

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht



- 50 Jahre Deutsche Krebshilfe
- Erfolgsgeschichte: 25 Jahre Lungensport
- 2025: Aktion „Gut Leben mit COPD“
- Patientenleitlinie Covid-19

Offizielles Organ von:

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



Raus mit dem Schleim!

Husten und starke Verschleimung ernst nehmen



Die Simeox-Anwendung erfolgt entspannt zu Hause ganz einfach im Sitzen oder Liegen für ca. 10-15 Minuten pro Einsatz.

Schleim in der Lunge ist häufig ein großes Problem bei COPD, Bronchiektasen, chronischer Bronchitis, schwerem Asthma und anderen chronischen Lungenerkrankungen. Der Schleim ist nicht nur störend und der damit verbundene Husten belastend – festsitzender Schleim kann auch zum Nährboden für Bakterien und Viren werden. Häufige Infektionen bis hin zu Krankenhausaufenthalten sind möglicherweise dessen Folge. Deshalb sollte dauerhaftes Husten und starke Verschleimung ernst genommen und im Zweifelsfall ärztlich behandelt werden.

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.

Simeox verflüssigt den Schleim aus den tiefen Bereichen der Lunge. Außerdem hilft das Gerät, das störende Sekret in die zentralen Bronchien zu transportieren, von wo es dann einfach abgehustet werden kann.



Die Simeox-Therapie wird von der Krankenkasse erstattet, wenn folgende Voraussetzungen zutreffen:

1. Ich bin mit einer **chronischen Lungenerkrankung in ärztlicher Behandlung** (COPD, Bronchiektasen, Chronische Bronchitis, schweres Asthma, PCD/Kartagener Syndrom, Mukoviszidose/CF, u.a.)
2. Der **Schleim** in der Lunge bereitet mir **Probleme** und ich kann diesen schlecht abhusten
3. Ich nutze bereits ein Gerät zur **Inhalation mit Kochsalzlösung** (Inhalationsgerät/Vernebler – z.B. PariBoy)
4. Ich besitze ein **PEP-Gerät** (Atemtherapie-Hilfsmittel mit und ohne Oszillation wie z.B. RC-Cornet, Flutter, GeloMuc, Acapella, Aerobika, PARI PEP, o.a.)
5. Folgende **Kontraindikationen** liegen **nicht** vor:
 - akuter/nicht drainierter Pneumothorax
 - instabile Herz-Kreislauf-Erkrankung
 - schwere Lungenblutungen

Wenn die o.g. Punkte alle auf Sie zutreffen, könnte Ihnen Simeox möglicherweise helfen. Rufen Sie uns gerne an unter 08025 - 925 9588 und informieren Sie sich über unsere Website.

PhysioAssist GmbH

Stadtplatz 10, 83714 Miesbach
E-Mail: kontakt@physio-assist.de
Telefon: 08025 - 925 95 88
www.physioassist.de

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

auch wenn der November nicht gerade als Wonnemonat gilt, eine gute Nachricht brachte er doch: Es gibt eine klare Trendwende nach der Corona-Pandemie. In Deutschland ist im vergangenen Jahr erstmals wieder die Lebenserwartung gestiegen, wenn auch nur um 0,4 Jahre im Durchschnitt. Im Land der Spätzleesser, das schon seit Jahrzehnten an der Spitze liegt, vermeldet jetzt das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), dass sogar Männer eine Lebenserwartung von mehr als 80 Jahren (80,1) erreichen. Dort liegen die Frauen mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 84,2 Jahren als „bessere Hälfte der Menschheit“ allerdings noch immer vor den Männern.

Erstmals gibt es jetzt auch eine Patientenleitlinie zu Covid 19. Anfangs nicht ernstgenommen oder auch heruntergespielt, geht diese auch auf die gar nicht so seltenen Folgen einer Infektion mit dem SARS-Virus ein. Long-Covid oder auch Post-Covid betrifft bis zu 15% der Infizierten. Auch deshalb bleibt eine erneute Impfung gegen diesen Krankheitserreger sinnvoll, zumal das BiB nachweist, dass in der Bevölkerung über 65 Jahre die Sterblichkeit seit der Pandemie weiterhin deutlich erhöht ist.

Eine weitere gute Nachricht ist die Entscheidung der Ständigen Impfkommission (STIKO), jetzt auch die einmalige RSV-Impfung, d.h. gegen das Respiratorische Synzytial-Virus, als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen zu empfehlen. Noch ist dies eingeschränkt auf ältere Personen (60 bis 74 Jahre) mit schweren Formen von Erkrankungen der Atmungsorgane dazu gehören Asthma und COPD, sowie weitere chronische Erkrankungen, siehe unser Artikel in diesem Heft. Als Standardimpfung ist sie bei allen Personen ab dem 75. Lebensjahr zugelassen. Dadurch sollen mögliche schwere Folgen einer Infektion mit diesem Virus wie Krankenhauseinweisung und Tod vor allem bei älteren Erwachsenen wirksam vermieden werden.

In diesem Jahr besteht die Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland bereits seit 25 Jahren. Jeder

von einer Atemwegserkrankung Betroffene, besonders bei COPD, wird bestätigen können, dass regelmäßiger Lungensport, ob in der Gruppe oder auch per Video eine deutliche Besserung bewirkt. Aktuell bestehen bundesweit 1800 Gruppen. Mehr dazu in einem Beitrag.

Bereits vor 50 Jahren wurde die Deutsche Krebshilfe, damals von Frau Dr. Mildred Scheel fast im Alleingang, gegründet. Mit dem Motto „Helfen. Forschen. Informieren.“ wurde sie ein unverzichtbarer Initiator in der Krebsmedizin. Mit ihren vielfältigen Aktivitäten unterstützt sie über Diagnose, Therapie bis zur Aufklärung, Nachsorge und Selbsthilfe den Kampf gegen Krebs bei jährlich 500.000 neuerkrankten Menschen in Deutschland. Wir gratulieren!

Weitere Themen in diesem Heft sind: Die Möglichkeit, das eigene Asthma-Risiko zu reduzieren, wie man Eisenmangel als Blutspender vermeiden kann, Therapie mit Abnehmspritzen, Mikroplastik in den Verdauungsorganen, möglicher digitaler Augenstress, die Stellungnahme der Pneumologen zur Krankenhausreform und die Vorstellung der Patientenselbsthilfeorganisation Alpha 1 Deutschland.

Ganz besonders möchten wir aber auf den Erfahrungsbericht eines von Alpha1-Mangel Betroffenen hinweisen, der nach erfolgreicher Lungentransplantation weiter unverzagt gegen Folgen seiner Grunderkrankung kämpft.

Im Jahr 2025 beginnt der Deutsche Allergie- und Asthmabund (DAAB) sein Projekt „Gut leben mit COPD“. Lesen Sie selbst und machen Sie mit.

Mit den besten Wünschen für ein glückliches, vor allem aber gesundes und aktives Neues Jahr!

Mit luftigen Grüßen

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



Inhalt

Aktuelles

- 5 Reduziertes Asthma-Risiko nach Desensibilisierung gegen Hausstaub
- 6 Gicht erhöht Herz-Kreislauf-Risiko
- 8 Endgültiges Nierenversagen und Dialyse und Nierentransplantation
- 10 Es muss nicht immer der Kraftraum sein
- 11 Wer operiert besser: – Ein erfahrener Arzt oder ein Roboter?
- 12 Verordnungsausschluss von Lifestyle Arzneimitteln
- 13 Patient:innen mit Bronchiektasen gesucht
- 14 RSV-Impfung für Personen ab 60 Jahren ab sofort Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen
- 16 Eisenmangel vermeiden: Worauf Blutspendende achten sollten
- 18 Nach Lungentransplantation – ein Leben mit weiteren schweren Erkrankungen Der Bericht eines Alpha 1- und COPD-Patienten
- 20 Ein halbes Jahrhundert gegen Krebs: 50 Jahre Deutsche Krebshilfe
- 22 Therapie mit „Abnehmspritzen“ alleine reicht nicht

Zu Ihrer Information

- 24 Volle Transparenz: Lungenärzte veröffentlichen neuen Kodex zum Umgang mit der Tabakindustrie
- 26 Neue Erkenntnisse zu Mikroplastik im Körper
- 28 Digitaler Augenstress - Gleitsichtbrille schuld?



- 30 Patientenleitlinie zur Leitlinie – COVID-19: Was ist für Betroffene wichtig zu wissen?
- 33 Beeinflussung von Asthma durch Depressionen und Schlafqualität
- 40 Lungenärzte sehen Krankenhausreform positiv
- 41 Jubiläumsspende von OxyCare

Selbsthilfe

- 35 25 Jahre AG Lungensport – eine Erfolgsgeschichte!
- 36 Vorstellung: Alpha1 Deutschland e.V.
- 38 „Gut Leben mit COPD“ – Ein neues DAAB-Projekt
- 43 Infolyer der Deutschen Atemwegsliga e.V.

Rubrik

- 42 Impressum

Reduziertes Asthma-Risiko nach Desensibilisierung gegen Hausstaub



Eine aktuelle Studie aus der täglichen Praxis in Deutschland hat die Wirksamkeit der Allergen-Immuntherapie (SCIT) bei Hausstaubmilben-Allergie überprüft. Nach mindestens 2 Jahren Behandlung zeigte sich eine bedeutende Reduzierung der Verschreibungen von Allergie- und Asthmamedikamenten und ein reduziertes Risiko für neu auftretendes Asthma.

Die Mehrheit der Menschen mit Asthma bronchiale und Patienten mit einer ganzjährigen allergischen Rhinitis (Heufieber) sind gegen Hausstaubmilben-Allergene sensibilisiert. Eine Sensibilisierung gegen Hausstaubmilben in frühen Lebensjahren ist mit einem erhöhten Risiko für ein späteres Asthma bronchiale verbunden. Eine aktuelle Untersuchung aus der täglichen Praxis in Deutschland hat sich deshalb mit der Wirksamkeit der subkutanen Allergen-Immuntherapie (SCIT) gegen Hausstaubmilben und ihre asthmavorbeugende Wirkung befasst.

