zu beziffern, da die Bundesländer darüber selbst kaum flächendeckende Informationen haben.“ U-Bahnhöfe seien in der Regel gut barrierefrei zugänglich, Aufzüge gebe es meist – sofern sie funktionieren. Bei Bushaltestellen dagegen sieht der Verband erheblichen Nachholbedarf, auch weil der barrierefreie Umbau teuer sei. Dafür würden fast überall nur noch Niederflurbusse eingesetzt, die Fahrzeuge selbst seien also häufig gut barrierefrei zugänglich.

Größtes Problem in den Bahnhöfen: die Bahnsteigkanten, die historisch bedingt unterschiedlich hoch sind. „Dies kann dazu führen, dass man mit demselben Zug am Start- und am Zielbahnhof auf unterschiedlich hohe Stufen trifft. Wirklich barrierefrei ist die Reisekette aber nur, wenn sowohl der Ein- als auch der Ausstieg niveaugleich möglich ist“, so der VCD. Wo kein niveaugleicher Einstieg möglich ist, kommen als Einstiegshilfen mobile Rampen oder Hublifte zum Einsatz. Das Ziel müsse aber sein, dass alle Reisenden ohne Einstiegshilfe, ohne Assistenz durch das Personal und ohne Voranmeldung in den Zug kommen – erst dann sei selbstbestimmte Mobilität auch für mobilitätseingeschränkte Menschen möglich.

Quelle: Pressemeldung der DVfR (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation) vom 17.05.2023

Keuchhusten – hochansteckend und dennoch unterschätzt

Darum sind Menschen mit COPD und Asthma besonders gefährdet



Chronische Erkrankungen der Atemwege, wie COPD oder Asthma, erschweren vielen Betroffenen den Alltag und machen körperliche Aktivitäten zur Zerreißprobe. Dass diese „Volks“-erkrankungen nicht nur einschränkend, sondern auch ein Risiko für weitere Erkrankungen sein können, ist nur wenigen bekannt: Patienten mit COPD haben ein ca. 2,5fach erhöhtes Risiko, an Keuchhusten zu erkranken, bei Asthmatikern ist das Risiko sogar bis zu viermal erhöht. Keuchhusten zählt zu den belastendsten akuten Erkrankungen der Atemwege und kann gerade für Menschen mit chronischen Erkrankungen der Lunge sehr gefährlich werden. Es kann zu Krankenhausaufenthalten und starken, langanhaltenden Krankheitsfolgen kommen. Keuchhusten kann bei Erwachsenen mit Asthma langfristige (> 6 Monate) negative Auswirkungen haben – wie z.B. eine Verstärkung ihrer Asthmasymptome, länger anhaltender Husten, häufigere nächtliche Symptome sowie einen steigenden Bedarf an Notfallmedikamenten. Weitere Folgen können Rippenbrüche, eine Lungenentzündung, Hirnhautentzündung oder Inkontinenz gerade bei älteren Patienten sein.

Die hochansteckende Erkrankung Keuchhusten (lat. Pertussis), wird durch das Bakterium Bordetella Pertussis ausgelöst. Es befällt die oberen Atemwege und vermehrt sich dort. Übertragen wird das Bakterium durch Tröpfchen in der Luft, zum Beispiel beim Sprechen, Husten oder Niesen. Auch symptomlos erkrankte Menschen können das Bakterium übertragen. Typische Symptome sind krampfartige, schmerzhafte Hustenanfälle, die stoßweise erfolgen und mehrere Wochen oder sogar Monate andauern können. Anders als landläufig angenommen, erkranken nicht nur Kinder an Keuchhusten: Von den jährlich etwa 12.000 gemeldeten Fällen in Deutschland finden sich die meisten Erkrankten unter den Erwachsenen. Jeder Dritte von ihnen ist 50 Jahre oder älter.

Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt über Ihr Risiko für Keuchhusten und lassen Sie sich über die empfohlene Impfung aufklären.

Weitere Infos unter:
www.impfen.de/keuchhusten



Schützen kann man sich durch eine Impfung, die von der Ständigen Impfkommission empfohlen wird: Im Erwachsenenalter sollte die Keuchhusten-Impfung mindestens einmal aufgefrischt werden. Berufsbezogen besonders für Menschen mit vielen sozialen Kontakten sollte die Impfung alle 10 Jahre zusammen mit der nächstfälligen Impfung gegen Tetanus/Diphtherie erneuert werden. Auch für alle Menschen im Umfeld von Neugeborenen wird die Impfung zum Schutz des Babys empfohlen. Die Keuchhusten-Impfung kann zeitgleich mit weiteren Impfungen wie z. B. gegen Gürtelrose und Grippe erfolgen. Gerade für Asthmatiker oder an COPD erkrankte Menschen kann eine Schutzimpfung gegen Keuchhusten eine Ansteckung und besonders schwere Krankheitsverläufe verhindern.



Hitzeschutz in Deutschland

Nach etwa 4.500 "Hitzetoten" 2022 soll ein nationaler Hitzeschutzplan nach französischem Vorbild kommen



Anlässlich des Hitzeaktionstags am 14. Juni 2023 stellten Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Martin Herrmann, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) e. V. und Jana Luntz, Präsidiumsmitglied des Deutschen Pflegerats e. V., bei der Bundespresskonferenz Forderungen zur Ausweitung des Hitzeschutzes in Deutschland an den Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach. Dieser kündigte mit einer zeitnahen Einladung von relevanten Vertreter*innen der Ärzt*innen und Ärzte, Pflege, Krankenkassen, Kommunen und Bundesländer die gemeinsame Erarbeitung eines nationalen Hitzeaktionsplans nach französischem Vorbild an.

