

30 Jahre Luftpost

- Grippeimpfung jetzt!
- Selbsthilfe bei Bronchiektasen
- Lungensport in der Pandemie
und auf Rezept
- Neuer Patientenbeauftragter

Offizielles Organ von:

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



ASTHMA AKTIVISTEN

„Ich habe
den Selbsttest
schon gemacht!
Du auch?“

#ASTHMALIFEHACK

Du fragst Dich, was ein Lifehack ist? Der Begriff steht für Tipps und Tricks, die Dir Deinen Alltag erleichtern können. Für Menschen mit Asthma ist einer der einfachsten Lifehacks der Asthma-Selbsttest. Denn mit nur vier Fragen kannst Du Deinen Asthma-Status überprüfen und den ersten Schritt zu einem selbstbestimmten Leben mit Asthma machen – so wie Nicole.

**PROBIERE JETZT DEN ASTHMA-LIFEHACK AUS
UND MACHE DEN SELBSTTEST!**



[Asthma-Aktivisten.de](https://www.asthma-aktivisten.de) [@asthma_aktivisten](https://www.instagram.com/asthma_aktivisten)

2201_ASM_D_MAT-DE-2101435-2_0-(04/2022)

Editorial



Liebe Leserinnen und Leser,

in der Frühjahrsausgabe unserer Luftpost haben wir den ukrainischen Schriftsteller und Musiker Serhij Zhadan zu unserem Generalthema Luft zitiert. Damals wussten wir nicht, dass er ein halbes Jahr später den Friedenspreis des Deutschen Buchhandels für sein beispielgebendes Wirken in seinem Heimatland erhält. Sein Gedicht „Ende Oktober“ beginnt mit: „Freude an der sonnigen Zeit, Herbstluft fließt aus den Tälern...“ Das trifft unseren vergangenen goldenen Oktober genau.

Jetzt hat der November mit den Gedenk- und Trauertagen begonnen. Im vorliegenden Heft erinnern wir an zwei sehr verdienstvolle Streiter für die Selbstwirksamkeit und die Selbsthilfe. Es sind der „Vater“ der Langzeit-Sauerstofftherapie, Hans Dirmeier und der Ko-Vorsitzende unseres Ortsverbandes in Lüdenscheid Dietmar Dudanski. Wir werden beide nicht vergessen! Stellvertretend standen sie für die Bewältigung ihrer eigenen Erkrankung. Dies gab ihnen auch den Mut und die Empathie sich für andere Betroffene einzusetzen und vieles positiv zu bewirken.

Das wollen wir auch mit der vorliegenden Luftpost. Erinnerung wird an die anstehende Grippeimpfung, denn sie ist nach wie vor für Patienten, insbesondere mit COPD, sehr sinnvoll. Weitere interessante Artikel befassen sich mit den positiven Auswirkungen sozialer Aktivität im Alter, geplanter bundesweiter Gesundheitskioske für eine künftig niedrigschwellige Beratung und Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben. Weitere Artikel befassen sich mit der im fortgeschrittenen Alter oftmals auftretenden Herzschwäche, einem wegweisenden Positionspapier zur COPD der Deutschen Lungenfachgesellschaft und den Erfahrungen unseres Ortsverbandes an der Medizinischen Hochschule Hannover zur Selbsthilfe bei Bronchiectasen.

Unser aller Leben als gesetzlich versicherte Patienten regelt das höchste Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen Deutschlands, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Hierzu ein ausführlicher Artikel. Ob es um gezielte Kliniksuche geht, Qualität im Gesundheitswesen, medikamentöse Behandlung einer Asthma-Erkrankung oder den Patientennutzen eines neuen Arzneimittels, all dies regelt der G-BA. Patientenvertreterinnen und -vertreter haben hier ein Antrags- und Mitberatungsrecht.

Um nochmals mit Serhij Zhadan zu sprechen, die Aufgabe der Luftpost und der DPLA ist es: „...unsere Lungen mit Mut...“ zu füllen.

Mit luftigen Grüßen

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

Inhalt

Aktuelles

- 5 Grippeimpfung jetzt besonders wichtig !
- 6 Wegweisendes COPD-Positionspapier
- 8 Steuerliche Absetzbarkeit von Fahrtkosten für Menschen mit Behinderungen

Zu Ihrer Information

- 10 Selbsthilfe bei Bronchitiden
– Erfahrungen einer Selbsthilfegruppe
- 16 Regierung plant Gesundheitskioske
- 18 Strafbarkeit für die Fälschung von Impfausweisen und Gesundheitszeugnissen
- 20 Was ist Herzschwäche?
- 22 Stefan Schwartze neuer Patientenbeauftragter der Bundesregierung
- 24 COVID-19 bei Patienten mit Krebs oder Immunsuppression

Lungensport

- 26 Lungensport in der Pandemie

Über den Tellerrand hinaus

- 30 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

Selbsthilfe

- 36 Nachrufe
- 37 Flyer der Atemwegsliga
- 38 Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
- 36 Befreundete Selbsthilfegruppe

Rubrik

- 50 Impressum
- 50 Abonnement der Luftpost

Grippeimpfung jetzt besonders wichtig !

Weniger Über (Ü-) 60-Jährige ließen sich impfen



Foto: AdobeStock / Konstantin Yegorov

Nur knapp 44 Prozent aller über 60-Jährigen haben sich in der vergangenen Grippesaison 2021/2022 gegen die „Echte Grippe“ (Influenza) impfen lassen. Das zeigt eine aktuelle Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK).

Die Impfquote ist damit im Vergleich zur vorangehenden Grippe-Saison 2020/2021 wieder gesunken. In der Grippesaison 2019/2020 - vor der Coronapandemie - hatten nur etwas mehr als ein Drittel (36%) der 60-bis 69-Jährigen eine Gripeschutzimpfung erhalten. Insgesamt hatten sich damals rund 47 Prozent aller über 60-jährigen TK-Versicherten impfen lassen.

Risikogruppen sollten sich schützen

„Im ersten Pandemiejahr hatten sich insbesondere mehr ältere Menschen gegen Grippe impfen lassen. Dieser Effekt hat im vergangenen Jahr nachgelassen. Die Quoten sind zwar immer noch höher als vor der Pandemie, aber das EU-Ziel wird weiterhin sehr deutlich verfehlt“, sagt Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK. Laut **Zielvorgabe** der Europäischen Union soll eine **Impfquote von 75 Prozent bei älteren Menschen** erreicht werden. „Wir wissen nicht, wie stark die Grippewelle in diesem Jahr wird, insbesondere vor dem Hintergrund deutlich weniger Abstands- und Hygieneregeln als in den vergangenen 2 Jahren. Vor allem **Risikogruppen sollten sich schützen.**“

Die Auswertung der Impfquoten aus der vergangenen Grippesaison zeigt außerdem: *Insgesamt* haben über

alle Altersgruppen hinweg nur 17 Prozent der TK-Versicherten eine Gripeschutzimpfung erhalten, ein leichter Rückgang im Vergleich zur vorherigen Grippesaison (18 Prozent).

Die höchsten Quoten wurden in den Altersgruppen

- 80 bis 89 Jahre (54 Prozent) und
- 70 bis 79 Jahre (51 Prozent) erreicht. In der Altersgruppe der
- 60- bis 69-Jährigen ließen sich nur 36 Prozent der Versicherten impfen.

Die **Ständige Impfkommission (STIKO)** empfiehlt die **Grippeimpfung** unter anderem für **Menschen ab 60 Jahren**, Schwangere ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel sowie für Personen mit *gesundheitlicher Gefährdung*, hierunter gehören Menschen mit Atemwegserkrankungen, darunter besonders mit einer **COPD** (redakt. Ergänzung), Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen und medizinisches Personal. Um *rechtzeitig geschützt* zu sein, empfiehlt die STIKO, sich *ab Oktober bis Mitte Dezember impfen zu lassen.*

Quelle:

Pressemitteilung – der Techniker Krankenkasse (TK) zur Grippeimpfung vom 21.09.2022

Diese Auswertung bezieht sich auf den Zeitraum September 2021 bis Ende März 2022.

Die TK ist mit rund 11 Millionen Versicherten Deutschlands größte gesetzliche Krankenkasse.

Ehrentafel der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

Auf Vorschlag des Vorstandes wurden für ihren langjährigen und sehr verdienstvollen Einsatz für unsere Selbsthilfeorganisation für Patienten mit Atemwegserkrankungen folgende Mitglieder zu Ehrenmitgliedern ernannt:

Frau Katrin Fell, OV Mainz

Herr Dietrich Kruse, OV Fellbach

Frau Angelika Wern, OV Wiesbaden

Herr Lothar Wern, OV Wiesbaden

Herr Michael Wilken, OV Hannover

Anzeige

Sauerstoff
für zu Hause und unterwegs.

air-be-c
Einfach gut betreut.

Beratungstelefon
(0365) 20 57 18 18
Folgen Sie uns auf Facebook

www.air-be-c.de

Ihr Versorger für alle Sauerstoffkonzentratoren
Bundesweit • Beste Beratung • Service vor Ort • Partner aller Kassen • Urlaubsversorgung • Miete und Kauf • Gute Preise

Neue Möglichkeiten in der COPD-Diagnostik und -Therapie:

Wegweisendes Positionspapier macht konkrete Behandlungsvorschläge

Rund acht Prozent der Bevölkerung in Deutschland leiden an der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung, kurz COPD. Die dauerhaft atemwegsverengende Lungenerkrankung ist weltweit eine der großen und zudem wachsenden Volkskrankheiten. Dennoch wissen viele Menschen vergleichsweise wenig über die Erkrankung und es gibt seit Jahrzehnten keine nennenswerten Fortschritte in der COPD-Diagnostik und -Therapie.

Ein neues Positionspapier gibt jetzt Denk- und Handlungsanstöße, wie dieser Zustand geändert werden könnte – mehr als vier Jahre hat eine Kommission von 29 internationalen COPD-Spezialistinnen und -Spezialisten zusammen daran gearbeitet. „Dieses Positionspapier ist mutig und wegweisend in vielerlei Hinsicht. Es macht die enorme epidemiologische, gesellschaftliche und auch volkswirtschaftliche Bedeutung von COPD klar. Es zeigt, auch im Vergleich mit anderen Volkskrankheiten, wie wenig wir dennoch in der Bekämpfung bisher geschafft haben. Und das Wichtigste: Es macht konkrete Lösungsvorschläge, wie wir es schaffen könnten“, sagt Professor Wolfram Windisch, stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) sowie Chefarzt der Lungenklinik Köln-Merheim.



Professor Wolfram Windisch, Lungenklinik Köln-Merheim

„COPD wird von vielen Menschen sehr stark mit Tabakrauchen assoziiert. Das ist auch ein wesentlicher Risikofaktor, aber es gibt eben auch nennenswerte andere Faktoren, die wir genau beobachten müssen. Deswegen haben wir eine *neue Klassifizierung von fünf COPD-Typen* entwickelt“, erklärt Professorin Daiana Stolz, Erstautorin des Positionspapiers und Ärztliche Direktorin der Klinik für Pneumologie des Universitätsklinikums Freiburg/Breisgau.

Demzufolge gibt es **5 Risikofaktoren für COPD:**

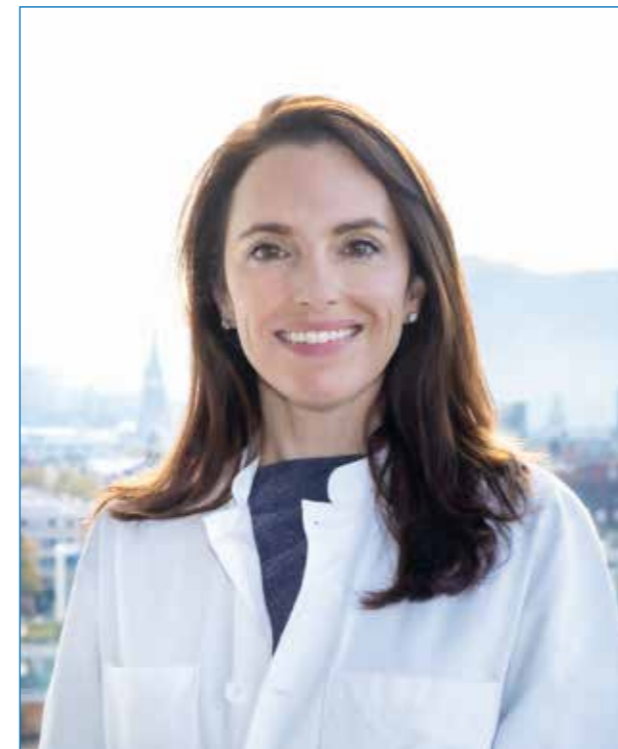
1. Genetische Risikofaktoren,
2. Risikofaktoren aufgrund von frühkindlichen Ereignissen, wie zum Beispiel einer Frühgeburt,
3. erhöhtes Risiko aufgrund von durchgemachten Infektionen,
4. den Risikofaktor Rauchen und
5. Umweltfaktoren, die das COPD-Risiko erhöhen – wie zum Beispiel hohe Luftverschmutzung.

Dabei können Betroffene auch mehreren Risikofaktoren gleichzeitig ausgesetzt sein – zum Beispiel sie rauchen und haben eine genetische Veranlagung –, was die Lungengesundheit noch mehr schädigen kann. In Abhängigkeit von diesen jeweiligen Risikofaktoren gilt es dann, auch die individuelle COPD-Therapie zu finden.

Gezielter behandeln:

Empfindlichere Diagnostik-Tools sind nötig

„Seit Jahrzehnten beruht die COPD-Diagnostik fast ausschließlich auf der *Spirometrie*. Das Problem ist, dass dieser Lungenfunktionstest frühe COPD-Stadien nicht zuverlässig erkennen kann, sondern nur fortgeschrittene - und damit kaum mehr beeinflussbare - Krankheitsstadien“, so Professorin Stolz. Die Autoren des Positionspapiers plädieren daher unter anderem für empfindlichere Lungenfunktionstests, die Berücksichtigung von individuellen Risikofaktoren in der Anamnese und auch unterstützende bildgebende Verfahren in der Diagnostik. Was die akute Verschlimmerung einer COPD, die sogenannte *Exazerbation*, angeht, schlagen die Experten eine neue Definition vor. Anhand von objektiven, messbaren Kriterien, wie zum Beispiel bestimmten Entzündungen, ließen sich Betroffene so viel gezielter behandeln als aktuell.



Professorin Daiana Stolz / Quelle: Uniklinik Freiburg

COPD-Bekämpfung braucht globale und koordinierte Kraftanstrengung

„COPD ist eine weltweit verbreitete Erkrankung, die auch oft mit *Armut* verbunden ist: So haben Länder mit geringerem Einkommen auch mehr Erkrankungen. Deswegen sollten *alle Gesellschaftsschichten vollen Zugang zur Diagnostik und Behandlung* haben“, fordert Stolz. Die Vision, COPD langfristig zu eliminieren, bedarf einer weltweiten Kraftanstrengung, bei der alle Entscheidenden konsequent und koordiniert zusammenarbeiten – nicht nur medizinische Fachkräfte, sondern auch staatliche Behörden, die Privatwirtschaft und die breite Öffentlichkeit. „COPD geht alle Menschen an, nicht nur Raucher. Wir müssen uns als Gesellschaft darum kümmern, denn diese Volkskrankheit ist bedrohlich und kostet viel Geld und Lebensqualität. Durch Vermeiden von Rauchen und Umweltverschmutzung sowie Armutsbekämpfung können wir aktiv Einfluss darauf nehmen!“, ergänzt DGP-Vorstandsmitglied Wolfram Windisch.

Veröffentlicht wurde das neue Positionspapier unter dem Titel „Über die Eliminierung von COPD“ jetzt in „The Lancet“, einer der renommiertesten medizinisch-wissenschaftlichen Fachzeitschriften der Welt.

Quelle.

Pressemitteilung | 15. September 2022

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



KOMPETENZ IN SACHEN SAUERSTOFF

Auch in Ihrer Nähe immer gut O₂ versorgt.

Servicetelefon Hattingen +49 (0)2324 9199-0

Servicetelefon Hamburg +49 (0)40 611369-0

E-Mail: auftrag@gti-medicare.de

www.gti-medicare.de

Absetzbarkeit von Fahrtkosten für Menschen mit Behinderungen bei ihrer Einkommensteuererklärung



Foto: AdobeStock/Stockfotos-MG

Nach der Vorschrift des § 9 Einkommensteuergesetz (EStG), zuletzt geändert durch Art. 4 G. vom 19.06.2022 BGBl. I S. 911, kann jeder Arbeitnehmer:in, somit auch schwerbehinderte Arbeitnehmer:innen die sog. Pendlerpauschale ansetzen, welche ab dem Kalenderjahr 2021 erhöht wurde, um die erhöhten Spritpreise abzufedern. Konkret bedeutet dies, dass Arbeitnehmer:innen für 2021 ab dem 21. Kilometer 0,35 € als Werbungskosten ansetzen können und ab 2022 (bis 2026) sogar 0,38 € (vgl.: § 9 Abs. 1 Nr. 4 S. 8 EstG).