Schützt die subkutane Allergen-Immuntherapie gegen Hausstaubmilben vor Asthma?

Untersucht wurden Menschen im Alter zwischen 5 und 70 Jahren, die zwischen 2009 und 2013 ihre erste Verschreibung einer subkutanen Immuntherapie (SCIT) gegen Hausstaubmilben erhielten. Eine Kontrollgruppe erhielt ausschließlich Medikamente, die gegen die Symptome wirken. Der Untersuchungszeitraum von bis zu 6 Jahren in der Nachbeobachtung endete im Februar 2017. Untersucht wurden in dieser Studie das Fortschreiten einer allergischen Rhinitis (Heuschnupfen) und Asthma, das Auftreten von Asthma bronchiale und die Zeit bis zum Beginn von Asthma nach mindestens 2 Jahren Behandlungszeit.

Subkutane Immuntherapie im Vergleich zu einer nur gegen die Symptome gerichteten Behandlung

Insgesamt wurden 892 Patienten (608 Erwachsene und 284 Kinder/Jugendliche) in die SCIT-Gruppe und 2.676 Patienten (1.824 Erwachsene und 852 Kinder/Jugendliche) in die Vergleichsgruppe aufgenommen. Während der Nachbeobachtungszeit von mindestens 2 Jahren einer subkutanen Immuntherapie verringerte sich die Anzahl der Verschreibungen von Allergiemedikamenten in der Patientengruppe mit Immuntherapie um fast zwei Drittel um 42,4 % für die von Asthmamedikamenten. Das Risiko für ein neu auftretendes Asthma war in der Gruppe mit der Immuntherapie im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich, d.h. um fast ein Viertel (27,0%). Eine vorbeugende Wirkung der Immuntherapie-Behandlung konnte bereits 15 Monate nach Behandlungsbeginn gezeigt werden. In dieser Gruppe war auch die Zeit bis zum Auftreten eines Asthma bronchiale deutlich verlängert.

Die vorbeugende Wirksamkeit einer Allergen-Immuntherapie gegen Asthma bronchiale

Die Studienautoren folgern, dass Patienten im Alter von 5 bis 70 Jahren langfristig von einer Allergen-Immuntherapie profitieren. Insbesondere das Fortschreiten von allergischer Rhinitis und Asthma wird nach mindestens 2 Jahren Behandlung deutlich gemindert. Die Wirkung schien bis zu 6 Jahre nach Beendigung der Behandlung anzuhalten. Ab einer Behandlungsdauer von 15 Monaten wurde daher ein deutlich verringertes Risiko für den Beginn einer asthmatischen Erkrankung beobachtet.

Quelle: Pressemeldung DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom vom 03.10.2024

Anzeige

Ihr Versorger für alle Sauerstoffkonzentratoren

Bundesweit • Beste Beratung • Service vor Ort • Partner aller Kassen • Urlaubsversorgung • Miete und Kauf • Gute Preise

Gicht erhöht Herz-Kreislauf-Risiko



Foto: AdobeStock / Sedjawa

Eine britische Studie hat die Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Gichtpatienten untersucht. Insbesondere bei Frauen und Menschen unter 45 Jahren wurden bei einer bestehenden Gicht-Erkrankung ein deutlich höheres Risiko für Herz- und Kreislauf-Erkrankungen beobachtet. Auch nach Berücksichtigung allgemein bekannter Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen blieb ihr Risiko erhöht.

Gicht ist eine Form der Arthritis (Gelenkentzündung), die durch die Ablagerung von Harnsäurekristallen in den Gelenken verursacht wird. Diese Erkrankung kann zu akuten und starken Schmerzanfällen sowie Rötungen und Schwellungen in den betroffenen Gelenken führen. Gicht ist mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbunden. Eine aktuelle Untersuchung aus Großbritannien hat nun das Risiko für verschiedene Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Menschen mit Gicht im Vergleich zu gleichaltrigen Personen untersucht.

Wie stark beeinflusst Gicht das kardiovaskuläre Risiko?

In dieser vergleichenden Untersuchung wurden Daten aus elektronischen Gesundheitsakten aus englischen

Krankassen-Datenbanken herangezogen. Zwischen dem 1. Januar 2000 und dem 31. Dezember 2017 wurden erstmals an Gicht erkrankten Patienten so erfasst. Die Patienten waren bei Krankheitsbeginn höchstens 80 Jahre alt und hatten bis zu 12 Monate nach ihrer Diagnose Gicht keine Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In der Vergleichsgruppe wurden bis zu 5 Versicherte, die nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status und geografischer Region mit den Gicht-Patienten gut vergleichbar waren, mit diesen verglichen. Beide Patientengruppen wurden dann bis zum 30. Juni 2019 nachbeobachtet. In der statistischen Auswertung wurden bereits vorab erfasste Herz-Kreislauf-Risiken wie Übergewicht, Raucherstatus, erhöhte Cholesterin-Spiegel, Erkrankung an Typ-2-Diabetes (Altersdiabetes), chronische Nierenerkrankung und bestehender Bluthochdruck erfasst.

152.663 Personen mit Gicht wurden mit 709.981 nicht an Gicht erkrankten Personen verglichen

Die Studie umfasste 152.663 Personen mit Gicht. Die Patienten waren im Durchschnitt 56,2 Jahren alt, von ihnen waren 78,8 % Männer. Die Personen der Vergleichsgruppe waren im Durchschnitt 56,5 Jahre alt und zu 79,0 % Männer. Im Ergebnis entwickelten 20,6 % der Patienten mit einer Gicht und 15,0 % der Personen

ohne Gicht während durchschnittlichen Nachbeobachtungszeit von 6,5 Jahren eine Herz-Kreislauf-Erkrankung. Die von Gicht betroffenen Patienten hatten damit nachweislich ein höheres Risiko für eine folgende Herz-Kreislauf-Erkrankung als die herangezogenen Kontrollpersonen. Das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Gicht war bei an Gicht erkrankten Frauen jedoch höher als bei Männern.

Bei Gichtpatienten unter 45 Jahren war das Risiko einer folgenden Herz-Kreislauf-Erkrankung doppelt so hoch als in der vergleichbaren Altersgruppe ohne Gicht.

Das erhöhte Risiko betraf alle untersuchten Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Patienten mit Gicht wiesen häufiger Risikofaktoren für solche Erkrankungen auf. So hatten an Gicht erkrankte Patienten einen im Schnitt höheren BMI (body mass index) als ihre Altersgenossen ohne Gicht. Eine höhere Anfälligkeit für chronischen Nierenerkrankungen, Fettstoffwechselstörungen, einen erhöhten Blutdruck in der Vorgeschichte, sowie starkes Übergewicht und einen Typ-2-Diabetes wiesen sie ebenfalls auf. Diese bekannten kardiovaskulären Risikofaktoren bei der statistischen Auswertung berücksichtigt.

Gichtpatienten haben ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Menschen mit Gicht haben demnach ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung verschiedene Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Hierzu gehören atherosklerotische Erkrankungen, eine Herzinsuffizienz, Herz-Rhythmusstörungen, Herzklappenerkrankungen und thromboembolische Erkrankungen. Das höchste Risiko hatten Frauen und Männer unter 45 Jahren mit einer Gicht-Erkrankung. Die Autoren fordern, dass Strategien zur Reduzierung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Patienten mit Gicht entwickelt und umgesetzt werden.

Quelle: DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom vom 24.09.2024

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

Sekretolyse

Hustenassistent: mit Vibrationsmodus, für Erwachsene und Kinder

Sofort lieferbar

- **Comfort Cough II** optional mit HFCWO (High Frequency Chest Wall Oscillation)

Sauerstoffversorgung

- Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

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

- **Zen-O**, mit 2 l/min Dauerflow
- **SimplyGo Mini**, ab 2,3 kg
- **Inogen Rove 6**, ab 2,15 kg
- **Freestyle Comfort** Inogen Rove 6 ab 1.898,00 €*
- **Eclipse 5**, mit 2 l/min Dauerflow

Inhalation & Atemtherapie

Nasennebenhöhlenentzündungen/ Ohrenschmerzen ?

- **Pureneb AEROSONIC+**

durch die 100 Hz Schall-Vibration entsteht ein in Schwingung versetztes Aerosol, das die feinen Engstellen passiert und bis in die Nasennebenhöhlen/ Ohren (eustachische Röhre) gelangt, sodass das Medikament direkt am Ort der Entzündung wirken kann.

Kein Gaumen-Schließ-Manöver notwendig
Durch die gleichzeitige Behandlung beider Naseneingänge mittels speziellem Nasenaufsatz ist beim Pureneb kein Schließen des Gaumensegels notwendig.

Ein Gerät, viele Anwendungsmöglichkeiten - das Pureneb kann noch mehr!

Egal ob Sinusitis, Mittelohrentzündung oder Erkrankungen der unteren Atemwege (z.B. Bronchitis/COPD): **Als Kombi-Inhalationsgerät kann das Pureneb für alle Erkrankungen der Atemwege eingesetzt werden.**

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

RC-FIT Sonderpreis 79,90 €*

Finger-Pulsoxymeter OXY 310 29,95 €

*solange der Vorrat reicht

Endgültiges Nierenversagen

In Deutschland stehen Dialyse und Nierentransplantation unter Druck



Foto: AdobeStock/Pavel-Shot

Unsere beiden Nieren sind lebenswichtige Organe. Versagen sie, führt dies unbehandelt zum Tod. Ersatztherapien sind die Dialyse, die hierzulande rund 100.000 Menschen dauerhaft erhalten, sowie eine Nierentransplantation. Doch Dialyse kann die vielfältigen Funktionen der Nieren nicht optimal ersetzen. Die Folge: Gesundheit und Lebensqualität, aber auch die Lebenserwartung der Betroffenen verschlechtern sich mit der Zeit deutlich. Abhilfe könnte eine frühzeitige Nierentransplantation schaffen. Doch die durchschnittliche Wartezeit beträgt in Deutschland bis zu 10 Jahre, da nur sehr wenige Spenderorgane zur Verfügung stehen. Die Fachgesellschaft der Nierenärzte (DGfN) forderte daher auf ihrer 16. Jahrestagung im September 2024 in Berlin dringende Verbesserungen bei der Organspende an. Es braucht einen schnelleren Zugang zur Transplantation. Darüber hinaus sei ein stärkeres Bewusstsein für die Brisanz von Nierenerkrankungen notwendig – verbunden mit einer systematischeren Forschung zu Prävention, Diagnose und Therapie.