Im Anbetracht der zunehmenden Hitzegefahr initiieren die Bundesärztekammer und die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) e. V. am 14. Juni 2023 einen Hitzeaktionstag, um für die gesundheitlichen Folgen von Hitze zu sensibilisieren und die Priorisierung der Entwicklung von Hitzeschutzkonzepten und die dafür benötigten Rahmenbedingungen zu fordern.

Im Vorfeld des Hitzeaktionstags haben die Initiator*innen sowie der Deutsche Pflegerat Forderungen an Entscheidungsträger*innen in Bund, Ländern und Kommunen für eine hitzeresiliente Gesellschaft im Rahmen einer Bundespresskonferenz sowie einer

gemeinsamen Pressemitteilung gestellt. In der Pressemitteilung formulierten die Vertreter*innen folgendes:

Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt: „Die Ärzteschaft sieht sich mit in der Verantwortung, die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen. Hitzeschutz gelingt aber nur gemeinsam. Daher muss der gesundheitliche Hitzeschutz als Pflichtaufgabe gesetzlich verankert werden, mit klaren Zuständigkeiten und Kompetenzen. Darüber hinaus sollten Kommunen, Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, Kitas, Schulen und Unternehmen noch in diesem Sommer erste pragmatische Schutzkonzepte umsetzen, um Hitzesrisiken zu reduzieren. Wir stehen mit unserem Fachwissen bereit, um bei der Planung und Umsetzung der Maßnahmen zu helfen.“

Jana Luntz, Präsidiumsmitglied Deutscher Pflegerat: „Machen wir weiter so wie bisher, werden wir die Klimakatastrophe in vollem Ausmaß erleben und parallel dazu auch eine Gesundheitskatastrophe. Der Hitzeschutz ist nicht nur Gesundheitsschutz für die Bevölkerung. Er ist auch Gesundheitsschutz für Pflegebedürftige und ihre Pflegenden. Wir müssen endlich ins Handeln kommen. Das heißt auch, den professionell Pflegenden Mitspracherecht und Handlungsautonomie zu geben. Ihre Kompetenzen gilt es auszubauen und zu nutzen. Der Profession kommt eine enorme Bedeutung beim Hitzeschutz zu.“

KLUG-Vorstandsvorsitzender Dr. Martin Herrmann: „Hitzeschutz kann nur funktionieren, wenn an allen Stellen Menschen lernen die Hitzegefahren zu erkennen und aktiv werden. Der Hitzeaktionstag ruft deshalb bundesweit zu Aktionen und Informationsveranstaltungen des Gesundheitssektors auf. Die dort Tätigen spielen eine zentrale Rolle im Hitzeschutz!“

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach bedankte sich vor der Bundespresskonferenz für die Initiative der Anwesenden und bekräftigte, dass Deutschland nicht ausreichend auf zukünftige Hitzewellen vorbereitet und dass es nun an der Zeit sei, ins Handeln zu kommen. Er führte fort mit einem Blick nach Frankreich: Dort seien nach dem Hitzerekordsommer 2003 notwendige Maßnahmen zum Schutz vor Hitze ergriffen worden. Diese sollen zukünftig für Deutschland adaptiert werden.

Der nationale Hitzeaktionsplan Frankreichs wurde 2004 umgesetzt und basiert auf einem dreistufigen Hitzewarnsystem. Im Bedarfsfall werden Notfallpläne für Alten- und Pflegeeinrichtungen aktiviert und isoliert lebende sowie gefährdete Personen in den Kommunen kontaktiert. Außerdem wird die Bevölkerung über die Medien über das Hitzeereignis und entsprechende Verhaltenstipps informiert. Ferner wird ein Überwachungssystem der Gesundheitsdaten durchgeführt, um die Auswirkungen der Hitze sowie die Wirkung der ergriffenen Maßnahmen zu messen.

Lauterbach ergänzte, dass die Bereitstellung von Trinkwasserstellen und Kälteräumen im Zuge der Entwicklung eines nationalen Hitzeaktionsplan geprüft werden soll. Die Aufbereitung von Informationen zum Hitzeschutz auf einer zentralen Webseite des Bundes seien zudem denkbar. Lauterbach möchte auch selbst für mehr Hitzeschutz und Präventionsmaßnahmen durch öffentliche Auftritte werben. Benötigte Investitionen im Bereich des Hitzeschutzes wurden von Lauterbach ebenfalls thematisiert. Zur genauen Höhe der Kosten konnte er jedoch noch keine Auskunft geben und verwies auf die bevorstehende konzertierte Aktion, in der zunächst Maßnahmen bestimmt werden sollen.

Als Vertreter*innen der Gesundheitsberufe fordern die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und KLUG:

- Einen klaren gesetzlichen Rahmen für gesundheitlichen Hitzeschutz auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, in dem Hitzeschutz verpflichtend verankert ist sowie Zuständigkeiten und Kompe-

tenzen geregelt sind. Hitzeaktionspläne für Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, Betriebe, Kitas und Bildungseinrichtungen sollten ebenso gesetzlich verankert werden. Das sich in Arbeit befindliche Klimaanpassungsgesetz kann als entsprechender Rahmen genutzt werden. Auch Gesundheitsämter sollten bei der Entwicklung und Umsetzung maßgeblich eingebunden werden, sodass Hitzeschutz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Pflichtaufgabe wird. Zudem sollte Hitzeschutz ressortübergreifend geplant, umgesetzt und fortentwickelt werden. Neben dem Gesundheitsressort sollen vor allem der Bevölkerungs- und Katastrophenschutz sowie die Ressorts für Umwelt, Arbeit, Soziales, Bildung und Sport, Stadtplanung, Wasserversorgung und Gebäude, Mobilität und Verkehr einbezogen werden.