Darüber hinaus gibt es gemäß § 9 Abs. 2 EStG für Menschen mit Behinderungen eine Sonderregelung, d. h. sie können nach dieser Vorschrift ein Wahlrecht ausüben und sich alljährlich neu entscheiden. Anstelle der Pendlerpauschale (Entfernungspauschale) können sie auch die tatsächlich entstandenen Kosten nach Reisekostengrundsätzen abrechnen. Voraussetzung für dieses Wahlrecht im Sinne von § 9 Abs. 2 EStG ist, dass mindestens ein Grad der Behinderung von 50 + Zusatzkennzeichen G (für Gehbehinderung) bzw. mindestens

ein Grad der Behinderung von 70 (dann auch ohne Zusatzkennzeichen) vorliegen müssen.

Bei der Pendlerpauschale wird stets nur die einfache Entfernung zugrunde gelegt, also die kürzeste Fahrstrecke zwischen Wohnung und erster Tätigkeitsstätte; dies entspricht genau einer Fahrt pro Arbeitstag und somit nicht der tatsächlich gefahrenen Strecke von Hin- und Rückweg. Eine solche Pendlerpauschale steht den Menschen mit Behinderungen auch dann zu, wenn sie sich beispielsweise von ihrem Nachbarn mitnehmen lassen und ihnen somit überhaupt gar keine Kosten entstehen. Allerdings wird dann die Pendlerpauschale gedeckelt auf 4.500 € pro Jahr.

Bei der Berechnung der tatsächlichen Kosten nach Reisekostengrundsätzen darf jeder gefahrene Kilometer mit 0,30 € angesetzt werden, also sowohl der Hin- als auch der Rückweg. Es werden sogar Leerfahrten berücksichtigt, beispielsweise, wenn diese Personengruppe zur Arbeit gebracht und auch wieder abgeholt wird.

In diesem Fall der Abrechnung, d. h. der tatsächlich entstandenen Kosten nach Reisekostengrundsätzen gelten stets nur die besagten 0,30 €, d. h. es gibt keine Erhöhung auf 0,38 € ab dem 21. Kilometer, denn dies ist im Reisekostengesetz gerade nicht vorgesehen. Schwerbehinderte Arbeitnehmer:innen sollten die Ergebnisse beider Ihnen zur Verfügung gestellten Varianten ausrechnen und gegenüberstellen, um zu entscheiden, was für sie am Ende aus steuerlicher Sicht gesehen günstiger ist.

Unabhängig von den Fahrten zur Arbeit haben schwerbehinderte Menschen regelhaft auch eine Vielzahl von privaten Fahrten, sei es zum Besuch von Kultur- und Freizeitveranstaltungen, zum Einkaufen, zu Behörden oder auch Urlaubsfahrten. So wie bei jedem anderen Steuerpflichtigen gehören diese Privatfahrten zu den Kosten der privaten Lebensführung. Allerdings gibt es auch die sog. Privatfahrten bei Behinderung. Wer eine Schwerbehinderung von mindestens GdB 70 G oder GdB 80 (ohne Zusatzkennzeichen) nachweisen kann, darf private Fahrten im angemessenen Rahmen als außergewöhnliche Belastung ansetzen. Angemessen sind 3.000 km pro Jahr á 0,30 €, was einer jährlichen Pauschale von 900 € entspricht. Für Schwerstbehinderte gilt eine Pauschale von jährlich 4.500 € (15.000 km x 0,30 €).

Unabhängig vom Grad der Behinderung besteht dieser Anspruch als angemessene Pauschale von 500 Euro jährlich, wenn eines dieser Kennzeichen nachgewiesen wird:

- aG (außergewöhnliche Gehbehinderung)
- BI (Blindheit)
- TBI (Taubblindheit)
- H (Hilflosigkeit)
- Pflegegrad 4 oder 5

Aus steuerrechtlicher Sicht stellen diese Kosten außergewöhnliche Belastungen dar. Allerdings ist seit 2021 neu, dass die Fahrten als Pauschalen ausgezahlt und nicht mehr durch Einzelaufstellungen nachgewiesen werden müssen. Wie auch der Behindertenpauschbetrag können diese Pauschalen auf andere Personen übertragen werden, z.B. von Kindern auf deren Eltern.

Quelle:
Verbandsdienst Nr. 124/2022 der BAG Selbsthilfe vom 15.09.2022



MEMBER OF SOS oxygene

FON +49(0)421 48 99 66 · www.oxycares.eu

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

Beatmung mit COPD-Modi

- prisma VENT 30/40/50/50-C von Löwenstein Medical **prisma VENT 50-C mit High-Flow-Modus 5-60 l/min**
- Stellar 150/Astral 150 mit Modus iVAPS von ResMed
- OXYvent Cube 30 ATV - Target Minuten Volumen und Triggersperrzeit einstellbar **Made in Germany Angebotspreis* 2.695,00 €**

Infos:
auf unserer Website www.oxycares-gmbh.de:
Therapien/Beatmung+COPD Modi

Sauerstoffversorgung **Everflo 595,00 €**

Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

- Sauerstoffkonzentratoren 0,1-10 l/min Dauerflow
- SimplyGo bis 2 l/min Dauerflow
- SimplyGo Mini ab 2,3 kg
- Inogen One G5* ab 2,2 kg
- iGO2 Drive Medical 2,2 kg
- Platinum Mobile POCI ab 2,2 kg
- Eclipse 5 bis 2 l/min Dauerflow **Aktion: Inogen One G5 ab 1.975,00 € ***

Inhalation & Atemtherapie **Ideal für die Sinusitis-Therapie**

- Pureneb AEROSONIC+, Kombi-Inhalation mit 100 Hz Schall-Vibration z.B. bei Nasennebenhöhlenentzündung
- Erhöhte Medikamentendeposition durch vibrierende Schallwellen bei gleichzeitiger Behandlung beider Naseneingänge durch speziellen Nasenaufsatz
- Nasale Inhalation ohne Gaumen-Schließ-Manöver
- Für Erwachsene und Kinder **415,80 €**

- OxyHaler Membranvernebler **Mit Akku perfekt für unterwegs Shop-Preis 174,50 €**
 - Klein - leicht (88 g) - geräuschlos -
 - Verneblung von NaCl bis Antibiotika möglich
 - Mit Li-Ionen-Akku
- Allegro / AirForce One / InnoSpire Elegance **ab 53,30 €**
 - Die Standardgeräte für die ganze Familie

GeloMuc/Quake/RespiPro/PowerBreathe Medic/RC-CornetPlus/PersonalBest Peak Flow Meter **Shop-Preis GeloMuc 61,40 € ***

Fingerpulsoxymeter OXY 310 **29,95 € ***

* solange der Vorrat reicht

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

Patientenperspektive und strukturierte Patienteninformation am Beispiel einer Selbsthilfegruppe (SHG) von Patienten mit Bronchiectasen



Foto: AdobeStock / laurent

Selbst-Hilfe bei Bronchiectasen

Bronchiectasen-Selbsthilfegruppe Hannover und das deutsche Bronchiectasen-Register PROGNOSIS

Bronchiectasen

- sind gekennzeichnet durch eine dauerhafte Erweiterung der Atemwege (Bronchien) und einen Teufelskreis aus chronischen Infektionen, Entzündungen und Sekretstau,
- gehen aufgrund der erheblichen Beschwerden und des chronisch-fortschreitenden Verlaufs mit einer außerordentlichen Belastung und Einschränkung der Alltagsfähigkeit für die betroffenen Patienten einher,
- stellen ein komplexes Krankheitsbild mit vielen unterschiedlichen Ursachen dar,
- sind daher für den behandelnden Arzt häufig eine diagnostische und therapeutische Herausforderung.

Patientenperspektive

1. Zum Vorgehen:

Seit circa sieben Jahren gibt es auf Anregung von Prof. Tobias Welte an der Medizinischen Hochschule Hannover, der MHH, eine Selbsthilfegruppe für Patienten mit

Seit März 2015 besteht in Hannover eine Bronchiectasen-Selbsthilfegruppe, die sich jeden 1. Donnerstag im Monat traf.



Die Ziele von PROGNOSIS sind u.a.:

- Der Aufbau eines deutschlandweiten Registers von Patienten mit Bronchiectasen.
- Die Erstellung einer ersten deutschsprachigen Leitlinie zu Diagnostik und Therapie von Bronchiectasen gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) e.V. und betroffenen Patienten aus der Selbsthilfe.

Zur Diskussion und Erstellung einer konsentierten Leitlinie fand daher am 20./21. Juni 2022 eine Konsensuskonferenz in Fulda mit mehr als 20 Teilnehmern statt. Teilnehmer waren von Patientenseite Michael Wilken von unserem OV Hannover und Dr. Michael Köhler. Mit der endgültigen Erstellung und Publikation dieser ersten deutschsprachigen Leitlinie wird Ende des Jahres gerechnet. In diese sind auch die umfangreichen Fragebogen basierten Auswertungen der Bronchiectasen-Selbsthilfegruppe der MHH eingeflossen. Über diese wird im folgenden Artikel berichtet.

Bronchiectasen, die einmal monatlich bis zum Beginn der Corona-Pandemie in unterschiedlicher Besetzung und Stärke zusammenkam. Moderiert wurde sie von Michael Wilken. Nach unserem Informationsstand war sie damals die einzige derartige Gruppe in Deutschland.

Während der Pandemie konnte der Kontakt nur per Telefon, Brief oder Mail (für diejenigen, die über einen Internet-Zugang verfügen) aufrechterhalten werden. Zu Beginn der Sammlung von Informationen wurde eine Liste mit Fragen versandt, die auch von sieben Mitgliedern beantwortet wurden. Diese Informationen können zusammengefasst als Ansatz für eine breit angelegte Erhebung über die Sichtweise von Patienten dienen, um verlässliche und dann repräsentative Aussagen machen zu können.

2. Aufgrund welcher Symptome ergab sich der Verdacht auf Bronchiectasen und in welchem Alter und wie wurde die endgültige Diagnose gestellt?

Das Alter bei Stellung der Diagnose hatte eine große Spannweite von 16 bis 68 Jahren. Den Schwerpunkt bildete aber eher ein fortgeschrittenes Alter.

Die Symptome, die schließlich zur Diagnose Bronchiectasen führten, waren eher unspezifisch: z. B.

- häufig Husten (nicht behandelbar),
- Atemnot, auch bei geringer Anstrengung bei konstantem Atemvolumen,
- ständig wiederkehrende Infekte,
- Lungenentzündungen (Pneumonien) und
- Bluthusten (Hämoptysen)

Der Prozess bis zur diagnostischen Klärung verlief oft auf „Umwegen“, wie z. B.:

- Der Betriebsarzt stellte den Verdacht auf eine Lungenschädigung, der Facharzt fand eine COPD.
- Jahrelange Antibiotikatherapie ohne deutliche Besserung.
- Nach langem Reha-Aufenthalt keine Besserung, die fachärztliche Diagnose lautete auf eosinophiles Asthma.

Diese Diagnosen schließen eine Bronchiectase selbstverständlich nicht aus. In vielen Fällen bedurfte es längerer Zeit des „Pendelns“ zwischen Haus- und Facharzt und verschiedener Therapien, bis zur letztendlich klärenden Diagnostik. Nicht alle Schritte dieses Pendelns waren im Nachhinein für die Patienten exakt zu erinnern.

Die Klärung erfolgte letztlich erst durch die fachärztliche Überweisung an die Hochschule und die Diagnostik mit Röntgen, CT und Bronchoskopie. Wenn Patienten über den manchmal langen und mühsamen Weg von den ersten Symptomen bis zur diagnostischen Klärung berichteten, dann häufig mit „gemischten“ Gefühlen, dem Bedauern über die Länge des Weges und die Erleichterung nach Klärung mit anschließender, meist erfolgreicher Therapie.

3. Von wem wurde die Therapie eingeleitet und mit welchem Ergebnis? Gab es außerdem weitere Verhaltensempfehlungen?

Die Patienten, über die hier berichtet wird, wurden fast ausschließlich in der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) behandelt. Neben diversen bronchialerweiternden Medikamenten erhielten sie Injektionen mit Nucala (Medikament bei schwerem Asthma), Kortison-Tabletten, Inhalationen zur Schleimlösung, langdauernd spezifische Antibiotika- (Antimykotika, Makrolide) Tabletten, auch dreifach kombiniert und über 1,5 Jahre, auch inhalativ gegen Pseudomonas aeruginosa, seit dem solche Medikamente verfügbar sind, - also ein breites Spektrum der zurzeit verfügbaren Medikamente sowie zusätzlich eine Atemtherapie.

Die Therapieergebnisse waren sehr unterschiedlich: Sie reichten von:

- „In der Regel stabil“ über
- „Es ging alles weiter wie gehabt. Ständig wiederkehrende Infekte“
- „Keine weitere Verschlechterung“ bis zu
- „Atemnot stark gemildert, beinahe normales Leben.“

Neben den therapeutischen Maßnahmen im engeren Sinne gab es eine Vielfalt von Verhaltensempfehlungen:

- mehr Bewegung und Reduktion des Körpergewichtes,
- strikte Einhaltung der intensiven Bronchialtoilette
- Sport und Aufenthalt im Freien.

Einigen Patienten wurden keine weiteren Verhaltensempfehlungen gegeben, zumindest wurde darüber nicht berichtet.

4. Was führte zum Interesse am Austausch mit anderen Patienten in einer Selbsthilfegruppe (SHG)? Was waren die Hindernisse und wie wurde die SHG erlebt?

Wohl bei allen interessierten war anfänglich stark das Bedürfnis nach mehr Informationen über die Erkrankung; auch der Wunsch zu erfahren, ob es neben den medizinischen Therapien im engeren Sinne weitere Verhaltensempfehlungen gibt oder auch alternative Methoden und das Bedürfnis zum Austausch über weitere Hilfen oder Tipps und über Ärzte und Sportmöglichkeiten.

Weitere wichtige Motive waren die Verunsicherung, das Gefühl, mit der Krankheit alleine zu sein („keiner sonst hat, was ich habe.“) und nach Austauschmöglichkeiten zur Bewältigung der Krankheit.

Als Hindernisse zur regelmäßigen Teilnahme wurden genannt:

- „Immer wiederkehrende Infekte“
- „Ansteckungsgefahr“ (z.B. durch Pseudomonas)
- „andere gesundheitliche Probleme“
- „zu weit entfernt“
- „Ersatz durch Einbindung in Sportgruppen“
- „Beginn der Corona-Pandemie“

Das Erleben als Gruppe wurde durchweg als positiv bewertet. Sehr bedauert wurde die Unterbrechung durch die Corona-Pandemie. Die spezielle Einsatzgruppe (Task Force) der MHH hatte während der Corona-Pandemie dringend von Treffen dieser Hochrisiko-Gruppe abgeraten. Die Leitung gab zwischenzeitlich aber Informationen. Positiv wurde die Erläuterung medizinischer Maßnahmen/Verordnungen empfunden. Bedauert wurde die manchmal geringe Zahl an Teilnehmern. Auch ohne die Möglichkeit zur Teilnahme wurde es als positiv bewertet, „das Gefühl, immer eine SHG im Hintergrund zu haben“.

5. Welche Erwartungen bestanden/bestehen an die behandelnden Pneumologen? Was fanden die Gruppenmitglieder gut, was hätten sie sich anders gewünscht?

Die Einschätzungen durch die Patienten waren durchweg positiv. Sehr wichtig sei das Zuhören neben der bestmöglichen Betreuung, Zufriedenheit durch regelmäßige Kontrollen und die Informationen über neue Behandlungsmöglichkeiten, genaue Abklärung der aktuellen Situation (z.B. bei Infekten), große Dankbarkeit bei intensivem Einsatz der Behandler, Verständnis und Hilfe in Problemsituationen (bei Infekten oder Keimbeseidlung) sowie die gründliche Untersuchung beim jährlichen Check.

Positiv wird auch gesehen, dass jederzeit Sputumproben abgegeben werden konnten. Der ruhige und gelassene Umgang mit den Patienten wurde als sehr wichtig eingeschätzt.

Weniger positiv waren die Reaktionen, wenn Erwartungen nicht erfüllt werden konnten (z. B. „dass er mich von meinem Husten befreit.“) In einem Fall sei auch die Behandlung durch den Hausarzt erfolgreicher gewesen (Refluxbehandlung durch Protonenpumpenhemmer und deutliche Reduktion des Hustens. Es sollten nicht nur Symptome behandelt werden, sondern diese „ganzheitlich“ betrachtet werden. Es gibt Erwartungen nach „ganzheitlicher“ Medizin. Manchmal wird mehr Einfühlungsvermögen erwartet. Der (durch die Klinikorganisation kaum zu vermeidende) Wechsel

der ärztlichen Bezugsperson wird durchaus als Problem gesehen.