Die beiden, je 150 bis 200 g schweren Nieren scheiden Schadstoffe aus und regulieren den

- Salz-,
- Säure-Basen- und
- Wasserhaushalt.

Darüber hinaus sind sie an der Regulation des Blutdrucks beteiligt und haben wichtige Funktionen im Hormonhaushalt.

Viele verschiedene Ursachen wie Bluthochdruck und Diabetes, genetische und immunologische Erkrankungen sowie Medikamente können die Nieren jedoch so stark schädigen, dass sie ihre Funktion verlieren. Bei der sogenannten terminalen Nierenerkrankung sind die Nieren dann nicht mehr in der Lage, den Körper zu entgiften und ihre anderen Funktionen zu übernehmen. Ein lebensbedrohlicher Zustand, der unbehandelt innerhalb weniger Tage zum Tod führt.

Dialyse sollte keine Dauerlösung sein

„Die Dialyse ist eine lebensrettende und unverzicht-

bare Behandlung in der Medizin“, sagt Prof. Dr. med. Bernhard Banas, Leiter der Abteilung für Nephrologie und des Universitären Transplantationszentrums am Universitätsklinikum Regensburg. „Aber sie kann nicht alle Funktionen einer Niere sieben Tage die Woche ersetzen.“ Oft verschlechtert sich der Gesundheitszustand der Betroffenen über die Jahre deshalb schleichend. „Tatsächlich hat jeder Dialysepatient im Durchschnitt eine um mehr als 50 Prozent verkürzte Lebenserwartung im Vergleich zu einem gleichaltrigen Nierengesunden“, so Banas. „Auch haben Dialysezentren mit erheblichen Personalmängeln und einer existenzbedrohenden Unterfinanzierung zu kämpfen, was bereits zu ersten Schließungen geführt hat“.

Eine späte Transplantation kostet viele Lebensjahre

Versagen die Nieren endgültig ihren Dienst, ist daher die möglichst frühzeitige Transplantation einer Spenderniere entscheidend, denn nur sie kann alle natürlichen Funktionen übernehmen – und das rund um die Uhr. „Eine späte Transplantation kostet den Patienten viele Lebensjahre“, betont der Transplantationsmediziner Banas.

Der tatsächliche Bedarf an Nierentransplantationen dürfte deutlich höher liegen

„Doch in Deutschland gibt es zu wenig Organspenden“, bedauert Banas, der gemeinsam mit Professor Dr. med. Clemens Cohen aus München Kongresspräsident seiner medizinischen Fachgesellschaft ist. So leben hierzulande nur rund 20.000 Menschen mit einer transplantierten Niere. „In anderen europäischen Ländern ist die Transplantationsrate deutlich höher“, kritisiert Banas mit Blick auf Deutschland. Nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) warteten Anfang 2024 in Deutschland 6.513 Patienten auf eine Spenderniere. „Der tatsächliche Bedarf ist noch um ein Vielfaches höher, wir schätzen ihn auf 20.000 bis 30.000 Menschen“, so Banas.

Fachgesellschaft fordert Systemwechsel für mehr Organspenden

„Deshalb unterstützt die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) klar die Initiativen von Bundesrat, Bundestagsabgeordneten und unseres Bundespräsidentes sowie vieler Fachgesellschaften und Verbände zur Einführung der Widerspruchsregelung bei der Organspende“, bekräftigt auch Prof. Dr. Julia Weinmann-Menke, Pressesprecherin der DGfN vom Universitätsklinikum Mainz. Dies gelte auch für den Gesetzentwurf der Bundesregierung, der Lebendor-



Prof. Dr. med. Bernhard Banas, Leiter der Abteilung für Nephrologie und des Universitären Transplantationszentrums am Universitätsklinikum Regensburg

gantransplantationen erweitern und die Überkreuzlebenspende auch in Deutschland ermöglichen soll.

Ein künftiges Deutsches Zentrum für Nierengesundheit soll die Prävention und Behandlung von Nierenerkrankungen verbessern. „Wir müssen nicht nur den Zugang zur Nierentransplantation verbessern, sondern auch dafür sorgen, dass möglichst wenige Menschen ihre Nierenfunktion vollständig verlieren“, betont die Generalsekretärin der Fachgesellschaft Dr. med. Nicole Helmbold. Hierzu gehört neben Prävention, Früherkennung und frühzeitiger Behandlung der chronischen Nierenerkrankung die Förderung weiterer Forschung, insbesondere auch der fachübergreifenden Forschung. „Dies wäre eine Hauptaufgabe eines Deutschen Zentrums für Nierengesundheit, für dessen Gründung wir uns ebenfalls einsetzen.“ „Erklärtes Ziel der Fachgesellschaft ist es, dass künftig weniger Menschen dialysiert oder transplantiert werden müssen“, fasst Kongresspräsident Banas zusammen.

Neue Erkenntnisse zur Entstehung und Behandlung von Nierenerkrankungen sowie Weiterentwicklungen von Nierenersatztherapien, etwa neue mobile Dialysegeräte, aber auch aktuelle Initiativen zur Förderung von Organspende und -transplantation, und was Nierenärztinnen und -ärzte heute schon tun können, damit Betroffene ihre Nierenfunktion nicht mehr vollständig verlieren, waren weitere Themen auf der diesjährigen Jahrestagung.

Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN), vom 24.09.2024

Es muss nicht immer der Krafraum sein

– bei der Volkskrankheit Kreuzschmerz hilft auch Walking



Fast jeder leidet manchmal unter Kreuzschmerzen. Schuld daran ist oft mangelnde Bewegung und zu viel Sitzen. Um das auszugleichen, sollte man sich täglich ausreichend bewegen. Dabei kann jeder für sich herausfinden, welche Art von Bewegung ihm am meisten Spaß macht: Ob Gymnastik im Sportverein, Pilates im Sportstudio oder Hanteltraining in der Muckibude – es gibt viele Angebote und Hilfen im Internet.

„Das muss aber gar nicht sein, es reichen auch ganz einfache Bewegungen“, sagt Rückenexperte Prof. Dr. Bernd Kladny, stellvertretender Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). „Eine aktuelle Studie aus Australien hat gezeigt, dass auch schon Walking das erneute Auftreten von Kreuzschmerzepisoden deutlich verringern kann und wir sprechen hier von ca. 160 Minuten Bewegung pro Woche.“

Ein vollständiges Video steht ab sofort online unter: <https://dgou.de/presse/pressemappen>

Dort finden Sie auch schon erschienene und im Laufe der DKOU-Woche erscheinende Videos:

- 1) Wie gut sind Deutschlands Krankenhäuser auf einen militärischen Ernstfall bei uns vorbereitet?
- 2) Was können wir tun, um Kreuzschmerzen zu vermeiden?

- 3) Deutschland diskutiert über die zunehmende Gewalt und Messerangriffe. Was sagt die Medizin dazu?
- 4) Was hilft jungen Frauen, die in Orthopädie und Unfallchirurgie Karriere machen wollen?
- 5) Wer operiert besser: Ein erfahrener Arzt oder ein Roboter?
- 6) Gelenkschmerzen sind für die Betroffenen sehr quälend. Was können die Ursachen sein? Welche Unterschiede gibt es dabei zwischen Frauen und Männern?

Quelle: Pressemeldung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) vom 25.10.24

Lesen Sie auch:

- 1) DKOU-PM vom 26.09.2024: Wenn jede Bewegung schmerzt: Inverse Schulterprothese bringt Rettung <https://dkou.org/service/pr-medien/arthrose-wenn-jede-bewegung-schmerzt-inverse-schulterprothese-bringt-rettung/>
- 2) DKOU-PM vom 30.09.2024: Medizin aus dem Meer <https://dkou.org/service/pr-medien/osteoporose-medicin-aus-dem-meer/>
- 3) DKOU-PM vom 8.10.2024: Dringend mehr fachärztliche Versorgung für alternde Gesellschaft benötigt <https://dkou.org/service/pr-medien/ambulantisierung-in-deutschland-schlecht-vorbereitet/>

Wer operiert besser:

– Ein erfahrener Arzt oder ein Roboter?



Prof. Dr. Georgi Wassilew, Generalsekretär der Sektion Endoprothetik der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) stellte auf dem Kongress seiner Fachgesellschaft fest: „Die Entwicklung und Anwendung roboter-assistierter Systeme in der Orthopädie und Unfallchirurgie haben bis zum Jahr 2024 bemerkenswerte Fortschritte gemacht. Insbesondere bei der Implantation von Knie- und Hüftprothesen ist der Einsatz von Robotern immer häufiger zu beobachten. Diese Technologien ermöglichen eine präzise Planung und Durchführung von Operationen, da sie vor und/oder während die individuelle Anatomie des Patienten erfassen und die notwendigen Schnitte exakt planen. Ärzte behalten jedoch jederzeit die Kontrolle und nutzen die roboter-assistierte Technik als präzises Werkzeug, um das bestmögliche Ergebnis zu erzielen.“

Wer operiert besser: Ein erfahrener Arzt oder ein Roboter?