- Neben der Verankerung in Gesetzen des Gesundheitsrechts soll Hitzeschutz auch in relevanten Gesetzen und Rechtsverordnungen anderer Sektoren Berücksichtigung finden (z. B. Bau- und Arbeitsrecht).
- Flächendeckende Hitzewellen können sich zu Großschadensereignissen und Katastrophen entwickeln. Dafür braucht es Strukturen und klare Zuständigkeiten in den Gesundheitsministerien von Bund und Ländern, um den gesundheitlichen Hitzestand gemeinsam mit den verantwortlichen Stellen im Katastrophen- und Bevölkerungsschutz festzustellen und den Katastrophenfall auszurufen. Dies beinhaltet klare Zuständigkeiten für Warnungen und Verhaltensmaßnahmen, multidisziplinäre Kompetenzzentren vergleichbar mit denen für die biologische Gefahrenabwehr, Konzepte und Ressourcen für Schutzmaßnahmen und eine Integration in Planungen des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes. Inbegriffen sind auch vorbereitende Planspiele und Übungen auf allen Verwaltungsebenen und mit den Akteuren des Katastrophenschutzes.
- Ein staatlich finanziertes, und unabhängig agierendes Kompetenzzentrum für gesundheitlichen Hitzeschutz auf Bundesebene, das Wissen aus Wissenschaft und Praxis sammelt, auf kommunaler, Länder- und Bundesebene in der Umsetzung berät und Austausch zwischen den Akteurinnen und Akteuren fördert.

Kontakt

Leona Lüdeking

Referentin für das Projekt "Klima und Gesundheit: Hitzeschutz in sozialen Einrichtungen und Diensten stärken"
hitzeschutz@paritaet.org
Tel. 030 24636-336

Depression

– Mehr als nur traurig

Phasen der Trauer und Niedergeschlagenheit kennt jeder. Sie gehören zum menschlichen Dasein genauso wie Hochphasen des Glücks. Wann daraus die Krankheit Depression wird, ist nicht immer leicht zu erkennen.

In dieser Information erfahren Sie, welche Anzeichen auf eine Depression hindeuten können und welche Behandlungsmöglichkeiten es bei Erwachsenen gibt.

Auf einen Blick

Erkrankung

Depressionen sind sehr häufig. Etwa 16 bis 20 von 100 Menschen erkranken im Laufe ihres Lebens daran. Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Anzeichen

Die Krankheit hat viele Gesichter. Anzeichen sind unter anderem gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Antriebsschwäche. Ärztinnen und Psychotherapeuten können eine Depression feststellen. Das wichtigste Hilfsmittel dafür ist ein Gespräch.

Behandlung

Die Grundlage jeder Behandlung sind "Hilfen zur Selbsthilfe", damit Sie mit der Krankheit besser umgehen können. Weitere Behandlungsmöglichkeiten sind beispielsweise Online-Programme, Psychotherapie und Antidepressiva. Welche Behandlung für Sie persönlich empfehlenswert ist, hängt davon ab, wie viele Beschwerden auftreten, wie schwer sie ausgeprägt sind und wie stark sie Sie einschränken. Gemeinsam mit Ihrem Arzt oder Ihrer Psychotherapeutin entscheiden Sie, welche Behandlung in Ihrem Fall geeignet ist.

Welche Anzeichen für eine Depression gibt es?

Bestimmte Anzeichen sprechen dafür, dass eine Depression vorliegt und nicht nur eine vorübergehende Niedergeschlagenheit. Die *drei Hauptanzeichen* sind:

- gedrückte, depressive Stimmung, die die meiste Zeit des Tages anhält und fast jeden Tag auftritt
- wenig Interesse und Freude an wichtigen Aktivitäten, beispielsweise an Hobbies, die früher Spaß gemacht haben
- verminderter Antrieb oder schnelle Ermüdung

Wenn zwei dieser drei Anzeichen bei Ihnen länger als 2 Wochen bestehen, kann dies auf eine Depression hinweisen.

Daneben können *weitere Beschwerden* auftreten:

- Probleme, aufmerksam zu sein, sich zu konzentrieren oder sich zu entscheiden
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Selbstvorwürfe und Schuldgefühle
- langsame Bewegungen und Sprache oder innere Unruhe, zum Beispiel nicht stillsitzen können
- Probleme beim Einschlafen, sehr frühes Aufwachen
- weniger Appetit, Gewichtsverlust oder aber ein starkes Bedürfnis viel zu essen
- Gedanken oder Versuche, sich selbst zu töten

Je nachdem wie viele Anzeichen vorliegen, unterscheiden Fachleute drei Schweregrade der Depression: leicht, mittelschwer und schwer. Für die Einteilung spielt es auch eine Rolle, wie schwer die Beschwerden sind und wie stark diese Sie einschränken.

Auch körperliche Beschwerden können Ausdruck einer Depression sein, zum Beispiel Magen-Darm-Probleme, Schmerzen, Schwindel oder Luftnot.

Der Zwei-Fragen-Test

Erste Hinweise auf eine Depression kann ein einfacher Test liefern: der Zwei-Fragen-Test.

- Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
- Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Wenn Sie beide Fragen mit "Ja" beantworten, sollten Sie sich Hilfe suchen. Eine Anlaufstelle ist eine ärztliche oder psychotherapeutische Praxis.

Wie wird eine Depression festgestellt?

Die Untersuchung beginnt mit einem Gespräch. Dabei möchte Ihre Ärztin oder Ihr Psychotherapeut mehr über Ihre Beschwerden, Ihre Lebenssituation, mögliche Begleiterkrankungen und entsprechende Medikamente erfahren. Wichtig ist auch, wie lange Sie die Beschwerden bereits haben und wann sie zum ersten Mal auftraten. Ein offenes Gespräch ist entscheidend, um herauszu-

finden, ob Sie eine Depression haben und wie stark sie ausgeprägt ist. Vielleicht bekommen Sie zusätzlich einen Fragebogen zum Ausfüllen.