6. Welche Auswirkungen hatte die Erkrankung auf die verschiedenen Lebensbereiche?

Die Konsequenzen könnten unterschiedlicher nicht sein:

1. Berufstätigkeit:
 - Sehr viel krank und kein Verständnis des Arbeitgebers.
 - Berentung nach der Erkrankung.
 - Rente bestand schon vor der erstmaligen Diagnose.
 - Mit der Erkrankung war eine selbständige berufliche Tätigkeit nicht mehr möglich.
 - Hausfrau konnte sich die Arbeit einteilen.
 - Keinerlei Auswirkungen auf die Berufstätigkeit.
2. Partnerschaft und Familie
 - Überhaupt keine Auswirkungen.
 - Aufgabenteilung: „Mein Mann hat die schwere Arbeit auf sich genommen, aber vieles konnte ich nicht mitunternehmen.“
 - Trennung vom Partner, „habe mich getrennt und bleibe Single, weniger Stress.“
 - Kinder sind im Ausland oder sie können bei weiteren Entfernungen nicht mehr besucht werden.
 - Nur wenige Aktivitäten sind möglich, häufig zu erschöpft.
3. Freundeskreis
 - Stark minimiert. „Die Krankheit steht dem ständig im Wege.“
 - Keinerlei Einschränkungen nötig.
 - Erkrankung war ohne jede Auswirkung auf den Freundeskreis.
 - Freundeskreis auf Nicht-Raucher reduziert.
 - Kontakt im Freundeskreis ist nur noch telefonisch möglich.
 - Verabredungen können häufig nicht wahrgenommen werden und müssen kurzfristig abgesagt werden.
4. Freizeit-Verhalten

Auch in diesem Bereich finden sich große Unterschiede:

 - Bei fortbestehender Berufstätigkeit gab es wenig Freizeitmöglichkeiten wegen der Erschöpfung durch die Arbeit.
 - Durch ständige Infekte Reduktion der Kontakte auf den Ehepartner und dadurch weitgehende soziale Isolation.
 - „Beim Wandern zu langsam, vor allem am Berg. Mit den Kindern konnte ich nie um die Wette laufen oder schwimmen. Fahrradfahren war ab dem 24. Lebensjahr nicht mehr möglich.“ Die Diagnose einer Bronchiektasie erfolgte erst mit 68.

- Freizeitaktivitäten sind nicht möglich. „Schaffe es kaum, mich selbst zu versorgen.“
- Keine Auswirkungen auf das Freizeitverhalten hatten zwei Patienten, die nicht mehr berufstätig waren oder aus Interesse - nicht weil sie dazu gezwungen sind - einer 450.- € Tätigkeit nachgingen.

Festzuhalten bleibt, dass die Auswirkungen auf die verschiedenen Lebensbereiche unterschiedlicher kaum sein könnten.

7. Gab oder gibt es Begleiterkrankungen (Komorbiditäten)?

Wie zu erwarten, gab es auch hier große Unterschiede. Rund die Hälfte der Patienten berichtete von keinen weiteren Erkrankungen. Die andere sprach von relativ harmlosen bis zu sehr schweren: von Spannungskopfschmerz, Bluthochdruck, Migräne, über Asthma, chronischer Sinusitis bis zu einer Krebserkrankung.

8. Gab/gibt es Zeiten von Depressivität, Antriebslosigkeit, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit?

Bemerkenswert ist, dass nur zwei Patienten berichteten, keine solchen Zustände gehabt zu haben. Die Mehrzahl hat oder hatte psychisch schwer zu bewältigende Situationen zu verkraften:

- „Ständig. Ich schaffe es nur mit sehr viel Disziplin.“
- „Häufig. Besonders bei akuten Infektionen.“
- „Ja, von 2013 bis 2018 bei ununterbrochenen Infekten.“
- „Nach der Geburt des vierten Kindes an Atembeschwerden fast gestorben. Früher Tod des Mannes. Pure Verzweiflung. Kinder schenken mir einen Hund. Danach ging es einige Zeit besser, aber nach dem Umzug nach Hannover ständig schlechter.“

Auffallend war die enge Verschränkung zwischen Krankheitsentwicklung, seelischem Zustand und sozialen Veränderungen.

9. Exazerbationen und deren Bewältigung

Auch hier gab es drastische Unterschiede (was für den Kliniker eine Banalität ist).

- „Nie eine Exazerbation gehabt.“
- „Nein. Relativ stabil, obwohl sich die Lungenfunktion über die Jahre verschlechtert hat.“
- „Nur eine akute Verschlechterung mit starkem Husten, aber ohne massive Atemnot.“
- „Es gab jedes Mal andere und mehr Medikamente.“
- „Bei Exazerbationen Antibiotika, Antimykotika, mehr Kortison. CT,“

- „Es waren sehr schlimme Zeiten von 2013 bis 2017, da ich noch eine im Jahr 2010 geborene Tochter zu versorgen hatte.“

10. Konnte/wollte ich meine Diagnose für mich behalten?

Der Umgang mit der Diagnose in der „Öffentlichkeit“ war denkbar unterschiedlich: es gab Patienten, die aus beruflichen Gründen (Selbständigkeit) massive Probleme damit hatten, ihre Erkrankung auf keinen Fall bekannt werden zu lassen. Die Mehrzahl der Patienten hatte aber keine Probleme damit, bei einigen war es aus ihrer Sicht auch nicht zu verheimlichen:

- „Es war nicht möglich, es für mich zu behalten, da ich ständig krank war mit Fieber, Auswurf etc.“
- „Das hört und sieht schon jeder, dass es mir nicht gut geht.“

11. Wie haben wichtige Bezugspersonen, beruflich, privat, auf die Diagnose/die Erkrankung reagiert?

Auch hier waren große Unterschiede festzustellen: einige berichteten, dass mit Anteilnahme/Bedauern darauf reagiert wurde. Andere berichteten von völligem Unverständnis, „denn man sieht ja von außen nichts.“

Einige haben mit sozialem Rückzug reagiert und nur selten etwas mit Anderen unternommen. Auch:

- „Privat konnte Keiner nachvollziehen, was es bedeutete, ständig krank zu sein. Dazu die Verpflichtungen als Mutter und für den Haushalt. Dass dieser Prozess nicht nur eine Woche dauert und man dann wieder gesund ist, sondern es Tag ein, Tag aus mit Fieber und Erschöpfung einhergeht.“

12. Ist es bisher gelungen, ohne eine Covid-Infektion durch die Pandemie zu kommen?

Für praktisch alle Menschen war die Covid-Pandemie eine mehr oder weniger schwere Belastung. Umsomehr auch für Patienten mit Bronchiektasen. Alle Teilnehmer berichteten, dass sie bisher von Covid-Infektionen verschont geblieben waren, was auch nicht so erstaunlich war, da Bronchiektase-Patienten es gewöhnt sind, sich vor Infektionen zu schützen.

13. Welche Auswirkungen hatten bisher die Kontaktbeschränkungen, seelisch und körperlich?

Zwei Patienten berichteten, dass sie keine Auswirkungen hatten, einmal war es dem Alter geschuldet, da sowieso wenig Kontakte gepflegt wurden, ein anderes mal der kontinuierlichen Berufstätigkeit in geschütztem Rahmen. Es gab sogar einen Vorteil: durchs Homeoffice, da gab es weniger Infekte und mehr Zeit sich

auszuruhen und die Arbeitsweise an die jeweilige Leistungsfähigkeit anzupassen. Andere Aktivitäten fehlten allerdings.

Daneben gab es auch sehr Schwieriges:

- „Das Schlimmste ist, dass alle meine Kinder und Enkel in Süddeutschland leben. Da war ich Weihnachten wieder allein.“
- „Es ist ein Alptraum!“

14. Wo wäre mehr Unterstützung gewünscht, medizinisch, durch die Familie, Freunde, Nachbarn, im Beruf?

Erstaunlich war dass mehr als die Hälfte der Patienten jede Unterstützung hatte, die sie brauchten. Das mag darauf zurückzuführen sein, dass chronisch Kranke schon vor der Pandemie die vorhandenen Hilfsangebote bei längerem Kranksein kannten und genutzt hatten. Dankbarkeit wird geäußert. Nur in einem Fall wurde schnellere Terminvergabe zur i.v. Behandlung gewünscht, wodurch eine längere Arbeitsunfähigkeit hätte vermieden werden können. Das sei aber vermutlich durch die Corona-Situation bedingt.

15. Fühlten sich die Patienten ausreichend informiert über ihre Erkrankung? Welche Informationen wurden noch erwünscht?

Bemerkenswert war, dass sich nahezu die Hälfte der Patienten über ihre Erkrankung ausreichend informiert fühlten. Es bleibt festzuhalten, dass es in den Jahren, in denen Treffen der SHG möglich waren (bis zum Beginn der Pandemie), es wohl kaum eine Sitzung gab, in der nicht Fragen gestellt und viele beantwortet werden konnten. Als offen wurde bezeichnet, wie die Erkrankung weiter verläuft und der erforderliche Umgang mit den FFP2-Masken.

Neben der reinen Informationsfunktion in einer SHG wurde der mögliche Austausch mit anderen Betroffenen betont:

- „Mehr Austausch mit „Gleichleidenden“. Ich kenne nicht einen Patienten, der hat, was ich habe.“
- „Im Netz findet sich nichts über Zusammenhänge. Alles wird isoliert dargestellt, Bronchiektasie, COPD und Asthma. Was mein Hypermobilitätssyndrom angeht, bin ich wohl ein Alien.“

Folgerungen für eine möglichst nahe Zukunft:

1. Studie

Das hier Dargestellte zu Patientenperspektiven fußt auf Erfahrungen aus einigen Jahren in der Moderation einer SHG und den Ergänzungen durch einen an die Teilnehmer der Treffen verschickten Fragebogen. Es ist selbst-

verständlich, dass diese Einschätzungen nicht generell auf alle Patienten mit Bronchiektasen übertragbar sind. Es bedarf einer groß angelegten Studie, die Verschränkungen zwischen Krankheitsverlauf, Auswirkungen auf die verschiedenen Lebensbereiche, seelische und soziale Folgen und deren Rückwirkungen auf den Krankheitsverlauf aus der Sicht betroffener Patienten empirisch verlässlich evaluieren. In der Kürze der Zeit bis zur Erstellung der Leitlinie war eine solche Untersuchung nicht leistbar.

2. Aufbau von Selbsthilfegruppen

Bei COPD-Patienten wird das Auftreten von Depressionen auf bis zu 40% geschätzt, die von Angststörungen auf deutlich über 30%. So neigen z.B. COPD-Patienten mit Angst vor körperlicher Belastung zu einer geringeren Bereitschaft sich zu bewegen und ziehen sich aus Furcht aufzufallen aus dem Alltagsleben zurück. Es ist nicht anzunehmen, dass dies bei Patienten mit Bronchiektasen grundsätzlich anders ist, was sich auch deckt mit den Erfahrungen aus unserer SHG in Hannover. (z.B. gibt es Patienten, die täglich Sport betreiben bis zu solchen, die Bewegung möglichst vermeiden.)

Eine Selbsthilfegruppe bietet, wenn nicht direkte psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen wird, ein nützliches Lernumfeld, in dem Patienten nicht nur genauere Informationen über ihre Erkrankung bekommen, sondern Verhaltensalternativen unmittelbar von anderen Betroffenen mit gleichen oder ähnlichen Symptomen übernehmen können. Es ist nach unseren Erfahrungen dringend anzuraten, in allen Zentren für Bronchiektase-Patienten Selbsthilfegruppen zu initiieren, zumindest nach dem Ende der Corona-Pandemie wenn Gruppentreffen wieder sicher möglich sind. (Teilnahme über Zoom oder andere Portale sind leider nicht Allen möglich, da ein erheblicher Teil der Patienten nicht über einen Netzzugang verfügt.)

Patienteninformation

Inzwischen gibt es eine Reihe von Informationsmöglichkeiten für Patienten. Hier sind die wesentlichen Informationen für Deutschland aufgelistet:

Die Deutsche Lungenstiftung e.V. bietet in ihrer Übersicht zu verschiedenen Erkrankungen von Lunge und Atemwegen eine auch für Laien leicht verständliche Darstellung zu Bronchiektasen. Eingegangen wird auf Symptome, Diagnostik, Behandlung und Folgen.

www.lungenstiftung.de/publikationen/faltblaetter-informationen-krankheiten-lunge/krankheiten

Eine wesentlich ausführlichere und bebilderte Darstellung bietet „COPD-Deutschland e.V.“ in einem größeren

Heft: Basisinformationen, Ursachen, Häufigkeit, Symptomatik, Diagnostik, Therapie inklusive Atemphysiotherapie. Dargestellt wird auch das Bronchiektasen-Register. www.copd-deutschland.de/images/patientenratgeber/patientenbroschueren/bronchiektasen.pdf

Die „Deutsche Atemwegsliga e.V.“ bietet spezielle Informationen zu Bronchiektasen in einem Flyer und eine umfangreiche Sammlung von Videos zur Inhalation und ein nützliches „ABC“ der Atemwege, das für Patienten verständlich ist.

COPD, Asthma, chronische Bronchitis, Allergie
Deutsche Atemwegsliga e.V., www.atemwegsliga.de

Da viele Patienten mit Bronchiektasen von der Vorstellung belastet sind, mit dieser Erkrankung allein zu sein, dürfte ein Verweis auf „Prognose“ mit dem Bronchiektasen-Register nicht nur informativ, sondern auch hilfreich sein. **PROGNOSIS HOME (bronchiektasen-register.de)**

Detaillierte Informationen bietet auch die „europeanlunginfo.org“. Dieses Portal ist sehr empfehlenswert und alle Informationen werden nach entsprechender Einwahl in deutscher Sprache dargeboten.

Bronchiectasis - Patient Priorities (europeanlunginfo.org)

de-bronchiectasis.pdf (europeanlunginfo.org)
www.europeanlunginfo.org/assets/files/pdfs/Bronchiectasis/Factsheets/de-bronchiectasis.pdf

Umfassende und leicht verständliche Informationen in deutscher Sprache auch mit Video zur Anleitung bietet die Seite „europeanlunginfo.org“.

Hilfreich für Patienten sind besonders die Empfehlungen zum Selbstmanagement: Allgemeine Ratschläge, Aktivitäten, Lungenclearance, Umgang mit Atemnot, Bewältigung von Exazerbationen, Depressionen, Partnerschaft und Sexualität und Reisen mit Bronchiektasen.

Besonders informativ ist dabei das Video zur Hilfe bei der Lungenclearance.

<https://www.europeanlunginfo.org/bronchiectasis/self-management/duplicate-of-how-your-lungs-work/chest-clearance-techniques>

Den positiven Expirationsdruck zu nutzen, ist wohl für alle Patienten unerlässlich. Ein hilfreiches Video bringt folgender Link:

<https://www.europeanlunginfo.org/bronchiectasis/how-to-help-yourself-videos/positive-expiratory-pressure/>

Die autogene Drainage wird ebenfalls leicht verständlich im Video dargestellt.

<https://www.europeanlunginfo.org/bronchiectasis/how-to-help-yourself-videos/autogenic-drainage/>

Die Handhabung des Flutters ist ebenfalls leicht lernbar und hier zu sehen:

<https://www.europeanlunginfo.org/bronchiectasis/how-to-help-yourself-videos/acapella/>

Der Text ist jeweils in deutscher Sprache, die Videos in Englisch. Die Visualisierung ist aber derartig gut, dass dies keine nennenswerte Barriere sein dürfte.

Folgerungen für eine möglichst nahe Zukunft:

1. Regelmäßige Informationsveranstaltungen

Zumindest jährlich sollte in allen Behandlungszentren für Bronchiektase-Patienten eine Informations-Veranstaltung durchgeführt werden. Diese Anregung enthält auch die Homepage von Prognosis schon seit langem.

Bewährt hat sich in unserer Patientenselbsthilfegruppe in Hannover ein erster Teil mit grundlegenden Informationen besonders für diejenigen Patienten, die erst kürzlich mit der Diagnose und den ersten Therapieschritten konfrontiert wurden. Daran anschließend wird eine kurze, allgemein-verständliche Darstellung des Forschungsstandes und neuerer Entwicklungen geboten. Diese Veranstaltungen haben sich bewährt und sollten, wie bei Prognosis vorgeschlagen, in möglichst allen Behandlungszentren durchgeführt werden.

2. Spezialisierte Physiotherapie

In für Patienten erreichbarer Nähe sollten physiotherapeutische Praxen existieren, die auch auf Patienten mit Bronchiektasen spezialisiert sind.

Wo das noch nicht der Fall ist, sollte den Physiotherapeuten ausreichend und kostengünstig Gelegenheit zur entsprechenden Fortbildung gegeben werden.

Der Autor:

Michael Wilken

Leiter Ortsverband Hannover der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA



und Thomas Hillmann für die Links zu den weiteren Patienteninformationen im Netz.

Regierung plant Gesundheitskioske deutschlandweit



Deutschlandweit sollen neue Beratungsangebote für Patientinnen und Patienten in sozial benachteiligten Regionen aufgebaut werden. Das ist Ziel einer Gesetzesinitiative, die Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach beim Besuch des Gesundheitskiosks Hamburg Billstedt vorgestellt hat.

Entsprechende Eckpunkte liegen vor, die gesetzlichen Regelungen sollen zeitnah folgen. Danach sollen langfristig **1.000 Gesundheitskioske bundesweit** aufgebaut werden. Initiiert werden sollen die Anlaufstellen von den *Kommunen*, finanziert mehrheitlich von den *gesetzlichen* und *privaten Krankenversicherungen*, die Kommunen beteiligen sich. Hauptaufgabe der Kioske ist es, den Zugang zur Versorgung der Patientinnen und Patienten mit besonderem Unterstützungsbedarf zu verbessern und die Versorgung zu koordinieren.