Prof. Wassilew: „Die optimale Kombination zeigt sich in der Zusammenarbeit von erfahrenen Chirurgen und roboter-assistierter Technologie. Aktuelle Studien belegen, dass roboter-assistierte Operationen zu besseren klinischen Ergebnissen führen können. Eine aktuelle Studie zeigt, dass Patienten nach einer roboter-assistierten *Knieprothesenoperation* im Vergleich zu herkömmlichen Verfahren schneller genesen und weniger postoperative Schmerzen haben. Ebenso wird in einer anderen Studie festgestellt, dass roboter-assistierte *Hüftprothesenoperationen* zu einer genaueren Platzierung der Prothesenteile führen, was die Langzeitergebnisse der Implantate verbessern könnte.“

Erfahrung bleibt entscheidend

Prof. Wassilew: „Trotz dieser technologischen Fortschritte bleibt die Rolle des erfahrenen Chirurgen von zentraler

Bedeutung. Der Roboter setzt den Input des Operators um, der auf dessen fundierter Expertise basiert. Während der Roboter durch seine Präzision überzeugt, bringt der Chirurg das notwendige klinische Urteilsvermögen und die Flexibilität mit, um auf unvorhergesehene Situationen während der Operation zu reagieren. Ein erfahrener Arzt kann beispielsweise die Ausrichtung einer Prothese während des Eingriffs anpassen, wenn sich die Bedingungen ändern – eine Flexibilität, die Technologie allein nicht leisten kann.“

Kombination aus Mensch und Technik für die Zukunft

Prof. Wassilew: „Es wird erwartet, dass roboter-assistierte Systeme in den kommenden Jahren noch weiter verfeinert werden. Experten gehen davon aus, dass die Kombination aus menschlicher Erfahrung und technologischer Präzision weiterhin die besten Operationsergebnisse liefern wird. Der Einsatz solcher Technologien zeigt, dass sie nicht nur die Präzision und Effizienz steigern, sondern auch die *Patientenzufriedenheit* und *-sicherheit verbessern* können.“

Prof. Georgi Wassilew setzt seit mehr als zwei Jahren erfolgreich auf roboter-assistierte Technologien in seiner Klinik. Die Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rehabilitative Medizin verwendet mittlerweile zwei verschiedene Roboter-Systeme. Diese ermöglichen nicht nur eine exakte Planung und Ausführung von Operationen, sondern verbessern auch die Ergebnisse für die Patienten maßgeblich. Die Verwendung von Robotern in der Endoprothetik hat sich als wegweisend erwiesen und ist ein fester Bestandteil moderner Operationsmethoden.

Quelle: Pressemeldung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) vom 25.10.2024

Verordnungsausschluss von Lifestyle Arzneimitteln



Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht – sogenannte Lifestyle Arzneimittel –, dürfen nicht als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden. Dies sind zum Beispiel Appetitzügler, Abmagerungsmittel, Arzneimittel zur Raucherentwöhnung (derzeit in Diskussion), zur Verbesserung des Haarwuchses, zur Behandlung der erektilen Dysfunktion oder zur Steigerung der sexuellen Potenz.

Der Gesetzgeber hat Lifestyle Arzneimittel von der Verordnung ausgeschlossen, weil diese Arzneimittel

- nicht oder nicht ausschließlich der Behandlung von Krankheiten dienen,
- der individuellen Bedürfnisbefriedigung oder der Aufwertung des Selbstwertgefühls dienen,

- der Behandlung von Befunden dienen, die lediglich die Folge natürlicher Alterungsprozesse sind und deren Behandlung medizinisch nicht notwendig ist, oder
- bei kosmetischen Befunden angewandt werden, deren Behandlung medizinisch nicht notwendig ist.

Der G-BA hat den gesetzlichen Auftrag, Einzelheiten zu diesen Arzneimitteln zu bestimmen. Die vom G-BA als nicht verordnungsfähig eingestuften Lifestyle Arzneimittel sind in Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie gelistet. Zu den jeweiligen Leitindikationen sind dort die Handelsnamen der entsprechenden Fertigarzneimittel aufgeführt.

Quelle: nach Pressemeldung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 20.09.2024

Anzeige



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.



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

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

Studien patient:innenfreundlich gestalten – Patient:innen mit Bronchiectasen gesucht



AstraZeneca sucht Patient:innen mit der Diagnose „Bronchiectasen“, die bereit sind, sich an einem Patient:innenaustausch zu beteiligen. Zielsetzung ist es, potenzielle Studien so patient:innenfreundlich wie möglich gestalten zu können. Hierfür sollen bereits im Vorfeld die Perspektive und die Bedürfnisse der Betroffenen erhoben werden.

Hintergrund

AstraZeneca ist ein globales, wissenschafts- und patient:innenorientiertes Pharmaunternehmen mit einer umfangreichen Bandbreite an verschiedenen Therapiebereichen. Ziel unseres Tuns ist es, lebensverändernde und -verlängernde Medikamente für unsere Patient:innen zu entwickeln. AstraZeneca arbeitet mit dem Marktforschungsinstitut M3 Global Research zusammen, um ein besseres Verständnis der Patient:innenbelange zu erhalten und letztendlich patient:innenzentrierte Studiendesigns zu entwickeln.

Warum ist der Patient:innenaustausch für uns so wichtig?

Wir möchten gern mit Patient:innen, die an Bronchiectasen erkrankt sind, in den Austausch gehen, um die Perspektive und Bedürfnisse dieser Patient:innen besser zu verstehen. Das Feedback hilft uns dabei, potenzielle klinische Studien so zu gestalten, dass sie den Bedürfnissen und Erfahrungen der Patient:innen gerecht werden. Durch die Einbeziehung der Patient:innenperspektive können die Studien patient:innenfreundlicher gestaltet werden, was wiederum die Rekrutierung und Teilnahme von Patient:innen verbessern und letztendlich den Erfolg der Studie unterstützen kann. Darüber hinaus kann das Einbeziehen von Patient:innenfeedback dazu beitragen, dass die Studienergebnisse relevanter und aussagekräftiger sind, da sie die tatsächlichen Bedürf-

nisse und Herausforderungen der Patient:innen widerspiegeln.

Mit wem möchten wir dazu in den Austausch gehen?

Wir suchen 10 erwachsene Patient:innen mit bestätigter Diagnose von Bronchiectasen (mit und ohne Pseudomonas aeruginosa) in Deutschland.

Wie sieht eine Teilnahme konkret aus?

Es sind 3 Interaktionen in den nächsten 5 Monaten vorgesehen. Dabei können die Teilnehmenden selbst entscheiden, ob sie an einer, 2 oder allen 3 Interaktionen teilnehmen möchten.

- 2 Interaktionen beinhalten die Teilnahme an einem Zoom-Gespräch mit anderen deutschen Patient:innen und dem klinischen Team von AstraZeneca, um eine mögliche Studie zu besprechen und ihre Meinung darüber zu äußern, wie diese verbessert werden könnte.
- Eine Interaktion umfasst ein persönliches Gespräch mit einem Moderator, um die persönliche Krankengeschichte zu beschreiben sowie den individuellen Bedarf an zusätzlicher Unterstützung/Information von der Erstdiagnose bis heute.

Alle Interaktionen finden in deutscher Sprache statt. Für die Teilnahme an der Marktforschung wird eine Aufwandsentschädigung gezahlt.

An wen wende ich mich bei Interesse?

Wir freuen uns über Ihr Interesse, gemeinsam patient:innenzentrierte Studiendesigns zu entwickeln! Gerne können Sie sich bei Interesse oder auch Rückfragen an **Nina Bächle** wenden:

E-Mail: nina.baechle@astrazeneca.com

Telefon: 0174 3228410

RSV-Impfung für Personen ab 60 Jahren ab sofort Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkasse



Ab sofort haben ältere Erwachsene Anspruch auf eine Impfung gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV): Die einmalige Standardimpfung gegen RSV-Erkrankungen für alle Erwachsenen ab 75 Jahren sowie die einmalige Indikationsimpfung für Personen im Alter von 60–74 Jahren, die mit einer schweren Grunderkrankung, und/oder in Pflegeeinrichtungen leben, ist nun eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Die Impfung kann mit ABRYSCO® – einem nicht adjuvantierten Präzisions-F-Impfstoff, der Antigene der beiden RSV-Untergruppen A und B enthält – und zusammen mit der saisonalen Grippeimpfung erfolgen.

Erstattung der RSV-Impfung

Bitte beachten Sie, dass die RSV-Impfung zunächst weiter über ein Privatrezept verordnet werden muss (bei Drucklegung noch) – die Versicherten erhalten jedoch eine Kostenerstattung durch ihre gesetzliche Krankenkasse. Die Verordnung über ein Kassenrezept ist nach der Aufnahme der RSV-Impfung in die regionalen Impfvereinbarungen (der Bundesländer) möglich.

STIKO empfiehlt RSV-Impfung im Alter

Die Übernahme der RSV-Impfung in die Regelversorgung erfolgte auf Basis der Empfehlung der Ständigen Impf-

kommission (STIKO) vom 8. August 2024. Die Empfehlung verfolgt das Ziel schwere Atemwegserkrankungen durch das RSV-Virus sowie daraus möglicherweise resultierende Folgen wie Krankenhausaufnahme und Tod bei älteren Erwachsenen zu reduzieren, denn das Risiko für schwere Verläufe steigt mit zunehmendem Alter sowie bei Formen von chronischen Erkrankungen an.

Klinische Symptomatik

Eine RSV-Infektion kann das Symptomenspektrum von einer einfachen Atemwegsinfektion bis zu einer schweren beatmungspflichtigen Erkrankung der unteren Atemwege zeigen oder auch asymptomatisch verlaufen.