Auch bei anderen seelischen oder körperlichen Krankheiten können Beschwerden auftreten, die einer Depression ähnlich sind. Daher können weitere Fragen und körperliche Untersuchungen hinzukommen, um andere Krankheiten auszuschließen.

Kann eine Depression von allein weggehen?

Auch ohne Behandlung kann eine Depression nach einiger Zeit abklingen. Bleiben Depressionen unbehandelt, kann es sein, dass sie länger andauern oder häufiger wiederkehren.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Es gibt mehrere Möglichkeiten, die Beschwerden einer Depression nachweislich verbessern können:

- einfache "Hilfen zur Selbsthilfe", beispielsweise Bücher, Schulungen oder beratende Gespräche
- Online-Programme oder Apps gegen Depressionen. Wichtig ist, dass Ihre Ärztin oder Ihr Psychotherapeut diese verordnet und Sie bei der Behandlung begleitet.
- Psychotherapie
- Medikamente gegen Depressionen (Antidepressiva)
- ergänzende Maßnahmen, beispielsweise Bewegungs- oder Sporttherapie, Lichttherapie, Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige oder Ergotherapie

Welche Behandlung für Sie richtig ist, hängt vom Schweregrad der Depression ab. Der Krankheitsverlauf, Ihre Lebensumstände und mögliche Nebenwirkungen der Behandlung beeinflussen ebenfalls die Entscheidung. Deshalb ist es ratsam, dass Sie sich mit Ihrem Psychotherapeuten oder Ihrer Ärztin darüber verständigen.

Fachleute empfehlen diese Verfahren:

Leichte Depression: Wenn Sie eine leichte Depression haben, können vielleicht schon einfache Maßnahmen ausreichen, wie beratende Gespräche, Informationen aus Büchern oder Online-Programme. Manchmal kann auch eine Psychotherapie ratsam sein. Eine Behandlung mit Antidepressiva sollte nicht als Erstes zum Einsatz kommen, kann jedoch in bestimmten Situationen in Frage kommen.

Mittelschwere Depression: Hier empfehlen Fachleute zusätzlich zu Selbsthilfe-Maßnahmen entweder eine Psychotherapie oder Antidepressiva. Beide können sehr wahrscheinlich gleich gut helfen. Zusätzlich kann Ihr Arzt oder Ihre Psychotherapeutin Ihnen ein Online-Programm oder eine App anbieten.

Schwere Depression: Antidepressiva und Psychotherapie gemeinsam sind hier am wirksamsten. Daher ist diese Kombination bei einer schweren Depression empfehlenswert. Zusätzlich können Online-Angebote die Kombinationsbehandlung unterstützen.

Bis die Behandlung anschlägt, kann es einige Zeit dauern. Es kann auch sein, dass Psychotherapie oder Antidepressiva nicht helfen. Dann ist es wichtig, die Ursachen dafür zu finden und falls nötig die Behandlung zu verändern.

Was Sie selbst tun können

Es kann helfen, zum Untersuchungsgespräch eine Person mitzunehmen, der Sie vertrauen. Sie kann Sie unterstützen und Ihre Stimmung "von außen" beschreiben.

Sport und Bewegung sind ein wichtiger Baustein der Behandlung. Versuchen Sie, sich kleine erreichbare Ziele zu setzen: ein Spaziergang oder eine kleine Tour mit dem Fahrrad. Wählen Sie das, was Sie gerne tun.

Wenn Sie eine Depression haben, kann es schwerfallen zu arbeiten. Dann können Sie sich krankschreiben lassen. Manchmal ist es aber besser, zur Arbeit zu gehen, zum Beispiel um eine Tagesstruktur zu haben. Mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Psychotherapeuten können Sie die Vor- und Nachteile abwägen.

Auch andere kleine Aktivitäten können helfen: Ein Telefonat mit einer vertrauten Person, eine Verabredung, ein Gang zum Friseur oder ein selbstgekochtes Essen können kleine Erfolge sein.

Mit Unterstützung lassen sich Krisen leichter überwinden. Nehmen Sie Gesprächs- und Hilfsangebote von Ihrer Familie und Ihrem Freundeskreis an.

Vielleicht hilft es Ihnen, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Dann können Sie sich einer Selbsthilfegruppe anschließen.

Informationen können helfen, besser mit der Krankheit umzugehen. Mehr zu Behandlungen und Beratungsangeboten lesen Sie unter: www.patienten-information.de/uebersicht/depression.

Eine Information des ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin). ÄZQ ist das gemeinsame Kompetenzzentrum von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliches Bundesvereinigung (KBV). Juni 2023

Depression

– Eine Information für Angehörige und Freunde



Foto: AdobeStock / zinkevich

Sie haben erfahren, dass jemand eine Depression hat. Sie möchten gerne helfen, wissen aber nicht recht wie. Diese Information richtet sich an Angehörige und Bekannte von Menschen, die an einer Depression erkrankt sind.

Hier erhalten Sie Hinweise, wie Sie mit dieser Situation umgehen können.

Auf einen Blick

Angehörige können für Menschen mit Depression eine wichtige Stütze sein. Hilfreich für eine betroffene Person ist es zum Beispiel, wenn Sie Verständnis aufbringen. Der Umgang mit einem depressiven Menschen kann für die Familie und den Freundeskreis eine Herausforderung sein. Sie können sich selbst Hilfe holen, zum Beispiel psychotherapeutische Unterstützung. Sie können sich auch an eine Selbsthilfegruppe wenden.

Wie kann sich eine Depression äußern?