Dazu Bundesgesundheitsminister **Prof. Karl Lauterbach**: „Gesundheit ist eine der wichtigsten sozialen Fragen des 21. Jahrhunderts. Auch unter wirtschaftlichem Druck muss es uns gelingen, in einer alternden Gesellschaft das Solidarsystem zusammenzuhalten. Deshalb darf in Deutschland weder der Geldbeutel noch der Wohnort über die Behandlung von Patientinnen und Patienten entscheiden. Gesundheitskioske können dabei einen entscheidenden Unterschied machen. Selbst in strukturell schwachen Gebieten sollen Alle die Möglichkeit haben, *schnell und kompetent in Gesundheitsfragen beraten* zu werden und *unbürokratisch Hilfe*

zu erhalten. Beratung, Vermittlung und vorbeugende Maßnahmen sind Beispiele für die Lücken im System, die so in benachteiligten Regionen geschlossen werden sollen.“

Eckpunkte:

- **Gesundheitskioske** bieten insbesondere in sozial benachteiligten Regionen und Stadtteilen **niedrigschwellige Beratung** an.
- Die Krankenkassen fördern zusammen mit den Kommunen mit Hilfe der Gesundheitskioske **insbesondere die Gesundheitskompetenz** von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf und bieten diesen im Bedarfsfall *individuelle Beratung* zur Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils. Ferner bieten die Krankenkassen und das „**GKV-Bündnis für Gesundheit**“ in den Gesundheitskiosken Informationen für Kommunen und andere interessierte Stellen über Projekte zur Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Menschen.
- Weitere Aufgaben:
 - Die **Vermittlung von Leistungen** der medizinischen Behandlung, Prävention und Gesundheitsförderung und Anleitung zu deren Inanspruchnahme;
 - **allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen** zur medizinischen und sozialen Bedarfsermittlung;
 - die **Koordinierung** der erforderlichen Gesund-

- heitsleistungen und Anleitung zu deren Inanspruchnahme;
- die Unterstützung bei der Klärung gesundheitlicher und sozialer Angelegenheiten;
- die Bildung eines sektorenübergreifenden Netzwerkes;
- Durchführung **einfacher medizinischer Routineaufgaben** wie z.B.
 - Blutdruck und Blutzucker messen
 - Verbandswechsel
 - Wundversorgung und
 - subkutane Injektionen
 veranlasst von Ärztinnen und Ärzten;
- perspektivisch: Erweiterung um ergänzende Beiträge zur Sicherstellung der Primärversorgung
- Personal:
 - examinierte Pflegefachkräfte
 - perspektivisch Pflegefachkräfte (Gesundheits- und Kinder-Krankenpfleger/in, Altenpfleger/in, Pflegefachfrau/Pflegefachmann) mit Heilkundenkompetenz (*im Sinne von community health nursing - CHN*).

- Es ist eine **enge Kooperation mit dem ÖGD** (öffentlicher Gesundheitsdienst, z. B. Gesundheitsämter) sicherzustellen, z.B. Mitwirkung bei Prävention und Gesundheitsförderung, Durchführung von Impfungen in den Räumen des Kioskes.
- Das *Initiativrecht zur Errichtung* eines Kioskes liegt bei den **Kommunen**, d.h. die Kommunen entscheiden eigenständig über die Errichtung eines Gesundheitskiosks und können von den Krankenkassen den Abschluss eines schiedsamtstfähigen Vertrages über die Einzelheiten verlangen. Ziel ist es, pro *80.000 Einwohner einen Kiosk* zu errichten, also bundesweit insgesamt 1.000 Kioske.
- Sofern eine Kommune das Initiativrecht ausübt, sind die Landesverbände der Krankenkassen **verpflichtet**, gemeinsam (also **wettbewerbsneutral**) **in Zusammenwirken mit den Kommunen/ÖGD** Kioske zu errichten. Ausdrücklich können solche Angebote auch **mobil**, z.B. mit Bussen, erfolgen.
- Da die Kioske auch Aufgaben der Daseinsvorsorge vornehmen, besteht die **Verpflichtung der Kassen** zur Beteiligung an einem Kiosk nur, wenn sich auch die **Kommunen** insbesondere finanziell an den Kiosken **beteiligen**.
- Die **Finanzierung wird** zwischen **den Kommunen** auf der einen und gesetzlicher und privater **Krankenversicherung** auf der anderen Seite aufgeteilt.

- Die gesetzliche Krankenversicherung wird 74,5 % der Gesamtkosten
- die private Krankenversicherung 5,5 % und
- die Kommunen 20 % der Gesamtkosten tragen.
- Im Rahmen ihrer Aufgabenwahrnehmung im Bereich der Förderung gesundheitsförderlicher Strukturen unterstützen die Krankenkassen über die **Initiative „GKV-Bündnis für Gesundheit“** den Aufbau der Gesundheitskioske in den Kommunen.
- Die **privaten Krankenversicherungsunternehmen sind verpflichtet**, sich an den Kiosken **zu beteiligen**, da auch Privatversicherte das Angebot in Anspruch nehmen können.
- Die **Einzelheiten** zu Voraussetzungen und Leistungsinhalt sind **im Gesetz vorgegeben**. Die weiteren Einzelheiten werden unter Berücksichtigung der Bedingungen vor Ort in schiedsamtstfähigen Verträgen zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen/Krankenversicherungsunternehmen und Kommunen konkretisiert.
- **Andere Sozialleistungsträger** (z.B. Rentenversicherung) können sich zusätzlich finanziell beteiligen.
- Auf die **bestehenden Beratungsstrukturen** der Pflegeversicherung, insbesondere die Pflegestützpunkte, soll bei Bedarf **hingewiesen** und ggf. dorthin vermittelt/begleitet werden. Auch die Vernetzung mit anderen Beratungs- oder Servicestellen (z.B. den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen) ist möglich. **Kommunale Strukturen sind einzubeziehen**, vorhandene Ressourcen und Synergien sollen sinnvoll genutzt werden (Jugendämter, Familienzentren, Integrationszentren, Ämter für Familie und Jugend, Ämter für Soziale Dienste, Koordinierungsstellen „gesundheitliche Chancengleichheit“, Stadtteil-/Quartiersmanagementbüros, Netzwerk Frühe Hilfen etc.)
- Die Arbeit der Kioske ist zu **evaluieren**, d. h. wissenschaftlich zu überprüfen.

Quelle:

Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 31.08.2022.

Nützliche Informationsmöglichkeiten des BMG::

- Hotline zum Coronavirus (030) 346 465 100
- Bürgertelefon zur Krankenversicherung (030) 340 60 66-01
- Bürgertelefon zur Pflegeversicherung (030) 340 60 66-02
- Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention (030) 340 60 66-03

Strafbarkeit für die Fälschung

von Impfausweisen und Gesundheitszeugnissen

Im Laufe des Jahres 2021 sind neue Strafvorschriften für die Fälschung von Impfausweisen und Gesundheitszeugnissen in Kraft getreten.

Diese Reformen waren notwendig, um auf viele Formen neuer Kriminalität während der Pandemie zu reagieren. Seit der flächendeckenden Einführung von 2G-Regelungen steigt insbesondere die Zahl von gefälschten Impfdokumenten erheblich. Derzeit werden fast 1.000 Ermittlungsverfahren wegen gefälschter Impfdokumentation in Rheinland-Pfalz geführt. Die Dunkelziffer wird deutlich höher sein. Zuvor standen zweifelhafte Maskenatteste im Fokus der Ärztekammern und Strafverfolgungsbehörden.

Die Bedeutung der Richtigkeit von Gesundheitszeugnissen ist nicht zu unterschätzen. Ein Großteil des alltäglichen Lebens beruht auf der Glaubwürdigkeit von ärztlichen Attesten und der damit verbundenen Ansehung des Berufsstandes. Daher ist es zu begrüßen, dass der Gesetzgeber sich der Strafnormen zügig angenommen hat, um eine flächendeckende staatliche Verfolgung unrichtiger Gesundheitszeugnisse weiter zu gewährleisten. Bei der Ausstellung von ärztlichen Gutachten beziehungsweise Zeugnissen und sonstigen fachlichen Dokumenten haben Ärztinnen und Ärzte gemäß § 25 der Berufsordnung mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen.

Unrichtig ist im Sinne der Strafvorschriften sowie nach § 25 der Berufsordnung ein Gesundheitszeugnis, wenn wesentliche Feststellungen nicht im Einklang mit den Tatsachen oder dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft stehen. Beispielsweise ist das Gesundheitszeugnis ebenso unrichtig, wenn ein Befund bescheinigt wird, ohne dass der Arzt überhaupt eine Untersuchung des Patienten durchgeführt hat. Innerhalb des auf Urkundenfälschungen bezogenen Abschnitts des Strafgesetzbuches ist der strafrechtliche Schutz von Gesundheitszeugnissen gesondert geregelt. So enthalten die Vorschriften der §§ 277 bis 279 StGB Straftatbestände, die sich speziell auf Fälschung, Ausstellen und Gebrauch von (unrichtigen) Gesundheitszeugnissen beziehen. Diese seit Inkrafttreten des Reichsstrafgesetzbuches am 1. Januar 1872 in ihren Tatbeständen unveränderten Strafvorschriften wurden durch den Gesetzgeber grundlegend überarbeitet.



Foto: AdobeStock / Ralf Gerthe

Die Vorschriften wiesen bisher teilweise einen gegenüber der Urkundenfälschung nach § 267 StGB begrenzten Kreis von Täuschungsadressaten auf. Beispielsweise waren nur Gesundheitszeugnisse zur Vorlage bei Behörden oder Versicherungsgesellschaften erfasst. Dadurch konnten beispielsweise Maskenatteste zur Vorlage in Supermärkten nur eingeschränkt verfolgt werden. Zudem waren einzelne in der Pandemie strafwürdige Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Gesundheitszeugnissen noch nicht hinreichend klar strafrechtlich normiert. Angesichts der erheblichen praktischen Bedeutung von Gesundheitszeugnissen gerade in Pandemiesituationen war eine Klarstellung des Gesetzgebers notwendig, um alle relevanten Fälle zu erfassen.

Beispielsweise wurde die Vorschrift des § 275 StGB um einen Absatz ergänzt, sodass die Eintragung unrichtiger Impfdokumentationen in Blankett-Impfausweisen ausdrücklich unter Strafe gestellt ist. Außerdem wurde § 277 StGB dahingehend überarbeitet, dass derjenige, der sich fälschlicherweise als Arzt ausgibt, ohne Arzt zu sein, ein Gesundheitszeugnis erstellt, der Strafbarkeit unterfällt.

Hinzutreten bereits Mitte des Jahres Änderungen von Strafvorschriften im Infektionsschutzgesetz. Das Ausstellen unrichtiger Impf- oder Testbescheinigungen wird gemäß § 75a IfSG nun mit bis zu zwei Jahren Freiheitsstrafe geahndet, der Gebrauch einer gefälschten Impf- oder Testbescheinigung mit bis zu einem Jahr Freiheitsstrafe. Diese Vorschriften ergänzen die strafrechtlichen Regelungen.

Christian Wächter, Syndikusrechtsanwalt
der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Quelle: Ärzteblatt Rheinland-Pfalz, 3/2022

Sportlich aktiv trotz Asthma?

Asthma-Patient Frederik erklärt, was ihn zum Training bewegt



Foto: Gettyimages

Schonen statt bewegen, lautet ein weit verbreiteter Mythos in den Köpfen von Menschen mit chronischen Atemwegserkrankungen. Aus Sorge vor Atemnot vermeiden es viele Betroffene, im Alltag körperlich aktiv zu sein. Doch im Gegenteil: Wer regelmäßig und angemessen trainiert, hat oft weniger Beschwerden – und wird außerdem emotional gelassener.



Das weiß auch Frederik, der seine Diagnose im Alter von 2 Jahren erhielt: „Sport hat mir schon in der Kindheit viel gebracht. Mittlerweile kann ich eigentlich nicht mehr ohne.“ Dass Frederik heute so aktiv ist, liegt unter anderem daran, dass seine Eltern schnell und richtig gehandelt haben. Im Grundschulalter wurde er nicht vom Sport befreit, wie es bei vielen asthmakranken Kindern der Fall ist, sondern im Sportverein angemeldet.

Eine gute Entscheidung, die frühzeitig zur Besserung von Frederiks Asthma-Symptomen beigetragen hat. Und auch heute noch ist ein Leben ohne Sport für ihn undenkbar, auch wenn der Weg dorthin manchmal zäh war: „Ich hatte ein paar Jahre, da war ich sehr ‚sportfaul‘. Doch ich habe gemerkt, wie viel mir Bewegung im Alltag mit Asthma bringt. Mittlerweile kann ich eigentlich nicht mehr ohne.“

I've got the power: Aktiv gegen Asthma-Beschwerden

Der Sportwissenschaftler Dr. Rainer Glöckl bestätigt: „Was viele nicht glauben: Der größte Fehler ist körperliche Inaktivität.“ Denn daraus resultiert eine deutlich niedrigere Belastungsgrenze. Oft ist dann schon ein zügiger Lauf zum Bus oder Treppensteigen beschwerlich. Doch daran lässt sich aktiv arbeiten.

Regelmäßige Bewegung kann die Atemmuskulatur stärken und so zur Vorbeugung von Asthma-Anfällen beitragen. Ob Ausdauerlaufen, Schwimmen, Wandern, oder Radfahren – gleichmäßige, sich langsam steigende Bewegungsformen stärken Immunsystem und Muskulatur.

Ganz oben auf dem Trainingsplan: Asthma-Kontrolle checken

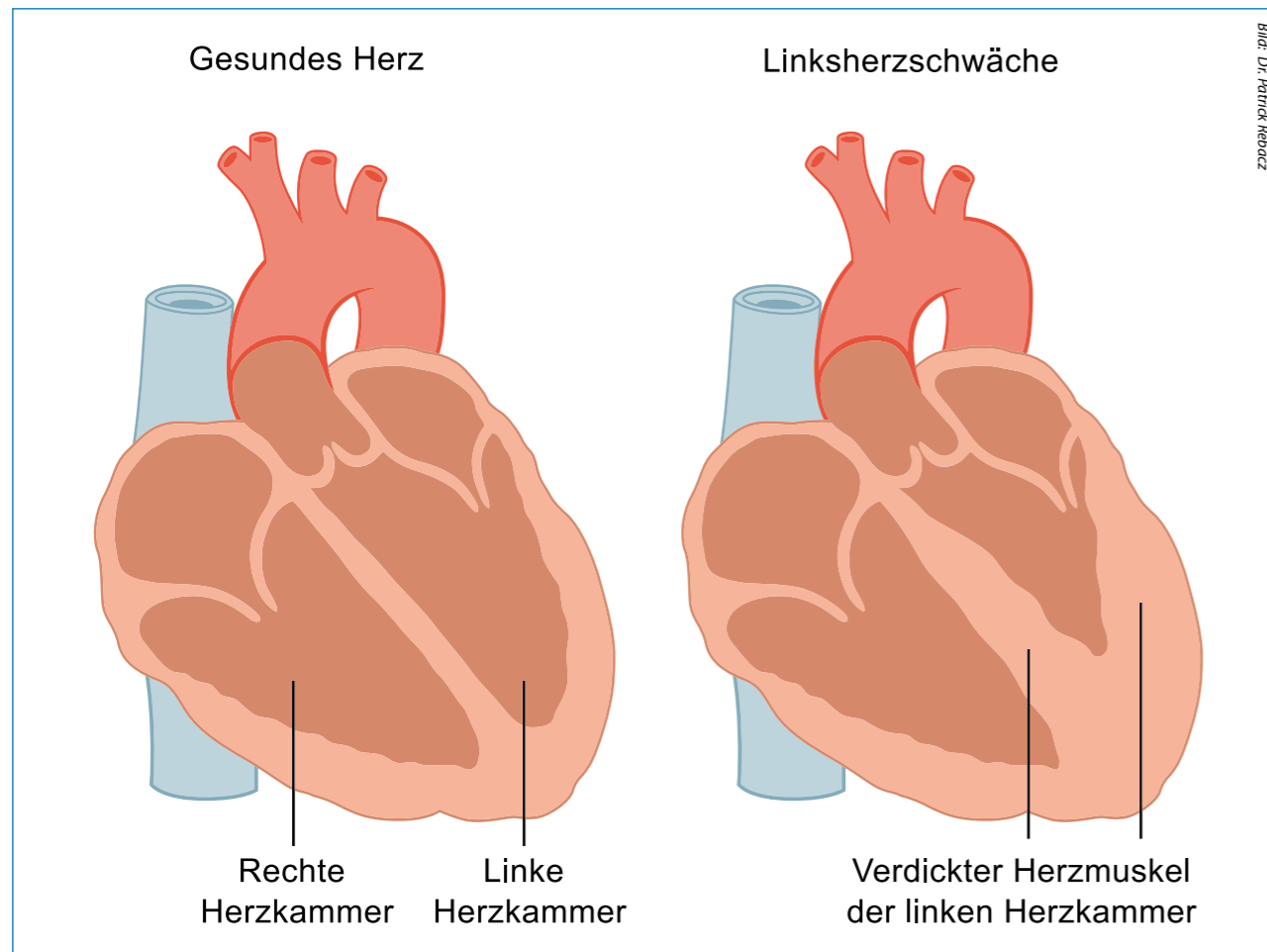
Bevor es mit dem Sport so richtig losgeht, ist eine gute Asthma-Kontrolle unerlässlich. Ein Selbsttest – z. B. auf der Website www.Asthma-Aktivsten.de – ist ein erster Anhaltspunkt dafür, ob das Asthma gut kontrolliert ist. Das Ergebnis und das Sportprogramm sollten gemeinsam mit der behandelnden Lungenfachärztin oder dem Lungenfacharzt besprochen werden. Und dann kann es losgehen...

Entspannt zuhören und durchatmen: Neuer, informativer Podcast für Betroffene und Interessierte

Wissenswerte Fakten rund um das Thema Asthma sowie exklusive Interviews mit Expert*innen und Betroffenen – das und vieles mehr bietet der neue Podcast „Atmungsaktiv“. Seit August überall hörbar, wo es Podcasts gibt.