Eine **Primärinfektion** mit RSV führt fast immer zu einer deutlichen klinischen Symptomatik. Die Erkrankung kann auf die oberen Atemwege beschränkt sein, sich aber auch, insbesondere bei Säuglingen in den ersten Lebensmonaten, als Bronchiolitis, Pneumonie oder Tracheobronchitis äußern. Ein keuchhustenähnliches Krankheitsbild kommt bei etwa 5% der Fälle mit Beteiligung der unteren Atemwege vor. Fieber ist bei Kindern häufig und tritt auch bei leichteren Verläufen auf. Im Krankheitsverlauf werden in der Regel zuerst Symptome einer Erkrankung der oberen Atem-

Standardimpfung ab 75 Jahre

alle Personen ab 75 Jahre

Indikationsimpfung 60-74 Jahre

Personen mit schwerer Grunderkrankung:

schwere Formen von chronischen Erkrankungen der Atmungsorgane, chronischen Herz-Kreislaufkrankungen, chronischen Nierenerkrankungen, hämatologischen Erkrankungen, Diabetes mellitus (mit Komplikationen), chronischen neurologischen oder neuromuskulären Erkrankungen, angeborener oder erworbener Immundefizienz

Personen, die in Einrichtungen der Pflege leben

1-malige Impfung möglichst vor Beginn der RSV-Saison

wege (Schnupfen, nichtproduktiver Husten, eventuell Pharyngitis) beobachtet, die innerhalb von 1–3 Tagen zu Symptomen einer unteren Atemwegserkrankung fortschreiten können. Meist wird der Husten hierbei deutlicher und produktiver, die Atemfrequenz steigt und es kann zu einer Dyspnoe kommen. Zeichen einer expiratorischen Obstruktion sind typisch. Die RSV-Bronchiolitis bei Säuglingen ist gekennzeichnet durch einen reduzierten Allgemeinzustand, Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme (Trinkschwäche, Reflux, Erbrechen), beschleunigte Atmung, Husten und Dyspnoe.

Über den Lungen sind sowohl knisternde als auch gierende Geräusche auskultierbar. Während bei der Bronchiolitis das expiratorische Giemen im Vordergrund steht, kann es bei schwerem Verlauf auch zu einer „stillen Obstruktion“ mit Tachypnoe und verringerter peripherer Durchblutung kommen. Eine Verengung der Atemwege, schlecht belüftete (Atelektasen betreffen typischerweise den rechten Lungenoberlappen) und kompensatorisch überbelüftete Lungenareale und ein niedriges Ventilations-Perfusions-Verhältnis können zu Hyperkapnie und Hypoxämie führen. Bei Frühgeborenen sind rezidivierende Apnoen charakteristisch. Die Symptomatik kann im Einzelfall sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Schnelle Veränderungen des klinischen Zustandes sind möglich, weshalb engmaschige Untersuchungen wichtig sind.

RSV-Reinfektionen sind häufig und kommen in jedem Lebensalter vor. Bei Kindern kommt es auch bei Reinfektion häufig zu Erkrankungen der unteren Atemwege, die jedoch meist weniger schwer als bei der Primärinfektion verlaufen. Meist dauert die Erkrankung etwa 3–12 Tage, wobei respiratorische Symptome, insbesondere Husten, über mehr als 4 Wochen anhalten können. Bei Erwachsenen verlaufen RSV-Reinfektionen oft asymptomatisch oder als unkomplizierte Infektion der oberen Atemwege.

Komplikationen einer RSV-Infektion treten insbesondere bei Risikogruppen (s. Abschnitt „Vorkommen“) auf. Bei Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen mit chronischen pulmonalen und kardialen Vorerkrankungen, mit Asthma bronchiale und mit schweren neurologischen Erkrankungen kommt es häufig zu einer Exazerbation der vorbestehenden Erkrankung. Diese Patientinnen und Patienten sowie immundefiziente und immunsupprimierte Personen haben ein besonderes Risiko, an einer schweren RSV-bedingten Pneumonie zu erkranken.

Quellen:

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).

Robert Koch-Institut, Ratgeber RSV, 16.10.2024

Eisenmangel vermeiden:

Worauf Blutspendende achten sollten



Eisen spielt eine zentrale Rolle für den Sauerstofftransport und die Blutbildung im Körper. Ein gefüllter Eisenspeicher ist darüber hinaus Voraussetzung für eine Blutspende. Die Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie e. V. (DGTI) ruft Spendende daher auf, frühzeitig auf eine eisenreiche Ernährung zu achten und gibt Tipps, wie sich ein Eisenmangel vor und nach der Blutspende vermeiden lässt.

Eisen ist ein lebensnotwendiges Spurenelement, das der Körper benötigt, um Hämoglobin zu bilden. Hämoglobin ist ein Eiweiß in den roten Blutkörperchen, das den Sauerstoff in den Körper transportiert. Ein Eisenmangel kann zu einem niedrigen Hämoglobinwert (Hb-Wert) führen, der auch als Anämie bezeichnet wird. Menschen mit Eisenmangel leiden häufig unter Symptomen wie Müdigkeit, Blässe, Konzentrationsstörungen und erhöhter Infektanfälligkeit. Da der menschliche Körper bei unzureichender Eisenzufuhr zunächst auf die körpereigenen Eisenreserven zurückgreift, können die Symptome erst verspätet auftreten.

„Eisen ist essenziell für die Blutbildung und den Sauerstofftransport im Körper. Ein Mangel kann nicht nur die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, sondern auch gesundheitliche Folgen haben“, erklärt Professor Dr. med. Holger Hackstein, Präsident der DGTI und Leiter der Transfusionsmedizin am Universitätsklinikum Erlangen. Besonders häufig sind Frauen von einem Eisen-

mangel betroffen, da sie durch die Menstruation bereits einen höheren Eisenbedarf haben.

Kontrolle vor der Blutspende gibt Auskunft über Eisenwert

Bei einer Blutspende verliert der Körper etwa 250 Milligramm Eisen. Vor allem Erstspendende befürchten oft, dass ihr Eisenwert zu niedrig sein könnte und sie dies von einer Spende ausschließt. Hier gibt die standardmäßig durchgeführte Kontrolle des Hämoglobin-Wertes vor der Blutspende Auskunft: Ist der Wert zu niedrig, dürfen die Personen nicht spenden. „Durch die Kontrolle des Hämoglobin-Wertes vor der Blutspende können wir Menschen mit einem Eisenmangel rechtzeitig erkennen und sie vor möglichen Folgen schützen“, so Hackstein. „Ist der Wert zu niedrig, wird bereits vor Ort mit den Betroffenen über geeignete Maßnahmen zum Auffüllen des Eisenspeichers gesprochen. Erst, wenn diese Maßnahmen erfolgt sind, sollte ein erneuter Spendenversuch unternommen werden.“

Eisenmangel vorbeugen: Tipps für (potenziell) Spendende

Wer plant, Blut zu spenden, kann bereits im Vorfeld Maßnahmen ergreifen, um den eigenen Eisenhaushalt zu stabilisieren. Um einem Eisenmangel vorzubeugen, empfiehlt die DGTI eine eisenreiche Ernährung. Hierzu zählen Lebensmittel wie Hülsenfrüchte, Vollkornprodukte, Fleisch und grünes Gemüse. In einigen Fällen kann es auch sinnvoll sein, Eisenpräparate einzuneh-

men, um den Eisenverlust nach der Blutspende schnell auszugleichen. „Gerade wer regelmäßig Blut spendet, sollte darauf achten, ausreichend Eisen über die Nahrung aufzunehmen oder, in Einzelfällen nach ärztlicher Rücksprache entsprechende Nahrungsergänzungsmittel einzunehmen“, so Hackstein.

Nach einer Blutspende ist es wichtig, dem Körper die nötige Zeit zur Erholung zu geben. Zudem kann man seinen Körper bei der Aufnahme von Eisen unterstützen: „Vitamin-C-reiche Lebensmittel, wie Zitrusfrüchte oder Paprika helfen dabei, die Aufnahme von Eisen zu verbessern. Es kann also helfen, zu einer eisenreichen Mahlzeit eine Saftschorle oder ein Zitronenwasser zu sich zu nehmen und auf Kaffee, schwarzen Tee oder Rotwein zu verzichten. Mit der richtigen Ernährung und einer Erholungspause kann der Körper den Eisenverlust nach einer Blutspende effektiv ausgleichen“, erklärt Hackstein abschließend.

Pressemitteilung der Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie e. V. (DGTI) vom 04.11.2024

Auf einen Blick: Eisen und Blutspende

- Wer Blut spenden möchte, muss über ausreichende Eisenreserven verfügen. Außerdem müssen die allgemeinen Voraussetzungen für die Blutspende (ein Gewicht von mindestens 50 Kilogramm, mindestens 56 Tage Abstand zwischen den Vollblutspenden) erfüllt sein.
- Am Tag der Blutspende wird bei potenziell Spendenden der Hämoglobinwert (Hb-Wert) überprüft – ist dieser zu niedrig, darf kein Blut gespendet werden. Betroffene sollten sich dann an den Hausarzt oder die Hausärztin wenden.
- Eisenlieferanten sind Lebensmittel wie Hülsenfrüchte, Vollkornprodukte oder Fleisch. Die Eisenaufnahme kann durch Vitamin-C-reiche Lebensmittel unterstützt werden.
- Nach der Blutspende ist es wichtig, dem Körper genug Zeit zur Regeneration zu geben, um die Eisenspeicher wieder aufzufüllen.

Anzeige

COILS – FÜR MEHR LEBENSQUALITÄT IM ALLTAG.

Leiden Sie unter einem fortgeschrittenen Lungenemphysem?

Zählen auch Sie zu den Menschen, die besonders mit Atemnot zu kämpfen haben?

Geht es Ihnen trotz optimaler medizinischer Versorgung schlecht?

Dann könnte die **minimalinvasive Behandlung** mit Coils dazu beitragen, Ihre Lebensqualität, körperliche Belastbarkeit und Lungenfunktion zu verbessern.

Sprechen Sie mit Ihrem/Ihrer Lungenfacharzt/-ärztin über die Behandlungsmöglichkeiten zur Lungenvolumenreduktion.