Verschiedene Beschwerden können mit einer Depression einhergehen. Das kann für Angehörige und vertraute Personen eine Herausforderung sein und das Miteinander belasten. Beschwerden einer Depression sind zum Beispiel:

- gedrückte, depressive Stimmung
- wenig Interesse und Freude an wichtigen Aktivitäten, die früher Spaß gemacht haben
- verminderter Antrieb oder schnelle Ermüdung
- Probleme, aufmerksam zu sein, sich zu konzentrieren oder sich zu entscheiden
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen

- Selbstvorwürfe und Schuldgefühle
- langsame Bewegungen und Sprache oder innere Unruhe
- Probleme beim Einschlafen, sehr frühes Aufwachen
- weniger Appetit, Gewichtsverlust oder aber ein starkes Bedürfnis viel zu essen
- Gedanken oder Versuche, sich selbst zu töten

Neben typischen seelischen Belastungen können körperliche Beschwerden eine Depression begleiten, zum Beispiel Abgeschlagenheit, Magen-Darm-Probleme, Schmerzen, Luftnot oder Druckgefühl in Hals und Brust.

Wichtig: Eine Depression hat viele Ursachen und kann jeden treffen. Niemand trägt Schuld an der Krankheit, weder Sie noch die oder der Betroffene. Depression ist auch kein Ausdruck von Unvermögen oder Nichtwollen. Auch wenn es von außen ganz einfach scheint, dagegen anzugehen: Für die betroffene Person selbst kann es sehr anstrengend sein, sich zu den einfachsten Dingen aufzuraffen und den normalen Alltag zu bewältigen.

Was Betroffenen hilft

- Hilfreich für einen Menschen mit Depression kann es sein, wenn Sie Verständnis für seine Situation und seine Gefühle aufbringen. Wenn Sie ihn mit seiner Erkrankung ernst nehmen, ohne zu dramatisieren. Gleichzeitig sollten Sie versuchen zu vermitteln, dass Hilfe möglich ist und dass es ihr/ihm in Zukunft wieder besser gehen wird.
- Sie können die erkrankte Person unterstützen, sich professionelle Hilfe zu suchen – genauso, wie Sie es bei anderen Erkrankungen auch tun würden.

- Viele depressive Menschen haben Angst, als "verrückt" zu gelten und von ihrem Umfeld abgelehnt oder ausgelacht zu werden. Machen Sie klar, dass solche Befürchtungen nicht gerechtfertigt sind.
- Vielleicht können Sie sich als "Begleitung durch eine schwere Zeit" sehen. Es hilft, wenn Sie den betroffenen Menschen unterstützen: Beginnen Sie mit kleinen Aktivitäten, wie etwa einem Spaziergang oder gemeinsamem Musikhören. Auch ein Gespräch kann guttun. Vereinbaren Sie dafür möglichst einen konkreten Termin und holen Sie die Person zu Hause ab.
- Es kann helfen, wenn Sie die Behandlung im Blick behalten, also etwa die regelmäßige Einnahme der verschriebenen Medikamente oder den Arztbesuch – ohne jedoch der erkrankten Person ein Gefühl von Kontrolle zu vermitteln.
- Depressive Menschen können zurückweisend sein. Doch das zielt nicht auf Sie als Person, sondern ist der Krankheit geschuldet. Nicht immer ist die oder der Betroffene in der Lage, Ihre Vorschläge anzunehmen. Wenn Sie das respektieren, ohne gekränkt zu sein, helfen Sie sehr.
- Auf keinen Fall sollten Sie versuchen, einem depressiven Menschen seine Erkrankung zu erklären, sie herunterzuspielen oder gut gemeinte Ratschläge zu geben. Das alles signalisiert ihm, dass Sie ihn nicht akzeptieren, auch wenn Sie es ganz anders meinen.

Hilfe bei seelischen Krisen

Manchmal erscheint einem depressiven Menschen seine Situation so hoffnungslos, dass er einfach nicht mehr will. Er möchte sein Leben beenden. Das ist belastend für Familie und Freundschaften. Vielleicht hilft es Ihnen, sich bewusst zu machen, dass Sie keine Verantwortung dafür tragen.

Es gibt kein Patentrezept für eine solche Situation. Etwas tun können Sie dennoch: Indem Sie das Gespräch darüber zulassen, statt es wegzudrängen, und den anderen Menschen auch in seiner starken Verzweiflung annehmen. Hören Sie einfach zu, ohne gleich eingreifen zu wollen. Trauen Sie sich, konkret nachzufragen, aber versuchen Sie nicht, ihm seine Gedanken auszureden. Es ist wertvoll, wenn Sie vermitteln können, dass Hilfe möglich ist – und wie wichtig gerade jetzt professioneller Beistand ist. Vielleicht können Sie gemeinsam überlegen, welche Personen oder Dinge ihm so wichtig sind, dass sie seinem (Weiter-)Leben Sinn geben.

Für solch eine Krisensituation kann es mehr oder weniger deutliche Anzeichen geben. Bisweilen deuten Menschen durch Bemerkungen an, dass sie sich etwas antun wollen. Seltener merken Angehörige, dass etwas konkret geplant wird.

Wenn Sie meinen, eine drohende Gefahr zu erkennen, sollten Sie:

- zuhören und die Situation ernst nehmen
- das Gespräch in Gang halten
- den Notruf **112** oder die Polizei **110** rufen
- die Person nicht allein lassen, bis Hilfe eintrifft
- gefährliche Gegenstände beseitigen

Besteht die Gefahr, dass sich ein Mensch selbst oder andere gefährdet, kann eine Einweisung ins Krankenhaus nötig sein – notfalls auch gegen den Willen der betroffenen Person. Dafür ist die Polizei zuständig.