Was ist Herzschwäche?



Das Herz ist ein ungefähr faustgroßer Muskel, der innen hohl ist. Die Muskelwände sind besonders stark, damit es seine Arbeit als Pumpe erfüllen kann. Bei jedem Herzschlag pumpt das Herz Blut durch den Körperkreislauf.

Bei einer Herzschwäche muss das Herz dauerhaft mehr leisten als normalerweise. Bei hohem Blutdruck zum Beispiel muss es ständig gegen den höheren Widerstand in den Blutgefäßen arbeiten. Dadurch verdickt sich der Herzmuskel, vor allem in der linken Herzkammer. Insgesamt vergrößert sich das Herz bei einer Herzschwäche und der Herzmuskel wird langfristig geschädigt: siehe Abbildung. Ärzte bezeichnen eine *Herzschwäche* als *Herzinsuffizienz*.

Von einer Herzinsuffizienz spricht man, wenn das Herz zu wenig Blut durch den Körper pumpt. Dadurch hat er weniger Sauerstoff und Nährstoffe.

Zunächst wirkt der Körper dem entgegen, deshalb merkt man zu Beginn oft nichts. Dauerhaft lässt sich die verminderte Leistung des Herzens nicht ausgleichen.

Dann treten Beschwerden auf, die letztlich sogar lebensbedrohlich werden können.

Anzeichen einer Herzschwäche können sein:

- allgemeine Müdigkeit und Erschöpfung
- man ist wenig belastbar
- Atemnot, zuerst bei Belastung und später auch in Ruhe
- Wasser lagert sich im Körper ein, zum Beispiel in den Knöcheln oder Unterschenkeln

Wenn sich im Körper Wasser einlagert, können die Socken einschnüren oder der Hosenbund kann enger werden. Auch an anderen Stellen kann sich Wasser ansammeln, etwa im Genitalbereich.

Es kommt vor, dass Betroffene schon bei leichten Tätigkeiten Luftnot verspüren. Diese ist anfangs nicht bedrohlich und lässt sich oft behandeln.

Außerdem können *trockener Husten*, *nächtlicher Harn-drang* oder *Schwindelanfälle* auftreten. Bei manchen Erkrankten tritt nur eines dieser Zeichen auf, bei ande-

ren mehrere. Bei Verdacht auf Herzschwäche empfehlen die Ärzte, Herz und Lunge abzuhören sowie eine Blutuntersuchung.

Routinemäßig kommt ein Elektrokardiogramm (EKG) zum Einsatz. Ein Herz-Ultraschall (Herz-Echo) kann sich anschließen.

Behandlung

Durch Ihr eigenes Verhalten tragen Sie zum Behandlungserfolg bei, vor allem durch angepasstes körperliches Training. Je nachdem, wie schwer die Herzschwäche ist, unterscheidet sich die Behandlung. Den meisten Betroffenen werden mehrere Medikamente verordnet.

Zur Grundbehandlung gehören Beta-Blocker, ACE-Hemmer und Entwässerungstabletten (Diuretika). Medikamente aus diesen Gruppen lindern Beschwerden. Beta-Blocker und ACE-Hemmer können außerdem die Lebenserwartung verbessern und Aufenthalte im Krankenhaus verhindern. Reichen diese Medikamente nicht aus, können weitere dazukommen. Es ist wichtig, dass Sie Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt eventuell auftretende Nebenwirkungen rasch mitteilen. Neben den Medikamenten kann für einige Betroffene auch ein bestimmter Schrittmacher günstig sein. Er bringt die Schlagfolge in beiden Herzkammern wieder in Einklang. Zusätzlich kann Ihnen ein kleines, elektronisches Gerät eingesetzt werden. Es überwacht den Herzrhythmus und gibt wenn nötig automatisch einen Stromstoß ab. Es lindert aber nicht die Beschwerden der Herzschwäche.

Worauf Sie achten sollten

Die Beschwerden einer Herzschwäche können wechseln. Neben dauerhaften (stabilen) können anfallsweise Krankheitsphasen auftreten. Falls Sie die folgenden Anzeichen erstmals bei sich bemerken oder Ihnen eine Verschlechterung auffällt, sollten Sie dies Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt mitteilen:

- eine Zunahme beim täglichen Wiegen von mehr als 2,5 Kilogramm in einer Woche
- Schwellungen an Knöcheln oder Unterschenkeln
- anfallsartiges Herzasen
- Ihr Herzschlag setzt nicht nur kurz aus, sondern wird über Minuten unregelmäßig
- Schmerzen oder Engegefühl in der Brust
- anhaltender Husten
- Sie kommen schneller als sonst außer Atem
- Sie müssen sich aufrecht setzen, um leichter atmen zu können.

Was Sie selbst tun können

- Für regelmäßige Bewegung können Sie eine Herz-sportgruppe besuchen. Dort überwacht eine Ärztin oder ein Arzt das Training und achtet darauf, dass Sie sich genau richtig belasten.
- Auch bei Herzschwäche lohnt es sich, mit dem Rauchen aufzuhören. Der erste Schritt: Sprechen Sie mit Ihrem behandelten Arzt und vereinbaren Sie ein konkretes Ziel: Zum Beispiel, bis wann Sie aufhören wollen. Es gibt wirksame Maßnahmen, um Sie dabei zu unterstützen. Zum Beispiel haben die Krankenkassen viele Hilfsangebote.
- Zu viel Alkohol ist schädlich für den Herzmuskel. Versuchen Sie, wenn überhaupt, nur wenig Alkohol zu trinken. Kommt die Herzschwäche von zu viel Alkohol, ist es wichtig, ganz darauf zu verzichten.
- Fachleute empfehlen Ihnen eine ausgewogene Ernährung. Für Menschen mit Herzschwäche gibt es keine bestimmten Diäten. Hohe Kochsalzaufnahme oder Nahrungsergänzungsmittel können ungünstig wirken.
- Besprechen Sie mit Ihrem Behandlungsteam die geeignete Flüssigkeitsmenge, die Sie täglich zu sich nehmen können.
- Um Wassereinlagerungen frühzeitig zu erkennen, ist ein Gewichtstagebuch hilfreich. Hier tragen Sie täglich Ihr Gewicht ein. Nimmt es zu, kann dies auf eine verschlechterte Herzfunktion hinweisen.
- Einige Arzneimittel, die Sie aus anderen Gründen einnehmen, können eine Herzschwäche verschlechtern, zum Beispiel bestimmte Schmerzmittel. Auch manche rezeptfreien Medikamente zählen dazu. Sprechen Sie mit Ihrem Ärzteteam über alle Mittel, die Sie einnehmen oder einnehmen möchten. Dabei hilft Ihnen ein Medikationsplan: www.kbv.de/html/medikationsplan.php. Am besten nehmen Sie ihn zu jedem Arzt- und Apothekenbesuch mit.
- Da ernsthafte Probleme einer Herzschwäche häufig nach Infekten der Atemwege auftreten, wird Ihnen auch die jährliche Gripeschutzimpfung empfohlen..

Dr. med. Patrick Rebacz
Fakultät für Gesundheit
(Department für
Humanmedizin)
Universität Witten/Herdecke



Stefan Schwartze neuer Patientenbeauftragter der Bundesregierung



Stefan Schwartze

Der Bundestagsabgeordnete Stefan Schwartze wurde auf Vorschlag von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Lauterbach, MdB, durch das Kabinett zum Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten berufen.

Der neue Patientenbeauftragte **Stefan Schwartze** erklärt: „Das Amt des Patientenbeauftragten übernehmen zu dürfen, empfinde ich als große Ehre. Die vergangenen zwölf Jahre habe ich bereits als Mitglied des Petitionsausschusses sehr direkte Rückmeldungen der Bürgerinnen und Bürger über ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitsbereich bekommen und mich für ihre Interessen eingesetzt. Die Amtsübernahme gibt mir die Möglichkeit, mich zukünftig bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zielgerichtet als Sprachrohr der Patientinnen und Patienten für deren Rechte und Interessen stark zu machen.“

Insbesondere werde ich mich dafür einsetzen, das Gesundheitssystem transparenter zu gestalten, die Patientenrechte zu stärken und die Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger durch Unterstützungs- sowie Beratungsangebote weiter zu verbessern. Der Koalitionsvertrag der neuen Regierung enthält hierzu zahlreiche vielversprechende Vorhaben, darunter, die Stärkung der Stellung der Patientinnen und Patienten bei Behandlungsfehlern oder die Überführung

der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland in eine dauerhafte, staatsferne und unabhängige Form. Die Umsetzung dieser Vorhaben werde ich im Sinne der Patientinnen und Patienten eng begleiten.“

Der gelernte Industriemechaniker Schwartze wurde 1974 in Bad Oeynhausen geboren und ist seit 1994 Mitglied der SPD. Seit 2009 wurde er viermal in Folge für den Wahlkreis 133 (Herford – Minden-Lübbecke II) direkt in den Deutschen Bundestag gewählt. Im Bundestag war Schwartze in den vergangenen zwei Legislaturperioden Sprecher der Arbeitsgruppe „Petitionen“ der SPD-Bundestagsfraktion.

Quelle:

Pressemitteilung der Bundesregierung vom 12. 01.2022

P.S. Nach langwierigem Bemühen haben wir jetzt Ende November als Sprecher des Forums chronisch kranker und behinderter Menschen im Paritätischen Gesamtverband und als Vertreter unserer Patientenselbsthilfeorganisationen die Möglichkeit erhalten mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung in Berlin ein persönliches „Mehr-Augen-Gespräch“ zu führen. Gerne nehmen wir hierzu noch Ihre Anregungen oder Wünsche auf.

Dr. Michael Köhler

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



COVID-19 bei Patienten mit Krebs oder Immunsuppression

schützen – testen – frühzeitig behandeln

Zusammenfassung und Empfehlungen

Die aktuelle Diskrepanz zwischen den sehr hohen Infektionszahlen und den geplanten Lockerungen im öffentlichen Leben führt bei vielen Patient*innen zu großer Verunsicherung.

Patient*innen mit aktiver Krebserkrankung oder unter immunsuppressiver Therapie haben weiterhin ein erhöhtes Risiko sowohl für einen schweren Verlauf von COVID-19 bis zu einer erhöhten Sterblichkeit. Daher wird dringend geraten, die zur Verfügung stehenden Schutz- und Therapiemaßnahmen zu beachten.

Dazu gehören:

Schützen:

Tragen von Mund-Nasen-Masken (FFP2), Händedesinfektion, Abstand halten, Schutzimpfung einschl. Auffrischimpfungen für alle Patient*innen und deren Angehörige bzw. Kontaktpersonen

Testen:

Antigentestung und ggf. PCR-Test bei typischen Krankheitszeichen und nach Kontakt mit infizierten Personen

Frühzeitig behandeln:

Therapie mit antiviralen Arzneimitteln oder Antikörperpräparaten *innerhalb von 3-5 Tagen nach Symptombeginn* für Menschen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren COVID-Verlauf. Achtsamkeit und Schutzimpfungen einschl. Auffrischimpfungen und eine rasche, gezielte Therapie im Falle einer Infektion können das Risiko für schwere Verläufe einer COVID-19-Infektion reduzieren.

Die von den Behörden veranlassten Lockerungen, u. a. Wegfall des kollektiven Fremdschutzes durch die Maskenpflicht, dürfen bei Patient*innen mit aktiver Krebserkrankung oder unter immunsuppressiver Therapie nicht zum Nachlassen der Achtsamkeit und zur Aufgabe der bei dieser Personengruppe dringend gebotenen persönlichen Schutzmaßnahmen führen. Dies gilt sowohl für die Betroffenen selbst als auch für ihre Angehörigen und Kontaktpersonen.

Aktueller Stand

Nach dem starken Anstieg Anfang Februar 2022 und einer leichten Erholung zum Monatsende steigen die

Infektionszahlen aktuell erneut an. Dominierend ist die Omikron-Variante mit der Sublinien BA 4 und 5. Sie sind leichter übertragbar als frühere Varianten.

Charakteristische Symptome sind: Trockener Husten, Fieber >38°C, Schnupfen, Halsschmerzen, Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn. *Weitere Symptome* sind Müdigkeit, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, gelegentlich Durchfall und Übelkeit. Diese Patienten haben ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf einer SARS-CoV-2- Infektion. Das Vorliegen mehrerer Faktoren steigert ihr Risiko. Besondere **Risiken** sind: u. a. höheres Alter, starkes Übergewicht (BMI >30), schwere Herzerkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, chronische Nierenerkrankung, einschl. Dialyse, Zuckererkrankung (Diabetes), Immunsuppression und Ungeimpfte.

Schutz

Die wichtigsten Maßnahmen sind hygienische Händedesinfektion, Einhalten von Abstand (1,50 m) zu anderen Personen, Eingrenzung der sozialen Kontakte, Tragen von Mund- und Nasenmasken – vorzugsweise von FFP2-Masken, sowie ausreichender Luftaustausch. An dieser Stelle sei betont, dass diese Maßnahmen nicht nur gegen SARS-CoV-2, sondern auch gegen alle anderen Erkältungsviren wie Influenza oder RSV effektiv schützen.

Eine weitere Maßnahme ist die Schutzimpfung einschl. Auffrischimpfungen. Wirksam, in Europa zugelassen und in Deutschland verfügbar sind diese Impfstoffe (alphabetische Reihenfolge – aktuelle Änderungen sind zu beachten):

- Comirnaty®
- COVID-19 Vaccine Janssen®
- Nuvaxovid®
- Spikevax®
- Vaxzevria®

In der 19. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung empfiehlt die Ständige Impfkommission, STIKO, nach abgeschlossener COVID-19-Grundimmunisierung und erfolgter 1. Auffrischimpfung eine 2. Auffrischimpfung mit einem mRNA-Impfstoff für besonders gesundheitlich gefährdete bzw. exponierte Personengruppen. Dazu gehören Patient*innen mit aktiver Krebserkrankung und immunsupprimierte Patient*innen.

Patient*innen mit einer relevanten Störung des Immunsystems, z.B. durch eine Krebserkrankung, Chemotherapie, Immuntherapie oder einem angeborenen Immundefekt haben ein erhöhtes Risiko für ein Impfversagen. Bei Patient*innen mit Immundefizienz und nachgewiesener, unzureichender Antikörperantwort auf die Schutzimpfungen einschl. Auffrischimpfung besteht die Möglichkeit der sog. Präexposition prophylaxe mit wirksamen Antikörpern. Geeignet sind Sotrovimab (Xevudy®) und Tixagevimab/Cilgavimab (Evusheld™).

Nicht geimpfte Patient*innen sollen über ihr erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19 und über die Möglichkeiten einer jederzeitigen Erstimpfung informiert werden. Diese sollte vorzugsweise vor Einleitung einer Krebstherapie erfolgen.

Testen

Bei Verdacht auf COVID-19 soll eine Testung auf SARS-CoV erfolgen. Weit verbreitet und sinnvoll ist zunächst der Antigentest (Schnelltest). Zuverlässiger allerdings ist der PCR-Test, der auch nach aktueller Testverordnung grundsätzlich beansprucht werden kann, Voraussetzung ist ein positiver Antigentest (hier ist der jeweils aktuelle Stand zu beachten). Bei klinischen Symptomen ist ein PCR-Test in jedem Fall notwendig und kann von allen Ärzten verordnet werden. Bei dringendem Verdacht auf eine COVID-19-Infektion und einem positiven Testbefund (Antigentest oder PCR-Test) empfehlen wir bei Risikopersonen die frühzeitige Einleitung einer gezielten Therapie.

Allen Ärzt*innen, die Risikopatient*innen mit einem schweren Verlauf von COVID-19 betreuen, wird dringend empfohlen, die Möglichkeit einer frühzeitigen Therapie vorab zu klären. Dazu gehören Informationen über

- Indikationen und mögliche Kontraindikationen der verfügbaren Arzneimittel
- lokale Stern- und Satellitenapotheken
- regionale Institutionen für eine Antikörpertherapie
- Beratungsnetzwerk der RKI (STAKOB) und der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI).

Diese Vorbereitung ermöglicht eine frühzeitige Vorabklärung logistischer Fragen bei einem Erkrankungsfall. Patient*innen mit erhöhtem Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19 sollen darüber informiert werden, dass sie sich im Falle einer Erkrankung oder bei engem Kontakt zu Infizierten (im eigenen Haushalt) sofort mit ihren behandelnden Hämatolog*innen/Onkolog*innen in Verbindung setzen sollen.

Therapie

Primäres Ziel der Therapie von COVID-19 bei Krebspatient*innen mit aktiver Erkrankung und/oder unter immunsuppressiver Therapie ist die Verhinderung schwerer oder sogar tödlicher Verläufe.

Dazu werden derzeit folgende Arzneimittel als Monotherapie empfohlen (jeweils in alphabetischer Reihenfolge - Aktualisierungen beachten):

- Monoklonale Antikörper
 - o Sotrovimab Xevudy®, i.v. als Einmalgabe
 - o Tixagevimab/Cilgavimab (AZD7442, Evusheld™), i.m. als Einmalgabe
- Virostatika
 - o Molnupiravir (Lagevrio®), p.o. über 5 Tage
 - o Nirmatrelvir/Ritonavir (Paxlovid®), p.o. über 5 Tage
 - o Remdesivir (Veklury®), i.v. über 3 Tage

Alle zugelassenen Arzneimittel wurden gegen Placebo und nicht gegeneinander getestet. Entsprechend sind neben Unterschieden in der Wirksamkeit auch die jeweiligen Einschränkungen (Art der Applikation, Interaktion mit anderen Arzneimitteln) zu berücksichtigen.