Nach Lungentransplantation – ein Leben mit weiteren schweren Erkrankungen

Der Bericht eines Alpha 1- und COPD-Patienten

Meine Name ist Jürgen Frischmann, 62 Jahre alt. Im Frühjahr 2010 machte ich mich auf den weiten Weg von Wiesbaden zur Nordseeinsel Föhr, um dort in Utersum eine Lungen-Rehamaßnahme zu beginnen. Noch ahnte ich nichts von all dem, was in den kommenden Jahren auf mich zukommen und wie stark und wie oft sich mein Leben noch verändern würde.

Trotz Freizeitsport (regelmäßiges Schwimmen, Fahrrad fahren und Joggen) bekam ich ab 2010 schwerer Luft und auch im Alltag beim Treppensteigen kam ich schnell aus der Puste. Mein Pneumologe sah als Ursache meinen jahrelangen Zigarettenkonsums und versuchte mich, so gut es eben ging, medikamentös gegen die COPD-Symptome einzustellen.

Nach der Autofahrt zur Rehaklinik in Utersum kam ich mit akuter Lungenentzündung auf der Insel an und verbrachte die ersten vier Tage ersteinmal im Krankenhaus von Wyk. Nach meiner Rückkehr in die Rehaklinik stellten die Ärzte der Klinik, nach einer Blutentnahme bei mir einen Alpha-1-Antitrypsin-Mangel fest, welcher kurze Zeit später nach meiner Rückkehr durch das Alpha-1-Center der Mainzer Uniklinik bestätigt wurde.

Um das Voranschreiten meiner COPD – die zu diesem Zeitpunkt schon das Stadium IV erreicht hatte – einzudämmen, nahm ich von nun an bis heute regelmäßig am Lungensport teil, befolge konsequent meinen Medikamentenplan und informiere mich bei Informationsveranstaltungen von Ärzten und Selbsthilfegruppen über Neuerungen und mögliche Behandlungsmaßnahmen.

Wenngleich ich meine Lebensqualität dadurch ein wenig erhalten konnte, verschlechterte sich mein Zustand leider immer weiter, bis ich mich im Jahr 2016 dazu entschloss mich für eine Lungentransplantation listen zu lassen.

Meine ersten umfangreichen Untersuchungen für eine Listung fanden in der Mainzer Universitätsklinik statt und wurden danach im Uniklinikum Gießen weitergeführt, da in Mainz keine Transplantationen der Lunge mehr durchgeführt wurden.



Auf Vorschlag der Lungenärzte in Gießen stellte ich mich auch in der Thoraxklinik Heidelberg zu einer bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion mit Ventilen vor. Dadurch sollte versucht werden, mein schweres Emphysem (eine Überblähung der Lunge) reduziert werden. Nach weiteren für diese Behandlung nötigen Untersuchungen, sowie einem ausführlichen Beratungsgespräch bekam ich kurz darauf in der Thorax Klinik Heidelberg drei Ventile eingesetzt. Da sich selbst nach einem halben Jahr kein positiver Effekt einstellte, wurde diese Behandlung nicht weiter verfolgt. Die Ventile aber verblieben in meiner Lunge.

Im Jahr 2018 stellte ich mich erneut in der Uniklinik von Gießen vor und durchlief zum zweiten Mal die umfangreichen Untersuchungen, die für eine Listung zur Lungentransplantation erforderlich sind. Wenige Monate später erhielt ich endlich den ersehnten Brief, in dem ich erleichtert lesen konnte: „... wir haben Sie über das Transplantationszentrum Gießen

bei Eurotransplant zur Organtransplantation angemeldet ...“.

Die darauffolgenden zwei Jahre waren die mit Abstand schwierigsten, die ich seit dem Auftreten meiner Krankheit durchleben musste. Zwar nahm ich nach wie vor aktiv an sämtlichen Angeboten und Veranstaltungen der Selbsthilfegruppen teil und war als stellvertretender Vorsitzender der DPLA sehr engagiert, doch musste ich mich aufgrund der massiven gesundheitlichen Einschränkungen immer mehr aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen. Da ich inzwischen auf einen Rollator und immer mehr auch auf einen Elektro-Rollstuhl angewiesen war, konnte ich mich auch nicht mehr so frei bewegen wie zuvor und war verstärkt auf Hilfe angewiesen. Immer häufiger verbrachte ich aufgrund von massiver Atemnot Tage und Wochen im Krankenhaus, was mich letztendlich auch dazu zwang, meine Arbeitsstelle aufzugeben. Mein Bewegungsradius wurde immer kleiner und meine Aktivitäten wurden immer mehr eingeschränkt.

Mit jedem Krankenhausaufenthalt und mit jeder weiteren Verschlechterung meiner Krankheit schwand meine Lebensfreude ein Stück mehr, doch ich gab nicht auf. Wenngleich mir die Ausweglosigkeit meiner Situation bewusst war und ich das Ausgeliefertsein an diese Krankheit immer mehr spürte, nutzte ich jede Möglichkeit, um meine Situation zu verbessern und hörte nicht auf, darauf zu hoffen, dass dieser eine, alles verändernde Anruf doch noch kommen würde.

Am Abend des 10. Juni 2020 war es dann endlich soweit! Mein Telefon klingelte und kurz darauf befand ich mich auf dem Weg nach Gießen, wo direkt die OP-Vorbereitungen begannen. Angst und Freude wechselten sich ab, bis in die frühen Morgenstunden. Diese Nacht wird mir immer in Erinnerung bleiben! Bis endlich die lang ersehnte Operation begann. In den nächsten sieben Stunden entnahmen mir die Ärzte meine "alte" Lunge und pflanzten mir eine funktionsfähige Spenderlunge ein. Unvergesslich war der Moment, als ich aus der Narkose erwachte und das erste Mal bewusst mit "seiner" neuen Lunge atmete.

In den ersten beiden Tagen nach der Operation ging es mir verhältnismäßig gut, doch am dritten Tag zeigten sich die ersten Komplikationen: Wassereinlagerungen in den Füßen, Diabetes und eine Lungenembolie! Eine

Woche später hatte ich auch diese "Hürden" in das neue Leben soweit überstanden und durfte die Intensivstation verlassen. In den nächsten acht Wochen begann ich mit meiner langsamen Mobilisierung und den ersten Rehabilitationsmaßnahmen, die jedoch, aufgrund meines massiven Verlustes an Muskelmasse und Gewicht, noch sehr zögerlich verliefen.

Nach insgesamt 53 Tagen durfte ich das Krankenhaus verlassen und wieder nach Hause gehen und kam anschließend in die Rehaklinik.

In der Rehaklinik wurde bei mir eine Polyneuropathie festgestellt die mich bis heute beeinträchtigt. Dazu kam ein bedenklicher Anstieg der Nierenwerte und daher bin ich seit dem 18. Dezember 2020 Dialysepatient. Bis heute bin ich 3 mal in der Woche im Dialysezentrum, was sehr anstrengend ist und mich einschränkt.

Dem anfänglichen Diabetes – wohl durch die hohen Cortisongaben – bekam ich mit Sport in den Griff und ich musste seitdem kein Insulin spritzen.

Ein halbes Jahr nach der Transplantation wurde die Substitution gegen den Alpha-1-Mangel eingestellt, weil meine Lungenfunktionswerte zu gut waren. Bei weiteren Untersuchungen wurde dann eine Leberzirrhose bei mir diagnostiziert, die auf meine Grunderkrankung, den Alpha-1-Mangel zurückzuführen ist.

Der erhöhte Leberdruck führte zu Krampfadern in der Speiseröhre, die regelmäßig durch eine endoskopische Gummibandligatur im Rahmen einer Speiseröhrenspiegelung mit Gummibändern abgebunden werden.

Seit August habe ich zusätzlich Bauchwasser und dadurch einen Nabelbruch.

Nach 4 Jahren ziehe ich daher folgendes Fazit. Die COPD war nach der Transplantation nicht mehr vorhanden. Man ist nach einer Lungentransplantation aber nicht gesund. Man kämpft mit vielen Folgen und muss weiterhin engmaschige Kontrollen regelmäßig durchführen lassen. Außerdem muss man mit Disziplin sein Sportprogramm absolvieren und die vielen Medikamente sorgfältig einnehmen. Mein Lebenskampf geht weiter!

Jürgen Frischmann, Wiesbaden

Ein halbes Jahrhundert gegen Krebs:

Deutsche Krebshilfe begeht 50-jähriges Jubiläum



Am 25. September 1974 gründete Mildred Scheel, Ärztin und damalige First Lady der Bundesrepublik Deutschland, die Deutsche Krebshilfe. Ihr Ziel war es, die damals schlechte Versorgung der Betroffenen zu verbessern, neue Therapiemöglichkeiten zu finden und die Krankheit von ihrem gesellschaftlichen Tabu zu befreien. Seitdem hat sich die Deutsche Krebshilfe zu einer der bedeutendsten Organisationen der Krebsmedizin (Onkologie) in Deutschland entwickelt und zu bedeutenden Fortschritten und Erfolgen in der Patientenversorgung beigetragen. Doch nach wie vor sind die Herausforderungen groß. „Noch immer ist Krebs die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. 500.000 Menschen erkranken jedes Jahr neu daran. Die Deutsche Krebshilfe wird sich auch weiterhin den dringenden Fragen in der Krebsbekämpfung annehmen“, sagte Gerd Nettekoven, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krebshilfe, bei der Pressekonferenz zum Jubiläum der Organisation.

Aktuell können die Hälfte aller erwachsenen Patienten und 4 von 5 krebskranken Kindern und Jugendlichen geheilt werden. Auch viele Patienten, für die eine Heilung nicht mehr möglich ist, können heute noch lange bei guter Lebensqualität mit der Krankheit leben. „Das war zu Zeiten der Gründung der Deutschen Krebshilfe vor 50 Jahren noch vollkommen undenkbar“, so deren Präsidentin Anne-Sophie Mutter. „Damals kam die Diagnose Krebs in den meisten Fällen einem Todesurteil gleich. Auch der Umgang war ein völlig anderer. Krebs war ein Tabu, sogar Ärzte verschwiegen Betroffenen oft die Diagnose und Erkrankte wurden stigmatisiert.