Was Sie für sich tun können

Eine Depression belastet nicht nur die Betroffenen, sondern auch Partnerschaft, Familie und Freundschaften. Daher brauchen Angehörige manchmal auch Hilfe oder Pausen.

Indem Sie die betroffene Person ermutigen, professionelle Hilfe anzunehmen, entlasten Sie sich auch selbst. In manchen Situationen ist es hilfreich, an gemeinsamen Behandlungsangeboten teilzunehmen, zum Beispiel an einer Familien- oder Paarberatung.

Informieren Sie sich über die Krankheit und ihre Auswirkungen. Wenn Sie über Depressionen Bescheid wissen, können Sie die erkrankte Person besser verstehen und unterstützen.

Der Umgang mit einem depressiven Menschen kann dazu führen, dass Sie selbst auf manches verzichten: auf Dinge, die Ihnen lieb sind, wie Sport oder Kultur. Es mag Ihnen egoistisch erscheinen, dass Sie sich vergnügen, während jemand anderes leidet. Doch der oder dem Erkrankten ist nicht geholfen, wenn Sie auf sich nicht achten. Und Ihnen geht irgendwann möglicherweise die Kraft verloren, für andere da zu sein.

Um die Herausforderung zu meistern, können Sie selbst Hilfe in Anspruch nehmen, zum Beispiel psychotherapeutische Unterstützung. Alles, was Sie entlastet, hilft auch der Person, um die Sie sich sorgen.

Sie können sich auch an Selbsthilfegruppen wenden. Es gibt spezielle Angebote für Angehörige.

Eine Information des ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin). ÄZQ ist das gemeinsame Kompetenzzentrum von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliches Bundesvereinigung (KBV). Juni 2023

Bei geringem Einkommen mehr Zuschuss zu Zahnersatz

Regelversorgung mit Zahnersatz für Härtefälle kostenfrei



Foto: AdobeStock / Kadny

Gesetzlich Versicherte mit geringem Einkommen oder bestimmte Personengruppen können von ihrer Krankenkasse einen höheren Zuschuss zu Zahnersatz erhalten. Damit ist die Regelversorgung kostenfrei. Für eine Behandlung, die über die Regelversorgung hinausgeht, zahlt die Krankenkasse bei Härtefällen den doppelten Festzuschuss. Die Härtefallregelung müssen Versicherte bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse beantragen. Im Jahr 2021 fielen rund 9 Prozent der Versorgungen mit Zahnersatz unter die Härtefallregelung.

„Wenn eine Patientin oder ein Patient Zahnersatz braucht, gibt die gesetzliche Krankenkasse einen genau festgelegten Betrag dazu. Die restlichen Kosten tragen die Patienten selber“, erklärt Dr. Erling Burk, Zahnarzt aus Wesel und Vorstandsmitglied der Zahnärztekammer Nordrhein. „Liegt jemand unter einer gewissen Einkommensgrenze, gewährt die gesetzliche Krankenkasse einen sogenannten Härtefall. Die Regelung verhindert, dass Patienten mit geringem Einkommen finanziell unzumutbar belastet werden.“

Diese Einkommensgrenzen gelten

Die gesetzlich festgelegte Grenze der *monatlichen Bruttoeinnahmen* für die Härtefallregelung bei Zahnersatz beträgt im Jahr 2023 für Alleinstehende 1.358 Euro. Mit einer oder einem *im Haushalt lebenden Angehörigen* erhöht sich die Grenze auf 1.867,25 Euro; für jede weitere Angehörige oder jeden weiteren

Angehörigen um zusätzliche 339,50 Euro. Die **Härtefallregelung** bei der Krankenkasse geltend machen kann zudem, wer *BAföG, Sozialhilfe, Bürgergeld, Kriegsopferfürsorge* oder *Grundsicherung im Alter* erhält. Gleiches gilt, wenn ein Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge die Kosten einer Unterbringung im Heim oder ähnlichen Einrichtungen zahlt.

Härtefall bei Krankenkasse beantragen

Zusätzlich zum Heil- und Kostenplan der Zahnärztin oder des Zahnarztes für den Zahnersatz müssen *gesetzlich Versicherte* die Härtefallregelung bei ihrer Krankenkasse beantragen. Dabei sind unter anderem Angaben zur Höhe des Einkommens, welche Hilfen die Versicherten erhalten und wie viele Personen im Haushalt leben vorgesehen. Die Krankenkasse prüft den Antrag. Aber **Achtung!** Wer bereits von Zuzahlungen für Arznei- und Heilmittel bei seiner Krankenkasse befreit ist, gilt nicht automatisch als Härtefall auch bei der Behandlung mit Zahnersatz. Dieser ist *immer zusätzlich zu beantragen*.

Quelle:

Pressemitteilung proDente vom 13.06.2023.

proDente - Wer wir sind

proDente informiert über gesunde und schöne Zähne. Die Inhalte werden von Fachleuten wissenschaftlich geprüft. Zahnärzte, Zahntechniker und Hersteller engagieren sich seit 1998 in der Initiative proDente e. V.

Jetzt über **50** Infolyer der Deutschen Atemwegsliga e.V. und der AG Lungensport in Deutschland e.V. abrufbar

Im Flyer 33 der Deutschen Atemwegsliga e. V. wird ausführlich über Nasenpolypen, gutartige Gewebswucherungen der Nasenschleimhaut aufgeklärt.

Ihre häufigsten Ursachen, Lage, Anzeichen und Verlauf, sowie Behandlungsmöglichkeiten bis zu den neuesten Biologika werden beschrieben.