Unverändert bleiben die Empfehlungen zur Überwachung der Patient*innen (Sauerstoffsättigung?) und unterstützenden Begleitmaßnahmen je nach individueller Konstellation (z.B. möglicher Einsatz von Gerinnungshemmern) bestehen.

Quelle:

Nach Stellungnahme von Prof. Dr. Bernhard Wörmann (DGHO, Charité Universitätsmedizin Berlin) und Prof. Dr. Marie von Lilienfeld-Toal (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Innere Medizin II, Hämatologie und Internistische Onkologie) in Kooperation mit den Vorständen und Vertretern eine Reihe medizinischer Fachgesellschaften und der Selbsthilfe. Vom 21.03.2022

Prof. Dr. Bernhard Wörmann
(Charité Universitätsmedizin Berlin
Medizinische Klinik mit Schwerpunkt
Hämatologie und Internistische
Onkologie)



Prof. Dr. Marie von Lilienfeld-Toal
(Universitätsklinikum Jena,
Klinik für Innere Medizin II,
Hämatologie
und Internistische Onkologie)



Lungensport in der Pandemie

U. Butt, A. Freitag, H. Worth, Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland e.V.

Lungensport ist eine wichtige evidenzbasierte Therapieoption, die die medikamentöse Therapie bei Patienten mit chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen sinnvoll ergänzt.

In Lungensportgruppen trainieren Patienten mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen unter fachlicher Anleitung. Auf diese Weise wird gewährleistet, dass der Einzelne nicht überfordert wird und entsprechend der individuellen Leistungsfähigkeit den optimalen Trainingseffekt erzielen kann. Insbesondere nach einer stationären Reha-Maßnahme, hilft Lungensport in ambulanten Gruppen, die positiven Effekte der Reha-Maßnahme über einen längeren Zeitraum zu erhalten. Von Teilnehmern wissen wir, dass das Training in der Gruppe Spaß macht, motiviert und auch soziale Kontakte fördert.

Ziele des Trainings in einer ambulanten Lungensportgruppe sind:

- Erhöhung der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität
- Verminderung der Atemnot und Stabilisierung der Erkrankung
- Verbesserung der Alltagsbewältigung
- Freude an Bewegung und Freizeitaktivitäten
- Abbau von Ängsten vor Belastungen und Stärkung des Selbstbewusstseins
- Steigerung der Lebensqualität

In der Pandemie war plötzlich Vieles nicht mehr wie gewohnt möglich.

Insbesondere Patienten mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen mussten sich schützen und potentielle Ansteckungsmöglichkeiten meiden.

Die Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland e.V. hat im März 2022 eine Umfrage durchgeführt und 85 Antworten erhalten. Das Ergebnis der Umfrage ist nicht repräsentativ, gibt jedoch einen guten Einblick in die Situation der Gruppen vor Ort.

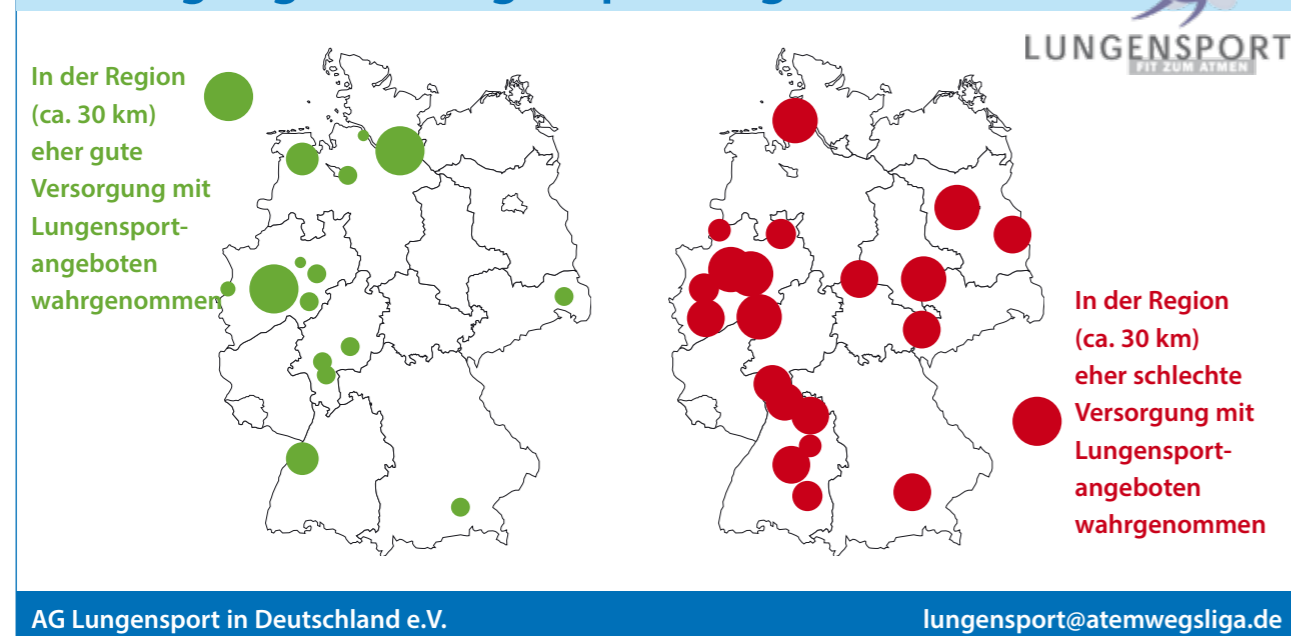
Erfreulich ist, dass 80% der Gruppen keine Wartelisten führen. D.h. die meisten Interessenten können zeitnah mit dem Training beginnen.

Insgesamt beobachteten die Übungsleiter während der Pandemie eine Abnahme der körperlichen Fitness der Teilnehmer.

Das Lungensport-Angebot vor Ort ist ausbaufähig

Nur 40% der Befragten sind mit dem regionalen Gruppenangebot zufrieden, 30% sind unzufrieden, 30% können die Lage nicht beurteilen. Dies bedeutet, dass mehr Gruppen gewünscht werden. Die regionalen Unterschiede sind groß. Das zeigt der Blick auf die Landkarte.

Versorgung mit Lungensportangeboten



Etwa 5 % der Gruppen wurden während der Pandemie aufgegeben. 80% der Gruppen haben während der Pandemie keinen Lungensport in Präsenz durchgeführt.

Positiv ist, dass die Hälfte der Gruppen den Teilnehmern ein alternatives Angebot gemacht hat. Zu nennen sind Online-Lungensport / Online-Trainingsvideos, Anleitungen für den Sport daheim, Outdoor-Lungensport, Spaziergänge, Individualtraining.

Patienten mit Post-COVID und Long-COVID haben Bedarf an Lungensport. D.h. die Gruppen müssen sich mit dieser neuen Erkrankung auseinandersetzen und entsprechende Angebote machen.

Interessant waren die Kommentare, die die Teilnehmenden formuliert haben:

Es wurde angemerkt, dass Ärzte zu wenig Lungensport verordnen, weil die Kenntnisse über Lungensport unzureichend seien. Die Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland versteht dies als Aufforderung z.B. zertifizierte Fortbildungen für Fachkreise anzubieten.

Ein Mangel bestand bzw. besteht an geeigneten Räumlichkeiten. Es ist zu erwarten, dass sich dieses Problem weiter verschärft, da die gestiegenen Heizkosten die Vereine bzw. Anbieter von Lungensport erheblich belasten werden.

Verlängerung der Verordnung und Neuverordnung unterscheiden!

Für Unmut sorgten Ablehnungen der Krankenkassen bei Folgeverordnungen. Wir möchten deshalb auf den Unterschied von „Verlängerung“ und „Neuverordnung“ hinweisen.

Verlängerung bedeutet: Termine, die nicht wahrgenommen werden konnten, werden nachgeholt. Alles andere ist eine *Neuverordnung*.

Falls auf dem Rezept Verlängerung steht, obwohl Neuverordnung gemeint ist, lehnt dies die Krankenkasse ab!

Online Lungensport als ergänzendes Anbot zum Lungensport vor Ort

Seit dem Winter 2021/22 bietet die AG Lungensport für die Teilnehmenden kostenfrei Online-Lungensportstunden an. Das Angebot wird gut genutzt. 2021

konnten wir 2246 Teilnehmende begrüßen. Das waren durchschnittlich 77 Teilnehmende pro Stunde.

Der Trend setzte sich 2022 fort: Bis Juni 2022 hatten wir 2077 Lungensportler zu Gast. Das entsprach durchschnittlich 84 Teilnehmenden pro Stunde. Für einige Teilnehmende war der Online-Lungensport, die erste und einzige Möglichkeit an einer Lungensportgruppe teilzunehmen. Als Gründe wurden genannt:

- keine Gruppe in der Nähe
- kein ÖPNV
- zu geschwächt für eine lange und tlw. beschwerliche Fahrt zu den Präsenzgruppen.

Insgesamt haben wir 118 Hospitationen ermöglicht, die für die Übungsleiter-Lizenz wichtig sind. Die neuen Onlineangebote wurden gerne angenommen, sollten erhalten bleiben und weiter ausgebaut werden.

Wir möchten an dieser Stelle Allen danken, die den online-Lungensport möglich gemacht haben.

Lungensport kann auf Rezept verordnet werden.

Der Antrag erfolgt mittels **Formular 56** - Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport.

Sind die gesundheitlichen Einschluss- und Ausschluss-Kriterien erfüllt, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen im Allgemeinen die Kosten für 18 Monaten (50 Übungseinheiten). Bei schweren chronischen Atemwegserkrankungen, die neben dem Schweregrad der Krankheit auch durch die Begleiterkrankungen und deren Schweregrad bestimmt sein können, kann der behandelnde Arzt auch 120 Einheiten Lungensport für den Zeitraum von 36 Monaten verordnen.

Wenn Sie dann Ihre verordneten 50 bzw. 120 Einheiten absolviert haben und weiterhin am Lungensport teilnehmen möchten, kann Ihr Arzt eine weitere Verordnung ausstellen. Sie müssen diese dann wieder bei Ihrer Krankenkasse einreichen.

Achtung:

Verlängerung bedeutet: Termine, die nicht wahrgenommen werden können, werden nachgeholt. Alles andere ist eine *Neuverordnung*.

Falls auf dem Rezept Verlängerung steht, obwohl Neuverordnung gemeint ist, lehnt dies die Krankenkasse ab!

Freigabe 15.04.2011

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Verbindliches Muster

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Antrag auf Kostenübernahme 56

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

verordnungrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

Empfohlene Rehabilitationssportart

Gymnastik (auch im Wasser) Schwimmen Leichtathletik

Bewegungsspiele Sonstige _____

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) nur bei

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Morbus Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose |
| <input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) | <input type="checkbox"/> Multipler Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Doppelamputation | <input type="checkbox"/> Muskeldystrophie |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal |
| <input type="checkbox"/> Glasknochen | <input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung |
| <input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie |
| <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom | <input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie) |
| <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | |

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen

_____ Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

24 Monate (Richtwert)

Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen

Muster 56 (7.2011)

Rehabilitationssport in Herzgruppen ist notwendig für

90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) als Erstverordnung

45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte) bei weiterer Verordnung nur bei Belastbarkeit < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) bei Kinderherzgruppen

_____ Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen für Rehabilitationssport/Funktionstraining

1 mal 2 mal

3 mal, Begründung _____

Datum

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

Ich nehme am Rehabilitationssport/Funktionstraining bereits teil seit

MMJJ

Datum

TTMMJJ

Unterschrift des Versicherten

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des

Rehabilitationssports gemäß § 43 Abs.1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX für

50 Übungseinheiten / 18 Monate

120 Übungseinheiten / 36 Monate

_____ Übungseinheiten

90 Übungseinheiten / 24 Monate (Herzgruppen)

120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen)

45 Übungseinheiten / 12 Monate (Herzgruppen)

Funktionstrainings gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX

Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen

1 mal 2 mal 3 mal

für die Dauer von

12 Monaten

24 Monaten

_____ Monaten

für den Zeitraum vom TTMMJJ

längstens bis TTMMJJ

Datum

TTMMJJ

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht

Freigabe 15.04.2011

Verbindliches Muster

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

Wer wir sind und was wir für Ihre Gesundheit tun



Foto: Sved Pletschmann/G-BA

Qualitätsmessung

Gezielte Kliniksuche

Herr N.N. (46) sitzt am PC und macht sich Notizen. Bei seinem Vater (70) soll demnächst ein neues Hüftgelenk eingesetzt werden. Er will nachsehen, welche Kliniken vor Ort mit diesem Eingriff viel Erfahrung haben und welche Qualitätsmerkmale vorhanden sind.

In der Kliniksuchmaschine seiner Krankenkasse gibt er seine Postleitzahl ein und legt einen Suchkreis fest. Nun muss er die Art der gewünschten Operation angeben. Das Ergebnis seiner Suche: Vier Kliniken in der Nähe weisen sehr hohe Fallzahlen auf, haben also viel Erfahrung. Eine Art Ampelsystem zeigt an, in welcher es bei diesem Eingriff überdurchschnittlich häufig zu ungeplanten Folgeoperationen, Thrombosen, Blutgerinnseln) oder chirurgischen Komplikationen kam. Die vier Häuser, die er herausgesucht hat, schneiden hier recht unterschiedlich ab. Schließlich wird er auf eine weitere Klinik aufmerksam. Sie liegt etwas weiter entfernt, hat aber offenbar gute Behand-

lungserfolge erzielt. Drei Krankenhäuser notiert er sich. Nächste Woche wird er seinen Vater zum Arzt begleiten. Sie wollen sich dazu mit ihm beraten.

Das macht hier der G-BA

In der Kliniksuchmaschine, die Herr N.N. auf der Website seiner Krankenkasse gefunden hat, steckt nicht nur die Arbeit von Programmierern, sondern auch die des G-BA. Denn die Daten, mit denen die Suchmaschine regelmäßig „gefüttert“ wird, stammen aus den sogenannten Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Und was dort alles drinstehen muss, legt im Auftrag des Gesetzgebers der G-BA fest.

Seit 2005 sind alle Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, in einem inzwischen jährlich vorgeschriebenen Qualitätsbericht eine Vielzahl von Informationen bereitzustellen und über die Landesverbände der Krankenkassen zu veröffentlichen. Versicherte und einweisende Ärztinnen und Ärzte bekommen damit die Möglichkeit, sich über Kliniken objektiv zu informieren und sie miteinander zu vergleichen. Damit das

schnell geht, können Interessierte auf Kliniksuchmaschinen zurückgreifen, die zum Beispiel die Krankenkassen oder die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf ihren Websites anbieten. Diese Suchmaschinen ermöglichen eine rasche Auswahl nach Strukturdaten (zum Beispiel vorhandenen Abteilungen, Personalqualifikation, Fallzahlen) und verschiedenen Qualitätsindikatoren.

Unser Auftrag: Qualität messen

Der G-BA hat im Bereich Qualitätssicherung sehr umfangreiche Aufgaben. Wie das Beispiel zeigt, sorgt er unter anderem dafür, dass sich Patienten und einweisende Ärzte über Kliniken besser informieren können.

Ein weiterer gesetzlicher Auftrag des G-BA bezieht sich auf die Qualitätssicherung zu ausgewählten Behandlungen. Dazu entwickelt der G-BA Messverfahren, die eine vergleichende Darstellung der erbrachten Behandlungsqualität möglich machen.

Kliniken sind in Deutschland gesetzlich dazu verpflichtet, ihre Behandlungs- und Ergebnisqualität regelmäßig zu erfassen und sich einem bundesweiten Vergleich zu stellen. Falls sich Auffälligkeiten zeigen, klären speziell dafür eingerichtete Expertengremien ab, ob es sich nur um statistische „Ausreißer“ handelt oder tatsächlich ein Qualitätsproblem vorliegt. Ist das der Fall, wird in gezielten Fachgesprächen nach den Ursachen und Verbesserungsmöglichkeiten gesucht. Der G-BA legt fest, was im Einzelnen von den Kliniken dokumentiert werden muss und in welcher Weise die Daten bundesweit verarbeitet, verglichen, bewertet und veröffentlicht werden.

Seit einigen Jahren werden auch Folgebehandlungen in der gleichen oder in anderen Einrichtungen mit-erfasst. Behandlungseffekte oder Probleme, die erst nach einer gewissen Zeit auftreten, werden so mitberücksichtigt. Das aufwändige Verfahren unterstützt



Foto: AdobeStock / New Africa

Krankenhäuser, ihre Patientinnen und Patienten so gut wie möglich zu behandeln und dabei immer besser zu werden. Mit dem gleichen Ziel macht der G-BA auch Qualitätsvorgaben für ärztliche oder zahnärztliche Vertragspraxen.