Das hat sich zu großen Teilen positiv verändert – das ist wunderbar und ein großer Verdienst der Deutschen Krebshilfe.“

Auch die Rolle der Patientinnen und Patienten hat sich in den letzten 50 Jahren grundlegend geändert. Maria Haß, die sich seit vielen Jahren bei der Deutsche ILCO e.V. – Selbsthilfevereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs sowie deren Angehörige, im Nationalen Krebsplan des Bundesministeriums für Gesundheit und im Fachausschuss Krebs-Selbsthilfe/Patientenbeirat der Deutschen Krebshilfe engagiert, fasste zusammen: „Mussten die Betroffenen früher alles still über sich ergehen lassen, sind sie heute an vielen Prozessen mit beteiligt. Das geht von Entscheidungen über den eigenen Therapiepfad, über den Austausch in der Krebs-Selbsthilfe bis hin zur Mitgestaltung gesundheits- und forschungspolitischer Prozesse und Initiativen. Hier stehen wir zwar noch ziemlich am Anfang – aber die Stimme der Patienten ist auch Dank der Deutschen Krebshilfe nicht mehr zu überhören.“

Krebsforschung auf höchstem Niveau

„Die Deutsche Krebshilfe ist der größte private Drittmittelgeber für die Krebsbekämpfung, einschließlich der -forschung, in Deutschland“, so Nettekoven. „Mit ihren vielen Projekten und Initiativen hat sie in den vergangenen 50 Jahren in höchstem Maße dazu beigetragen, dass in Deutschland auf fast allen Gebieten der Krebsmedizin erhebliche Fortschritte erzielt werden konnten und war maßgeblich an der Entwicklung neuer Therapieverfahren und Versorgungsstrukturen beteiligt.“ Professor Dr.

Thomas Seufferlein, Ärztlicher Direktor der Klinik für Innere Medizin I des Universitätsklinikums Ulm und Vorsitzender des Beirats sowie des Fachausschusses „Krebsprävention und -früherkennung“ der Deutschen Krebshilfe, ergänzte aus Sicht der Behandelnden: „Die Deutsche Krebshilfe hat für die Krebsmedizin in Deutschland Außerordentliches geleistet. Ganz viele Themen hat sie zuerst aufgeworfen und gesteuert. Ohne ihre Arbeit wären wir nicht da, wo wir heute sind.“

Mit ihrem Programm zur flächendeckenden Einrichtung und Förderung von zertifizierten Krebszentren (CCCs) hat die Deutsche Krebshilfe beispielsweise das Fundament für eine flächendeckende und zukunftsorientierte Patientenversorgung auf höchstem Niveau sowie Strukturen für die Entwicklung von Innovationen in der Onkologie geschaffen. Mittlerweile werden *jedes Jahr* rund *250.000 Patienten an 26 universitären Standorten* in insgesamt 14 dieser Krebs-Spitzenzentren *behandelt*. „Durch die Initiierung der CCCs in Deutschland haben wir eine riesige Veränderung beobachten können. Dieser Impuls der Deutschen Krebshilfe hat die gesamte Versorgungslandschaft verbessert“, betonte Professorin Dr. Angelika Eggert, Direktorin der Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Onkologie und Hämatologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Herausforderungen der Zukunft

„Trotz dieser Erfolge liegt noch ein weiter Weg vor uns. Noch immer können wir jeden zweiten Betroffenen nicht heilen und es gibt nach wie vor Krebsarten, denen wir machtlos gegenüberstehen“, so Nettekoven. „Die Förderung der Krebsforschung wird daher ein wichtiges Handlungsfeld der Deutschen Krebshilfe bleiben.“ Auch die bessere Vernetzung der CCCs mit anderen Krebszentren sieht die Deutsche Krebshilfe als ihre Aufgabe an, damit auch Patientinnen und Patienten außerhalb der Spitzenzentren rasch von Innovationen profitieren. Außerdem stelle sich die Organisation den drängenden Fragen unserer Zeit: Wie wird die Künstliche Intelligenz die Behandlung von Krebs verändern? Wie wirken wir dem Fachkräftemangel im Pflegebereich entgegen? Wie kann der wissenschaftliche Nachwuchs gestärkt werden, um in der Forschung konkurrenzfähig zu bleiben? Und welche besondere Unterstützung benötigen Krebs-Langzeitüberlebende?

Auch die Krebsvorsorge und -vorbeugung und die umfassend vernetzten Krebszentren haben weiterhin einen sehr hohen Stellenwert. „Wir wissen, dass durch einen gesunden Lebensstil 40 Prozent aller Krebserkrankungen heute bereits vermeidbar wären. Dieses große

Potenzial müssen wir in Zukunft viel stärker nutzen und dürfen nicht ausschließlich die Verbesserung der Krebsbehandlung im Blick haben“, erklärte Nettekoven.

Dank an die Spender

Die Deutsche Krebshilfe finanziert *alle ihre Aktivitäten* zur Krebsbekämpfung *ausschließlich aus Spenden und freiwilligen Zuwendungen der Bevölkerung*. Anne-Sophie Mutter: „Unsere Spenderinnen und Spender haben in den vergangenen 50 Jahren in überwältigendem Maße dazu beigetragen, dass die Deutsche Krebshilfe die Versorgung krebskranker Menschen in Deutschland stetig verbessern konnte. Dafür möchten wir ihnen im Namen der vielen Krebspatientinnen und -patienten in unserem Land unseren tiefsten Dank aussprechen.“

Quelle:

Pressemitteilung der Deutschen Krebshilfe vom 24.09.2024

Hintergrund

Die Deutsche Krebshilfe wurde am 25. September 1974 von Dr. Mildred Scheel gegründet. Ziel der gemeinnützigen Organisation ist es, Krebserkrankungen in all ihren Erscheinungsformen zu bekämpfen. Unter dem Motto „Helfen. Forschen. Informieren.“ fördert die Stiftung Deutsche Krebshilfe Projekte und Initiativen zur Verbesserung der Prävention, Früherkennung, Diagnose, Therapie, medizinischen Nachsorge und psychosozialen Versorgung, einschließlich der Krebs-Selbsthilfe. Ihre Aufgaben erstrecken sich darüber hinaus auf forschungs- und gesundheitspolitische Aktivitäten. Sie ist Mitinitiator des 'Nationalen Krebsplans' sowie Partner der „Nationalen Dekade gegen Krebs“. Die Deutsche Krebshilfe ist der *größte private Geldgeber* auf dem Gebiet der Krebsbekämpfung – unter anderem der Krebsforschung – in Deutschland. Sie finanziert ihre gesamten Aktivitäten ausschließlich aus Spenden und freiwilligen Zuwendungen der Bevölkerung.

Weitere Infos: www.krebshilfe.de



Therapie mit „Abnehmspritzen“ alleine reicht nicht

Warum moderne Medikamente nicht die individuelle Diabetesberatung ersetzen



Foto: AdobeStock/Sina Etmer

GLP-1-Rezeptor-Agonisten (GLP-1-RA), bekannt als sogenannte „Abnehmspritzen“, helfen schätzungsweise bis zu 850 000 Menschen mit Diabetes Typ 2 in Deutschland, ihr Gewicht zu reduzieren und den Blutzucker besser zu kontrollieren. Doch trotz ihres Rufes als „Wundermittel“ ist eine individuelle Diabetesberatung nach wie vor unverzichtbar, betont der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e. V. (VDBD). Nur allein mit Medikamenten lassen sich ein Diabetes Typ 2 und mögliche Folgeerkrankungen nicht ausreichend und nachhaltig behandeln. Hierfür sei eine strukturierte Versorgung sinnvoll, die auch Aspekte wie Bewegung und Ernährung beinhaltet.

GLP-1-RA, die als Spritzen verabreicht werden, unterstützen den Körper dabei, den Blutzuckerspiegel zu regulieren und gleichzeitig den Appetit zu zügeln. „Diese Medikamente wirken nicht nur auf den Zuckerstoffwechsel, sondern auch auf das Gewicht und bewirken eine Reduktion von kardiovaskulären Kom-

plikationen bei Menschen mit Diabetes Typ 2“, erklärt **Professorin Dr. med. Julia Szendrödi**, Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie an der Universitätsklinik Heidelberg. Dennoch habe diese Therapie ihre Grenzen, betont sie. Ohne eine *Lebensstilanpassung*, wie *Ernährungsumstellungen* und *Bewegung*, könne das volle Potenzial der Medikamente nicht ausgeschöpft werden.

Ganzheitlichen Betreuung bei Diabetes notwendig

Eine erfolgreiche Diabetesbehandlung setzt weit mehr voraus als die reine Einnahme von Medikamenten. Untersuchungen zeigen, dass Patientinnen und Patienten, die *zusätzlich* zur medikamentösen Therapie eine *intensive Schulung und Beratung* durch Diabetesberaterinnen und -berater erhalten, langfristig bessere Behandlungserfolge erzielen. „Wir dürfen nicht vergessen, dass Diabetes eine komplexe Krankheit ist, die den ganzen Körper betrifft. Eine regelmäßige Kon-

trolle und individuelle Anpassung der Behandlung sind deshalb entscheidend“, sagt Vorstandsmitglied vom Verband der Diabetes-Berater **Dr. Lars Hecht** aus Oldenburg. Auch auf psychosoziale Faktoren, wie *Stress* oder der Zugang zu *gesunden Lebensmitteln*, müsse in der Behandlung eingegangen werden.