Hierzu kann ergänzend auch ein informatives Video unter Youtube angesehen werden:



Weitere Videos hierzu bei der Deutschen Atemwegsliga unter: www.atemwegsliga.de/injizieren.html



Viele Menschen haben gutartige Wucherungen der Schleimhäute in der Nase und den Nasennebenhöhlen. Oft werden sie erst durch eine Behinderung der Atmung, Veränderung der Sprache und Auftreten von nächtlichem Schnarchen, bemerkt. Hierzu informiert der Flyer 33 der Deutschen Atemwegsliga e.V.

Insgesamt stehen damit aktuell über 50 Flyer, von „Allergie“ über „Asthma“, „COPD“, „Lungenfibrose“, „Lungenfunktion“, „Peak-Flow-Messung“, „Reisen“ bis zu „Richtig inhalieren“, im Programm. Dieser Flyer kann bei der AG Lungensport in Deutschland e.V. unter www.lungensport.org oder bei der Deutschen Atemwegsliga e.V., <http://www.atemwegsliga.de/bestellung.html> für einen kleinen Unkostenbeitrag angefordert werden. Diese Reihe wird von ausgewiesenen Experten erstellt, immer wieder aktualisiert und fortlaufend erweitert. ■

Wenn Ihnen noch Themen fehlen, schlagen Sie diese doch bitte vor.



Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA (bis zur Auflösung)
Frau Kunze, Carl-Wernher-Str. 2, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 – 92 41 08, info@pat-liga.de, www.pat-liga.de

Bundesland, Ort	Ansprechpartner	Telefonnummer	Bundesland, Ort	Ansprechpartner	Telefonnummer
Baden-Württemberg Fellbach, Waiblingen, Backnang	Dieter Kruse	0711 / 510 92 94	Nordrhein-Westfalen Dortmund	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Bayern Weiden, Neustadt, Vohenstrauß	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43	Duisburg	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Brandenburg Potsdam	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43	Essen	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Hessen Frankfurt am Main	Ulrich Schulte Dieter Kraus Ursula Schösser	069 / 2002 13 04 06007 / 939 77 30 06102 / 53 416	Gelsenkirchen	Werner Broska Selbsthilfe-Kontaktstelle	0177 / 767 69 85 0209 / 913 28-10
Marburg	Friedhelm Stadtmüller Margit Nahrgang	06422 / 44 51 06424 / 45 73	Hagen	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Schwalmstadt	Wolfgang Tenter	06691 / 21 775	Lüdenscheid	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Wiesbaden	Lothar Wern	06122 / 15 254	Moers-Niederrhein	Petra Arndt	02841 / 41 484
Niedersachsen Region Hannover	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43	Rheda-Wiedenbrück	Heinz-Jürgen Belger	05242 / 56 786
			Wuppertal	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
			Rheinland-Pfalz Alzey	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
			Bernkastel-Wittlich	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
			Bitburg	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
			Daun (Vulkaneifel)	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
			Birkenfeld/ Idar-Oberstein	Winfried Walg	06785 / 77 70
			Linz am Rhein	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
			Mainz	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
			Trier	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
			Worms	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
			Saarland Homburg / Saar	Uwe Sersch	06873 / 669 284

Befreundete Selbsthilfegruppen



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



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

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

SHG COPD&Lunge Region Bayern - Hof
Kontakt: Herr Gerhard Frank
Tel.: 09281 / 86653

SHG COPD&Lunge Region Bayern - Selb
Kontakt: Christa Jäkel
Tel.: 09287 / 67800
Mobil: 0152 / 217 86 886

SHG COPD&Lunge Region Bayern - München-Oberbayern
Kontakt: Mary-Lou Schönwälder
Tel.: 089 / 6095153

SHG COPD&Lunge Region Bayern - Regem
Kontakt: Maria Tschöpp
Tel.: 09921 / 2774



Hessen
Selbsthilfegruppe Asthma & Allergie Kronberg im Taunus e.V.
Kontakt: Gabriele Freund
Hünerbergstr. 7
61476 Kronberg/Ts
Tel.: 06173 / 63865
E-Mail: info@asthma-und-allergie.de
<http://www.asthma-und-allergie.de>

COPD Gruppe Rüsselsheim
Kontakt: Jürgen Frischmann
E-Mail: orga@copd-ruesselsheim.de
<http://www.juergen-frischmann.de/ruesselsheim.html>



Nordrhein-Westfalen
Selbsthilfegruppe COPD-Atemwegserkrankungen Plettenberg
Kontakt: Heidemarie Brieger
Tel.: 02391 / 53734
E-Mail: h.brieger.copd.plettenberg@aol.com
<http://www.copd-plettenberg.info/>

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-City
Kontakt: Doris Krecké
Tel.: 0241 / 572438

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen - Lungenkrebs
Kontakt: Anja Schüller
Tel.: 0241 / 4748810

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Simmerath
Kontakt: Maria-Luise Zorn
Tel.: 02408 / 1460099

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Würselen
Kontakt: Heidi Witt
Tel.: 02405 / 475255

SHG COPD&Lunge Städte Angehörigengruppe
Region Aachen-Würselen
Kontakt: Heidi Witt
Tel.: 02405 / 475255

COPD-Selbsthilfegruppe-Hagen
für Nicht Sauerstoffpatienten
Kontakt: Rolf Neuschulz
Tel. 02331 / 4731038
E-Mail: rolf.neuschulz@t-online.de
<http://www.copd-selbsthilfegruppe-hagen.de>

ATEMLOS-Selbsthilfe für das Leben mit COPD
Kontakt: Thomas Bitter
E-Mail: selbsthilfe-atemlos@outlook.de
www.selbsthilfe-atemlos.de



Sachsen
Dresdner COPD SHG Atemwegserkrankungen
Kontakt: Eckhard Scheiding
Tel. 0170 / 6479148
E-Mail: eckhard.scheiding@t-online.de



SP Medienservice Verlag, Druck & Werbung

Wir sind seit über 30 Jahren als Verlag, Werbeagentur und Druckerei tätig und haben uns auf die Produktion von Mitglieder- und Verbandszeitschriften aus dem Gesundheits- und Selbsthilfebereich spezialisiert.