Strukturierte Behandlung

Hilfe für Asthmapatienten

Die Studentin N.N. (23) ist noch neu in der Stadt – und „krank sein“ passt ihr jetzt eigentlich gar nicht. Doch ihre Gräser-Allergie hat sich am neuen Wohnort verschlimmert. Ihre Antihistamin-Tabletten helfen plötzlich nicht mehr richtig und bei einigen ihrer allergischen Attacken zeigt sich neuerdings eine seltsame Atemnot, die von einem trockenen Husten begleitet wird. Sie hat den Verdacht, dass es Asthma sein könnte. Vorige Woche hatte sie bei einem Anfall das Gefühl, fast zu ersticken. Der Allgemeinmediziner und Allergologe, den sie heute besorgt aufgesucht hat, hat sie gerade gründlich untersucht und einen Lungenfunktionstest durchgeführt. Nach einem Blick auf den Auswertungsbogen folgt noch ein mehrstufiger Allergietest. Dann steht die Diagnose fest: Asthma bronchiale. Der Arzt rät ihr zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm. Sie werde dann systematisch und bei Bedarf in Zusammenarbeit mit weiteren Fachärztinnen oder Fachärzten versorgt.

Das macht hier der G-BA

Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten können sich bei ihrer Krankenkasse in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschreiben lassen. Damit kann ihre Behandlung über Einrichtungsgrenzen hinweg koordiniert und sichergestellt werden, dass auf der Grundlage wissenschaftlich belegter Erkenntnisse therapiert wird. Komplikationen und Folgeschäden soll so vorgebeugt und Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Diese strukturierten Behandlungsprogramme – man nennt sie auch **Disease-Management-Programme (DMP)** – entwickelt der G-BA.

Das DMP Asthma gibt es seit dem Jahr 2005. Es gibt vor, welche Schritte Ärztinnen und Ärzte zur Abklärung der Diagnose durchführen müssen und bei welchen Ergebnissen die Krankheit tatsächlich vorliegt. Patientinnen und Patienten erhalten eine Schulung zum Umgang mit ihrer Krankheit. Für die Arzneimitteltherapie sind im DMP Wirkstoffgruppen vorgegeben, die in einem individuellen Stufenschema zum Einsatz kommen. Außerdem legt das DMP die erforderliche



Foto: AdobeStock/El Gaudho

Qualifikation der beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten fest.

Unser Auftrag: DMP entwickeln

Im Auftrag des Gesetzgebers benennt der G-BA Krankheiten, die sich für ein DMP eignen, und legt dann die Bedingungen für einen strukturierten Behandlungsablauf fest. Bei der Entwicklung der DMP stützt sich der G-BA auf alle evidenzbasierten Behandlungsleitlinien, die es zu den betreffenden Krankheiten bereits gibt. Deren Empfehlungen wertet er nach zuvor festgelegten Kategorien aus. Dabei muss er sorgsam vergleichen, auf welche wissenschaftlichen Quellen sich die in der Regel recht zahlreichen Behandlungsleitlinien stützen. Die Empfehlungen, die der G-BA aus den vorhandenen Leitlinien herausfiltert, müssen auf der im Vergleich größtmöglich belastbaren wissenschaftlichen Grundlage stehen und fachlich bereits so breit wie möglich abgestimmt sein.

Mittlerweile hat der G-BA für elf chronische Krankheitsbilder DMP entwickelt: für **Asthma bronchiale** und die **chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)**, für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, für koronare Herzkrankheiten und chronische Herzinsuffizienz, für Brustkrebs, Depressionen, chronischen Rückenschmerz, Osteoporose und rheumatoide Arthritis. Regelmäßig werden sie an den neuesten wissenschaftlichen Forschungsstand angepasst.

Der G-BA – Arbeitsweise und Struktur

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das *höchste Beschlussgremium im deutschen Gesundheitswesen*. In ihm arbeiten Vertreterinnen und Vertreter von Leistungserbringern und den gesetzlichen Krankenkassen zusammen. Sein zentrales Entscheidungsgremium ist das *Plenum*, das mit 13 stimmberechtigten Mitgliedern besetzt ist.

Arbeitsweise

Bei all seinen Entscheidungen stützt sich der G-BA auf den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Dabei ist er den *Standards der evidenzbasierten Medizin* verpflichtet. Alle zu einer präzisen Fragestellung weltweit verfügbaren Studien werden dabei systematisch recherchiert, nach ihrer Aussagekraft gewichtet und ausgewertet.

Zentrales Prüfkriterium für den G-BA ist immer der **Patientennutzen**. Gemeint sind damit Ergebnisse wie Heilung, Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden, Verbesserung der Lebensqualität, Vermeidung von Todesfällen oder Verringerung von Nebenwirkungen. Der G-BA vergleicht die Ergebnisse hierzu mit denen schon vorhandener therapeutischer Alternativen. Zur Ermittlung des Forschungsstands wird der G-BA von zwei unabhängigen wissenschaftlichen Institutionen unterstützt: dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

(IQWiG) in Köln (www.iqwig.de) und – in Fragen der Qualitätssicherung – dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) in Berlin (www.iqtig.org). Beide Institute werden von unabhängigen Stiftungen getragen, die der G-BA nach den Vorgaben des Gesetzgebers gegründet hat.

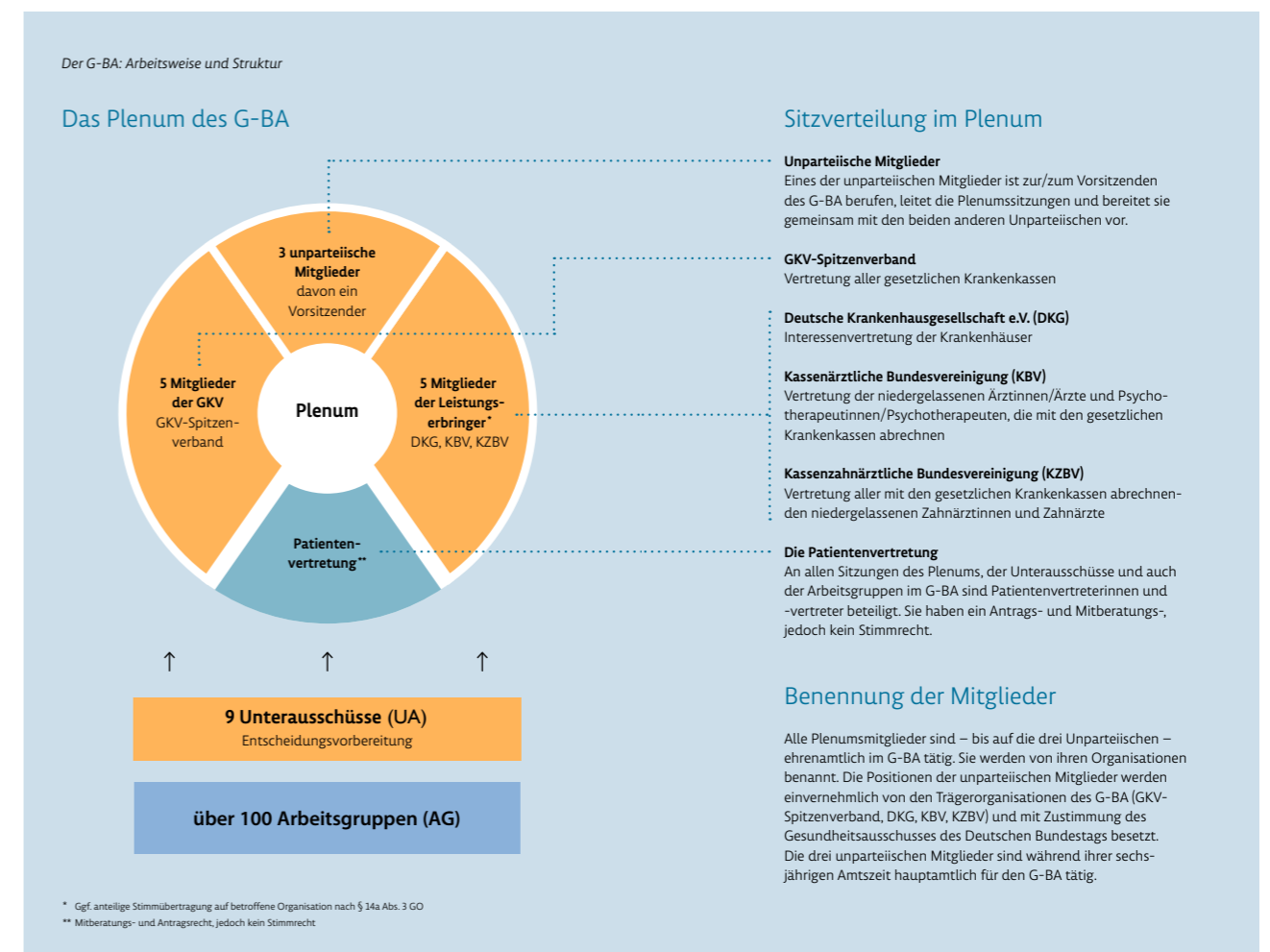
Vor seinen Entscheidungen führt der G-BA umfangreiche Stellungnahmeverfahren durch und bezieht auf diese Weise vielfältig externen Sachverstand mit ein. Im Abwägungs- und Entscheidungsprozess nimmt der G-BA zudem die gesamte Versorgungssituation in den Blick; beispielsweise die Schwere einer Krankheit und verfügbare Therapiealternativen. Alle Schritte, mit denen der G-BA zu seinen Beschlüssen kommt, sind in seiner Geschäfts- und Verfahrensordnung genau festgelegt.

Die Rechtsaufsicht über den G-BA hat das für Gesundheit zuständige Bundesministerium. Es überprüft, ob die G-BA-Beschlüsse die gesetzlichen Vorgaben berücksichtigen und die Verfahrensordnung eingehalten wurde. Viele Beschlüsse des G-BA müssen vom

Ministerium geprüft und im Bundesanzeiger veröffentlicht werden, bevor sie in Kraft treten können.

Alle Entscheidungen des Plenums werden in insgesamt *neun Unterausschüssen (UA)* vorbereitet. Wie das Plenum sind auch sie im gleichen Verhältnis mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen, der Leistungserbringer und der Patientenvertretung besetzt. Den Vorsitz hat jeweils eines der unparteiischen Mitglieder. Zur Bearbeitung spezieller Fragestellungen werden von den Unterausschüssen zusätzlich mit Fachexpertinnen und -experten besetzte *Arbeitsgruppen (AG)* eingerichtet.

Im Plenum und in den Unterausschüssen können Vertreterinnen und Vertreter folgender Organisationen beratend an Sitzungen teilnehmen, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist: der Bundesärztekammer, des Verbands der privaten Krankenversicherung, des Deutschen Pflegerats, der Bundespsychotherapeutenkammer, der Bundeszahnärztekammer und der Gesundheitsministerkonferenz der Länder.





Finanzierung

Der G-BA wird über einen sogenannten Systemzuschlag finanziert, der jährlich neu festgelegt wird. Das ist ein konkreter Geldbetrag, der für jeden abzurechnenden Behandlungsfall im Krankenhaus und in der ambulanten vertragsärztlichen sowie vertragszahnärztlichen Versorgung erhoben wird. Festgelegt hat dies der Gesetzgeber in § 91 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 139c SGB V.

Im Jahr 2022 betrug der Systemzuschlag 2,67 Euro pro Krankenhausfall und 7,1401250 Cent pro Fall in einer Vertragsarzt- oder Vertragszahnarztpraxis. Mit dem Systemzuschlag deckt der G-BA seinen Haushaltsbedarf sowie den des IQWiG und des IQTIG ab.

Der G-BA-Haushalt enthält auch die Kosten für die Beauftragung weiterer wissenschaftlicher Institute.

Quelle: nach Auszug aus der Broschüre (6. überarbeitete Auflage D) – Berlin 7/2022

Sitzverteilung im Plenum

Unparteiische Mitglieder

Eines der unparteiischen Mitglieder ist zur/zum Vorsitzenden des G-BA berufen, leitet die Plenumsitzungen und bereitet sie gemeinsam mit den beiden anderen Unparteiischen vor.

GKV-Spitzenverband

Vertretung aller gesetzlichen Krankenkassen

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)

Interessenvertretung der Krankenhäuser

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Vertretung der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, die mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Vertretung aller mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnenden niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte

Die Patientenvertretung

An allen Sitzungen des Plenums, der Unterausschüsse und auch der Arbeitsgruppen im G-BA sind Patientenvertreterinnen und -vertreter beteiligt. Sie haben ein Antrags- und Mitberatungs-, jedoch kein Stimmrecht.

Benennung der Mitglieder

Alle Plenumsmitglieder sind – bis auf die drei Unparteiischen – ehrenamtlich im G-BA tätig. Sie werden von ihren Organisationen benannt. Die Positionen der unparteiischen Mitglieder werden einvernehmlich von den Trägerorganisationen des G-BA (GKVSpitzenverband, DKG, KBV, KZBV) und mit Zustimmung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags besetzt. Die drei unparteiischen Mitglieder sind während ihrer sechsjährigen Amtszeit hauptamtlich für den G-BA tätig.

Die Sitzungen des Plenums sind öffentlich

Das Plenum tagt in der Regel an jedem ersten und dritten Donnerstag im Monat. Die Sitzungen sind seit 2020 als Livestream zu verfolgen. In der Mediathek des G-BA können die Videomitschnitte auch nachträglich abgerufen werden. Zu den Sitzungen können sich aber auch interessierte Bürgerinnen und Bürger als Gäste anmelden. Nähere Informationen zu den öffentlichen Sitzungen sind auf der G-BA-Website zu finden.

Die Entscheidungen finden Sie online

Beschlüsse des Plenums werden auf der Website des G-BA veröffentlicht. Die umfangreiche Datenbank dazu wird tagesaktuell gepflegt. Alle Richtlinien des G-BA sind dort mit sämtlichen Anlagen und Vorgängerversionen zu finden. Über einen E-Mail-Infodienst ist es möglich, kostenlos alle in Kraft getretenen Beschlüsse und andere Informationen des G-BA tagesaktuell online zu beziehen.

Der G-BA in vier Minuten

Auf der Website des G-BA ist ein kurzer Erklärfilm auf Deutsch und als englische Version abrufbar. Er gibt einen ersten Überblick über den G-BA. Seine Aufgaben und seine Arbeitsweise werden anhand von drei Beispielen – aus den Bereichen Arzneimittel, ärztliche Untersuchungsmethoden und Qualitätsstandards in Krankenhäusern – veranschaulicht.

Die Geschäftsstelle in Berlin

Die Gremien des G-BA werden bei ihrer Arbeit von der G-BA-Geschäftsstelle in Berlin unterstützt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle bereiten die Sitzungen der G-BAGremien vor und sorgen für einen reibungslosen und vorschriftsmäßigen Sitzungsablauf und rechtssichere Beschlussfassungen. Sie beraten die Gremien juristisch und methodisch, halten eine Fachbibliothek vor, organisieren Veranstaltungen und informieren die Öffentlichkeit. Eine eigene Stabsstelle unterstützt die Patientenvertretung bei der Wahrnehmung ihrer Beteiligungsrechte.



GTI medicare
Oxygen Technology
HOMECARE

**ALLES AUS EINER HAND:
GTI medicare**

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

IMMER GUT O₂-VERSORGT MIT DEN GTI MEDICARE VERSORGUNGSKONZEPTEN

Im Bereich der Sauerstoff-Langzeittherapie gibt es bei unterschiedlichen Indikationen unzählige Versorgungsformen. Wir verstehen uns als Ihr Partner und sehen es daher als unsere selbstverständliche Aufgabe an, mit Ihnen Ihr individuell angepasstes Sauerstoffsystem zusammenzustellen.

Fragen Sie uns an. Wir beraten Sie gerne!

AUCH IN IHRER NÄHE:

Servicetelefon Hattingen +49 (0)2324 9199-0,
Servicetelefon Hamburg +49 (0)40 611369-0
oder per E-Mail unter auftrag@gti-medicare.de

www.gti-medicare.de

Nachruf Hans Dirmeier

20.03.1944 - 23.03.2022



Wer Hans Dirmeier kennenlernen durfte, wird ihn, nicht sehr groß, drahtig, mit fester Stimme und vor allem sprühend vor Engagement, nicht vergessen. Aus eigener lebensbedrohender Betroffenheit durch eine berufliche Asbestexposition wurde er als Kämpfer, der er zeitlebens war, zum „Vater“ der Langzeit-Sauerstofftherapie. So nannten ihn selbst seine seit 1987 behandelnden Ärzte. Damals gab es für sein Krankheitsstadium nur als letzte Hoffnung eine Sauerstofftherapie im Krankenhaus oder dann einen Konzentrator für daheim. Das bedeutete Mobilität in der Länge des Stromkabels. Aber der Sauerstoff half ihm sichtbar. Als dann das Krankenhaus auch Flüssigsauerstoff zur Erprobung erhielt, war der Weg nicht weit zu einem transportablen Gerät. So wurde Bad Reichenhall zum „Geburtsort“ der Langzeit-Sauerstofftherapie und Hans Dirmeier zum ersten Patienten mit einem Flüssigsauerstoffsystem bundesweit.

Ihm war dabei klar, dass jeder Mensch lebenslang und solange er atmet Sauerstoff täglich über 24 Stunden benötigt. Dieser wurde schließlich über eine von ihm maßgeblich entwickelte Brille direkt über einen Schlauch in die Nase geleitet. Daher sein Statement: „In dem Moment, wo man seine Brille abnimmt, sieht man schlechter. In dem Moment, wo man seine Sauerstoffbrille abnimmt, bekommt man schlechter Luft“. Seine ungeheure Konsequenz und Disziplin bei der Anwendung der Langzeit-Sauerstofftherapie waren beispielgebend. Auch wenn Leitlinien, an denen er oft mitwirkte, die konsequente zusätzliche 24 Stunden-Anwendung von Sauerstoff schließlich auf 16 Stunden relativierten, Hans Dirmeier verzichtete auf diesen nicht einmal unter der Dusche, wie er mir selbst erzählte.