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

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

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

Die "Luftpost - Patientenzeitschrift für Atemwegskranke" im 31. Jahrgang

unterstützt durch

- Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - (ehem.)
- AG Lungensport in Deutschland e.V.
- Deutsche Atemwegsliga e.V. (DAL)
- Sektion Deutscher Lungentag - in der DAL

Herausgeber und Copyright:

SP Medienservice - Verlag, Druck und Werbung
Reinhold-Sonnek-Str. 12, 51147 Köln
www.sp-medien.de, E-Mail: info@sp-medien.de

„Luftpost“-Redaktion und Service:

Carl-Wernher-Str. 2, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543
Fax: 06133 – 92 41 08

Redaktionsleitung und Druckfreigabe:

Dr. med. Michael Köhler Vi.S.d.P.

Copyright:

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind – soweit nicht anders vermerkt – für die Dauer des Urheberrechts geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Bildnachweise:

Titelbild: AdobeStock / Margaret
Alle Bilder von den Autoren, wenn nicht anders angegeben

Anzeigenvertrieb, Layout und Druck:

SP Medienservice,
Reinhold-Sonnek-Str. 12, 51147 Köln
www.sp-medien.de, eMail: info@sp-medien.de

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

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

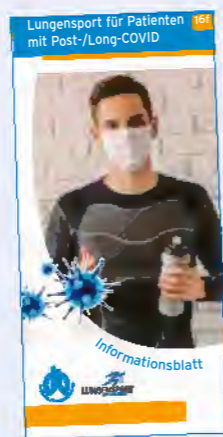
Aus Gründen der Lesbarkeit wird in den Artikeln die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

Einzelpreis pro Heft:

Deutschland 4,50 Euro,
Ausland 8,00 Euro,
Auflage 30.000

kompetent · verständlich · patientengerecht

Diese und viele weitere Informationen sind kostenlos erhältlich.



INFORMATIONEN, DIE IHNEN WEITERHELFFEN!

Deutsche Lungenstiftung e.V.

Reuterndamm 77

30853 Langenhagen

Absender: Name & Anschrift

oder bestellen Sie bequem via FAX (0511) 2 15 51 13

Bestellung von Informationsmaterial der Deutschen Lungenstiftung

➔ Für Mitglieder sind die Faltblätter und Poster kostenlos*

- 0,10 EURO pro Faltblatt
- 10,00 EURO Das kleine Atemspiel
- 25,00 EURO Badetuch
- 10,00 EURO CD
- 6,00 EURO pro 4-fach Prospekthalter

- 1,50 EURO pro Poster, DIN A3
- 2,50 EURO pro Poster, groß (60 x 80 cm)
- 5,00 EURO Mousepad „zu viel geraucht?“
- 10,00 EURO Tischset „zu viel geraucht?“
- 5,00 EURO Jutetasche

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück „10 gewichtige Argumente“ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Alpha-1-Antitrypsin-Mangel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Asthma Bronchiale |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Atemnot |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Bronchiektasen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Bronchoskopie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Chronische Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück CO-Messung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück COPD |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Ernährung bei COPD |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Heimbeatmung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Husten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Immunschwäche und Atemwegserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Inhalationstherapie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Lungenemphysem |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Lungenfibrose |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Lungenentzündung I (Typische Pneumonie) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Lungenentzündung II (Atypische Pneumonie) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Lungenkrebs |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Lungentransplantation |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Lungen- und Atemwegserkrankungen durch Arbeitseinflüsse |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Mukoviszidose |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück NO-Messung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Pneumothorax |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Rauchen kann man lassen, atmen nicht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Sarkoidose |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Sauerstofflangzeittherapie |

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Schmerzen im Brustbereich (Thorax-Schmerzen) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Shisha – Wasserpfeife |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Spenden, Vermächtnisse, Erbschaften |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Tauchen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Thrombose und Lungenembolie auf Reisen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Urlaub im Gebirge |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Wohnungswechsel |

Nützliches & Interessantes

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Das kleine Atemspiel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Weißbuch Selbsthilfegruppen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück CD Haydn String Quartets Op. 64, Buchberger Quartet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Badetuch „Cool and Clean“ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Tischset „zu viel geraucht?“ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Mousepad „zu viel geraucht?“ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Jutetasche |

Posterserie DIN A3 (6 Poster)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lunge, Luft und Leben; Das Tempo ist atemberaubend; Wir atmen die gleiche Luft; Die meisten Lungenkrankheiten sind aus der Luft gegriffen; Rauchen kann man lassen, atmen nicht; Zu viel geraucht? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Das Tempo ist atemberaubend |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Wir atmen die gleiche Luft |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Die meisten Lungenkrankheiten sind aus der Luft gegriffen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Zu viel geraucht? |

Material für Jugendliche & Kids

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stück Flyer „Rauchen ist uncool“ |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|



DIE MEDIEN DER DEUTSCHEN LUNGENSTIFTUNG

Wir danken für Ihre Bestellung!

* Bei größeren Bestellungen erheben wir eine Portopauschale und bitten hierfür um Ihr Verständnis!

MEINE
LUNGE
MEIN
LEBEN



HUSTEN & ATEMNOT TROTZ BEHANDLUNG?

SPRECHEN SIE MIT IHREM ARZT/IHRER ÄRZTIN
ÜBER IHRE THERAPIEMÖGLICHKEITEN!

Mehr Informationen über die COPD, Videos und viele Tipps
finden Sie auf www.copd.de



www.copd.de

DE-55764/23

22763 Hamburg | www.astrazeneca.de