1997 führte sein großes ehrenamtliches Engagement zur Gründung der Selbsthilfegruppe Langzeitsauerstofftherapie, der heutigen Deutschen Sauerstoff- und BeatmungsLiga LOT e.V., deren erster Vorsitzender und später auch ihr erster Ehrenvorsitzender er wurde. Bleibend sind seine Verdienste als technikbegeisterter Tüftler und vor allem als durchsetzungsstarker Kämpfer für das Recht auf eine Sauerstofftherapie und ihre Bezahlung durch die Krankenkassen. Hans Dirmeier setzte Maßstäbe, die bleiben. Vor mehr als 10 Jahren erhielt er als offizielle Anerkennung für seine bedeutende Lebensleistung das Bundesverdienstkreuz verliehen.

Hans, Dir verdanken viele Patienten gewonnenene Lebenszeit und Lebensqualität! DANKE!
Dr. med. Michael Köhler

Nachruf

Dietmar Dudanski

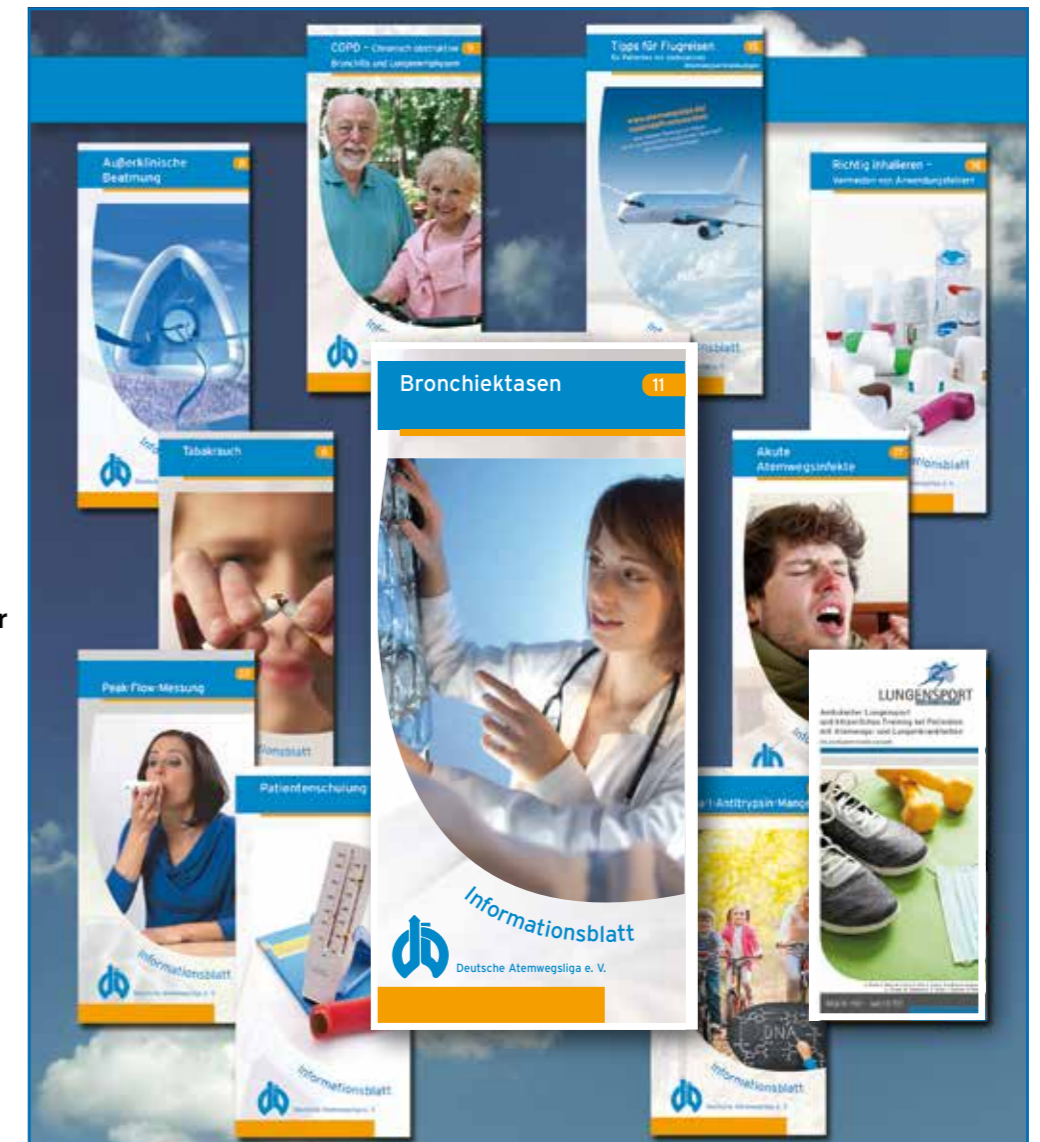


Am 28. Juli 2022 ist unser verdienstvoller Ko-Vorsitzender des Ortsvereins Lüdenscheid im Alter von 80 Jahren seiner schweren Krankheit erlegen. Dietmar war 27 Jahre Mitglied in unserer Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. Seine Leistung war es, zusammen mit seiner Ehefrau den Ortsverband als einen der größten und aktivsten bundesweit über viele Jahre aufzubauen und das Gruppenleben aktiv zu gestalten. Beispielhaft war auch sein Engagement im Lungensport und seine vielfältige Unterstützung der DPLA bei Tagungen und Kongressen. Unser Mitgefühl gilt seiner lieben Frau und der Familie. Wir werden Dietmar nicht vergessen.

Dr. med. Michael Köhler

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

Im Flyer 11 der Deutschen Atemwegsliga e.V. wird gut verständlich und übersichtlich das nicht sehr seltene Krankheitsbild der Bronchiektasen erklärt. Mögliche Ursachen, Folgen, Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten werden dargestellt. Siehe hierzu auch der Artikel in dieser Luftpostausgabe der DPLA- Selbsthilfegruppe in Hannover von Michael Wilken.



Im Artikel von Michael Wilken in diesem Heft „Selbst-Hilfe bei Bronchiektasen“ werden anhand eines Fragebogens die Probleme und Möglichkeiten einer Bronchiektasen-Selbsthilfegruppe in Hannover im dritten Jahr der Corona-Pandemie dargestellt.

Über das Thema Bronchiektasen informiert der Flyer 11 der Deutschen Atemwegsliga.

Insgesamt stehen damit aktuell über 50 Flyer, von „Allergie“ über „Asthma“, „COPD“, „Lungenfibrose“, „Lungenfunktion“, „Peak-Flow-Messung“, „Reisen“ bis zu „Richtig inhalieren“, im Programm. Dieser Flyer kann bei der AG Lungensport in Deutschland e.V. unter www.lungensport.org oder bei der Deutschen Atemwegsliga e.V., <http://www.atemwegsliga.de/bestellung.html>, oder bei der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA, info@pat-liga.de, Tel. 06133 / 35 43, für einen kleinen Unkostenbeitrag angefordert werden. Diese Reihe wird von ausgewiesenen Experten erstellt, immer wieder aktualisiert und fortlaufend erweitert. ■

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



Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA
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 Duisburg Essen Gelsenkirchen	Geschäftsstelle DPLA Geschäftsstelle DPLA Geschäftsstelle DPLA Werner Broska Selbsthilfe-Kontaktstelle	06133 / 35 43 06133 / 35 43 06133 / 35 43 0177 / 767 69 85 0209 / 913 28-10
Bayern Weiden, Neustadt, Vohenstrauß	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43	Hagen Lüdenscheid Moers-Niederrhein Rheda-Wiedenbrück Wuppertal	Geschäftsstelle DPLA Geschäftsstelle DPLA Petra Arndt Heinz-Jürgen Belger Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43 06133 / 35 43 02841 / 41 484 05242 / 56 786 06133 / 35 43
Brandenburg Potsdam	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43	Rheinland-Pfalz Alzey Bernkastel-Wittlich Bitburg Daun (Vulkaneifel)	Geschäftsstelle DPLA Inge Follmann Geschäftsstelle DPLA Inge Follmann Renate Maisch	06133 / 35 43 06573 / 574 06133 / 35 43 06573 / 574 06572 / 23 99
Hessen Frankfurt am Main	Ulrich Schulte Dieter Kraus Ursula Schösser	069 / 2002 13 04 06007 / 939 77 30 06102 / 53 416	Saarland Homburg / Saar	Birkenfeld/ Idar-Oberstein Linz am Rhein Mainz Trier Worms	Winfried Walg Geschäftsstelle DPLA Geschäftsstelle DPLA Geschäftsstelle DPLA Geschäftsstelle DPLA
Marburg Schwalmstadt Wiesbaden	Friedhelm Stadtmüller Margit Nahrgang Wolfgang Tenter Lothar Wern	06422 / 44 51 06424 / 45 73 06691 / 21 775 06122 / 15 254			06785 / 77 70 06133 / 35 43 06133 / 35 43 06133 / 35 43 06133 / 35 43
Niedersachsen Region Hannover	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43			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 - Regen
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: Sabine Frick
E-Mail: orga@copd-ruesselsheim.de
www.copd-ruesselsheim.de

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

ZURÜCK IN EINEN LEBENSWERTEN ALLTAG.

Nach einer Erkrankung ist es oft nicht leicht, den Weg zurück in den Alltag zu finden. Wir möchten Ihnen dabei helfen und einen Teil dieses Weges mit Ihnen gemeinsam gehen. Und das mit einem ganzheitlichen Ansatz, indem der Mensch mit Körper und Seele im Mittelpunkt steht. Gebündeltes Fachwissen, Engagement und echte menschliche Zuwendung geben nicht nur im körperlichen, sondern auch im seelischen und sozialen Bereich die bestmögliche Hilfestellung. Therapie und Freizeit, Medizin und soziale Kontakte – das alles gehört zusammen und beeinflusst den Genesungsprozess.

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

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

Anzeige

Ihr Anmeldung nehmen Sie bitte per E-Mail vor.

Sie bekommen dann wenige Tage vor der Veranstaltung einen Link zugesandt, über den Sie sich einloggen können.

Pneumologie.THOR@med.uni-heidelberg.de

In Kooperation mit:

Deutscher Patientenliga Atemwegserkrankung e.V.,
Geschäftsstelle:

Carl-Wernher-Str. 2

55276 Oppenheim

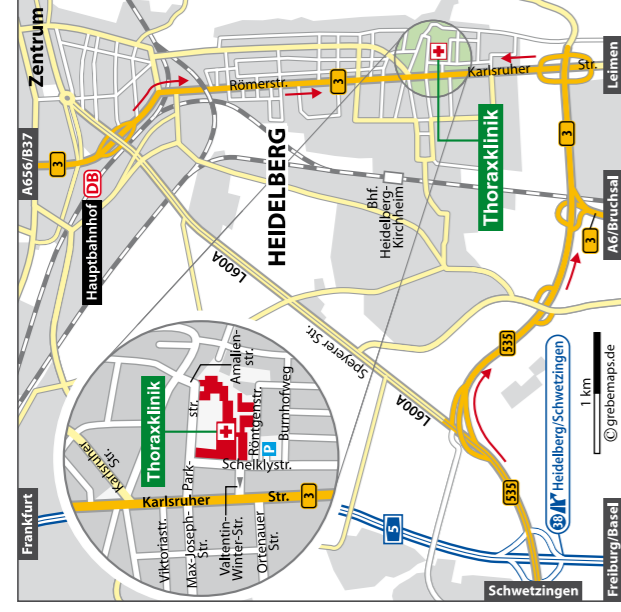
Telefon: 0 61 33 / 35 43

Fax: 0 61 33 / 92 41 08

E-Mail info@pat-liga.de



Lungeninformationsdienst



Thoraxklinik Heidelberg gGmbH

Röntgenstraße 1

69126 Heidelberg

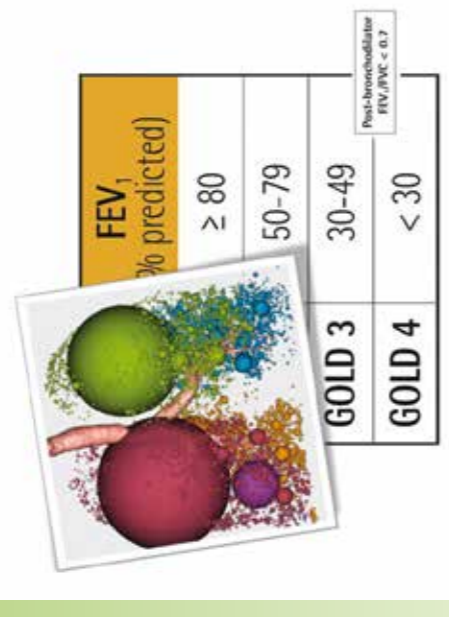
Telefon: 0 62 21 / 396 - 1201

Fax: 0 62 21 / 396 - 1202

www.thoraxklinik-heidelberg.de

NEUES ÜBER COPD

VIRTUELLE
INFORMATIONSVORANSTALTUNG
FÜR BETROFFENE, ANGEHÖRIGE
UND INTERESSIERTE
AM WELT-COPD-TAG



16. NOVEMBER 2022

15.00 - 16.30 Uhr



EINLADUNG

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Patientinnen und Patienten,

anlässlich des **Welt-COPD-Tages** am 16.11.2022 laden wir Sie herzlich zu unserem Informationstag zur chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) ein.

Die COPD ist eine Volkskrankheit, an der in Deutschland mittlerweile mehr als 7 Millionen Menschen leiden. Typische Beschwerden sind **Husten**, vermehrter **Auswurf** und **Kurzatmigkeit**. Im fortgeschrittenen Stadium führt die COPD zu einer vermehrten Atemnot bei Belastung und somit zu einer Einschränkung der Mobilität und der Lebensqualität. **Rauchen** ist weiterhin der häufigste Risikofaktor für die Entwicklung einer COPD, jedoch haben bis zu 20% der Erkrankten nie geraucht.

In den letzten Jahren konnte das Wissen über die COPD erweitert und Fortschritte in der Diagnostik und Therapie dieser chronischen Lungenerkrankung erzielt werden. Neben neuen effektiven Medikamenten und Rehabilitation stellen auch sog. interventionelle Verfahren wie die **Lungenvolumenreduktion** und die **Rheoplastie** vielversprechende Behandlungs-optionen bei ausgewählten Patientinnen und Patienten dar.

Auch im Bereich **Früherkennung** und **Prävention** hat sich viel getan, so dass mittlerweile sehr individuelle Möglichkeiten für die Therapie in Frage kommen und eine deutliche Symptombesserung ermöglichen.

Die Thoraxklinik ist hier ein **weltweit führendes Zentrum**. Wir organisieren zahlreiche Studien zur



Wirkung dieser Verfahren sowie Medikamenten, um diese weiterzuentwickeln und unmittelbar unseren Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen können.

Auch das Jahr 2022 steht weiterhin im Zeichen der Pandemie. Um unsere Patientinnen und Patienten keiner unnötigen Gefahr auszusetzen, haben wir uns daher entschlossen, den Informationstag in virtueller Form durchzuführen.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme und Ihre Fragen!

Prof. Dr. med. Felix Herth
Chefarzt Pneumologie/Beatmungsmedizin
Ärztlicher Direktor

PROGRAMM

Wissenschaftliche Leitung und Moderation

Univ.-Prof. Dr. med. Felix J. F. Herth

Einleitung und Begrüßung
Prof. Dr. Felix J. F. Herth

15:00 Uhr (Früh)Erkennung der COPD und Inhalations-Therapie
Prof. Dr. Frederik Trinkmann

15:30 Uhr Husten und Schleim?
Welche neuen Therapiemöglichkeiten gibt es?
Dr. Judith Brock

16:00 Uhr Zu viel Luft in der Lunge?
Lungenvolumenreduktion und Rehabilitation
Dr. Konstantina Kontogianni

Zwischen den jeweiligen Vorträgen besteht selbstverständlich ausreichend Zeit für Ihre Fragen!

Die "Luftpost - Patientenzeitschrift für Atemwegskranke" im 30. Jahrgang

unterstützt durch

- Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA
- 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 Abonnenten-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/ Robert Kneschke
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 Advertorials 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 dürften.

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

Einzelpreis pro Heft:

Deutschland 4,50 Euro, Ausland 8,00 Euro
Jahresabonnement 10,00 Euro (Deutschland)
Auflage 30.000

kompetent · verständlich · patientengerecht



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



MEINE
LUNGE
MEIN
LEBEN



VERMEHRT HUSTEN ODER ATEMNOT?

SPRECHEN SIE MIT IHREM ARZT/IHRER ÄRZTIN!

Mehr Informationen über die chronisch-obstruktive
Lungenerkrankung (COPD) finden Sie auf unserer Website



www.copd.de

Lebe jeden Atemzug.
Aktiv gegen COPD.

AUF DEM FAHRRAD
WAR ICH IMMER
GLÜCKLICH UND FREI.

JETZT BREMST
MICH MEINE
LUFTNOT
KOMPLETT
AUS.



Luftnot, Probleme beim Treppensteigen, chronischer Husten: Wie Ingrid leiden in Deutschland ca. 3 Mio. Menschen unter COPD. Ob Sie selbst oder Angehörige an COPD leiden – auf www.copd-experte.de erhalten Sie hilfreiche Empfehlungen und Hinweise, die es Ihnen einfacher machen, einen guten Weg zu finden, mit der Krankheit umzugehen.