Besonders wichtig sei es, die Patientinnen und Patienten im Blick zu behalten, *wenn* sie eine *Kombination aus Medikamenten* zu sich nehmen. Werden GLP-1-RA beispielsweise mit Insulin kombiniert, muss die Therapie angepasst werden um *Unterzuckerungen* zu vermeiden. Zudem müssen weiterhin regelmäßige Untersuchungen zur Überwachung von *Blutdruck*, *Cholesterspiegel* und *Nierenfunktion* stattfinden. „Nur so können kardiovaskuläre Komplikationen, die bei Menschen mit Diabetes häufig auftreten, verhindert werden“, erläutert Szendrödi.

Therapietreue ist entscheidend – Aber viele Patienten brechen ab

Die Diabetologin Professorin Szendrödi betont, dass viele Menschen die medikamentöse Behandlung mit GLP-1-RA nach wenigen Monaten abbrechen. „Die Gründe dafür sind vielfältig – vermutlich spielt eine überhöhte Erwartung an die Effekte eine Rolle – insbesondere den Gewichtsverlust – oder dass für sie *unerwartete Nebenwirkungen* eintreten. Therapietreue ist hier entscheidend: Die besten Medikamente nüt-

zen nichts, wenn die Patientinnen und Patienten sie nicht konsequent anwenden oder einnehmen“, erklärt Szendrödi. „Deshalb ist es wichtig, sie eng zu begleiten, ihre Erwartungen realistisch zu gestalten und ihnen zu helfen, mögliche Nebenwirkungen besser zu verstehen.“ Menschen, die gut in die Therapie eingebunden sind, leiden weniger häufig an Folgeerkrankungen und müssen seltener ins Krankenhaus.

Therapieerfolg durch Kombination aus Medikamenten und Beratung

GLP-1-Rezeptor-Agonisten bieten große Chancen bei der Behandlung von Diabetes, doch sie sind kein Ersatz für eine *umfassende Beratung und Betreuung*. Hecht fasst zusammen: „Die „Abnehmspritze“ ist ein wichtiger Fortschritt, aber sie ersetzt nicht die individuelle Beratung. Wir müssen den Menschen helfen, *ihre Krankheit zu verstehen* und ihnen zeigen, wie sie mit Diabetes gut leben können – nur so lässt sich die Therapie langfristig erfolgreich gestalten.“ Dabei helfen strukturierte Schulungen durch Diabetesberaterinnen und -berater, die auch eine gemeinsame Entscheidungsfindung und das Umfeld der Patientinnen und Patienten berücksichtigen.

Quelle:

Pressemitteilung vom Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e. V. (VDBD) vom 12.11.2024



SP Medienservice

Verlag, Druck & Werbung

Wir sind seit über 30 Jahren als Verlag und Werbeagentur tätig und haben uns auf die Produktion von Mitglieder- und Verbandszeitschriften spezialisiert.

Wir übernehmen modular oder vollständig die Realisierung Ihres Magazins – von Design, Druckproduktion, Direkt-Versand und Refinanzierung über Anzeigen bis hin zu Rechnungsstellung und Mahnwesen.

Bitte sprechen Sie uns an, damit wir Sie beraten können, wie wir Ihr individuelles Projekt gemeinsam realisieren.

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



Kein Geld, keine Kooperationen, volle Transparenz:

Lungenärzte veröffentlichen neuen Kodex zum Umgang mit der Tabakindustrie

Es gibt neue Handlungsempfehlungen für wissenschaftliche Fachgesellschaften zum Umgang mit der Tabak- und Nikotinindustrie. Ein jetzt veröffentlichtes Positionspapier von 16 Medizingesellschaften und Gesundheitsinstitutionen skizziert unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), wie dem starken Einfluss der "Tabaklobby" begegnet werden kann, um die Unabhängigkeit zu wahren. Schon vor mehr als 70 Jahren hat die Tabakindustrie damit begonnen, Einfluss auf die Politik, das Gesundheitswesen und die Gesellschaft zu nehmen. In einem Rahmenabkommen fordert die Weltgesundheitsorganisation WHO die Vertragsstaaten deswegen dazu auf, diesen Einfluss weiter zu minimieren. „Dieser Aufforderung sind wir gefolgt und haben jetzt mit anderen medizinischen Fachgesellschaften regulatorische Empfehlungen zum Umgang mit der Tabakindustrie formuliert“, erklärt Koordinator Professor Stefan Andreas, Sprecher der DGP-Sektion Tabakprävention und Gesundheitsfürsorge sowie Chefarzt der Lungenfachklinik Immenhausen.

Die DGP engagiert sich seit Jahrzehnten in der Tabakkontrollpolitik. So beobachten die Lungenfachärzte in Deutschland und anderen Ländern den *stark zunehmenden E-Zigarettenkonsum* bei Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen mit großer Sorge. „Die neuen Nikotinprodukte fordern das Gesundheitssystem in vielfältiger Weise heraus“, ist Stefan Andreas überzeugt.

Aktuell finanziert die Tabak- und Nikotinindustrie beispielsweise Studien zu E-Zigaretten und beschönigt gezielt die schädlichen Auswirkungen von regelmäßigem Tabakkonsum, obwohl wissenschaftlich erwiesen sei, dass dies süchtig sowie krank mache und auch soziale Missstände wie Armut begünstigen könne.

Gemeinsam habe man sich daher auf die folgenden **Grundprinzipien** verständigt: Die beteiligten Fachgesellschaften

- lehnen Geld- oder Sachzuwendungen der Tabakindustrie (einschließlich Hersteller und Vertreiber von E-Zigaretten, Tabakerhitzer und Nikotin-Pouches) ab,
- kooperieren nicht mit Personen und Organisationen, die von der Tabakindustrie gefördert werden oder deren Interessen fördern,



Präsident der Lungenfachärzte, Professor Wolfram Windisch (links, privat), und Professor Stefan Andreas, Sprecher der DGP-Sektion Tabakprävention und Gesundheitsfürsorge

- verlangen die Offenlegung von Beziehungen zu Tabakunternehmen.

Den aktuellen Strategien der Tabakindustrie effektiv begegnen

Dabei stellen sich die Medizingesellschaften und Gesundheitsinstitutionen bewusst *gegen die Einflussnahme* vor dem Hintergrund aktueller Strategien: Dazu zählt zum Beispiel, dass Tabakunternehmen die Grenze zu kommerziellen Tabak- oder Nikotinerzeugnissen verwischen – eine sogenannte „Pharmazeutisierung“. Eine weitere Strategie ist etwa, vermeintlich weniger schädliche neue Produkte auf den Markt zu bringen und Studien zu deren Auswirkungen zu fördern. Eine Meta-Studie zeigt, dass durch die Tabakindustrie geförderte Studien über E-Zigaretten wesentlich seltener potenziell schädliche Effekte und Substanzen vorweisen als solche Studien, die nicht gefördert wurden. „Mit unserem gemeinsam erarbeiteten Kodex möchten wir diesen Strategien effektiv begegnen. Er leistet einen wichtigen Beitrag dazu, die Wissenschaft vor Einflussnahme durch die Tabakindustrie besser zu schützen“, betont deshalb auch DGP-Präsident Prof. Wolfram Windisch. „Die Einflussnahme der Tabakindustrie darf uns als Ärzten nicht egal sein!“

Quelle:

Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. vom 7. 11. 2024

Mit COPD leben: Gut durch die Erkältungszeit



Die kalte Jahreszeit bringt nicht nur festliche Stimmung mit sich, sondern auch ein erhöhtes Risiko für Erkältungen und Atemwegsinfektionen. Diese können bei Menschen mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) zu einer Verschlechterung der Symptome, z. B. Atemnot und Husten mit Auswurf, führen. Hält eine solche Verschlechterung an, spricht man von einem COPD-Schub (Exazerbation). Betroffene sollten daher besonders gut auf sich achten und Krankheitsschübe möglichst verhindern.

Das weiß auch Lungenfacharzt Prof. Dr. Timm Greulich aus Marburg: „Exazerbationen verschlechtern den gesamten Verlauf der Erkrankung. Deswegen ist es so wichtig, diese ernst zu nehmen und sich drum zu kümmern, dass sie gar nicht erst auftreten“. Eine unerlässliche Maßnahme ist es, Kontrolltermine beim Lungenfacharzt oder der Lungenfachärztin einzuhalten. Regelmäßige ärztliche Untersuchungen helfen dabei, den Krankheitsverlauf im Auge zu behalten und frühzeitig auf Veränderungen reagieren zu können. Bei akuten oder anhaltenden Verschlechterungen, beispielsweise bedingt durch einen Infekt, sollten Betroffene umgehend eine Lungenfacharztpraxis aufsuchen.

Weitere Informationen und praktische Alltagstipps gibt es unter:

www.mit-copd-leben.de



3 Tipps zur Vorbeugung von Infekten

Neben der regelmäßigen ärztlichen Kontrolle können Menschen mit COPD auch selbst aktiv werden, um das Risiko einer Ansteckung zu verringern:

1. Hygiene beachten: Regelmäßiges Händewaschen trägt dazu bei, Ansteckungen vorzubeugen. Außerdem kann das Tragen eines Mund-Nasenschutzes helfen, das Ansteckungsrisiko zu minimieren, z. B. in öffentlichen Verkehrsmitteln.
2. Gesund leben: Eine ausgewogene Ernährung, moderate Bewegung und ausreichend Schlaf unterstützen das Immunsystem.
3. Impfstatus überprüfen: Die Grippeimpfung und die Impfung gegen Pneumokokken können das Risiko für einen schweren Verlauf senken.

Neue Behandlungsmöglichkeiten bei unkontrollierter COPD

Wer trotz intensiver Behandlung unter Symptomen wie Husten (mit Auswurf) oder Atemnot leidet, sollte seinen Lungenfacharzt oder seine Lungenfachärztin gezielt nach weiteren Behandlungsmöglichkeiten fragen.

Es gibt inzwischen neue Erkenntnisse über die Entzündung, die der COPD zugrunde liegen kann. Dies hat zur Entwicklung zielgerichteter Medikamente geführt, sodass Betroffenen heute eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten und Medikamenten, z. B. ein Biologikum, zur Verfügung stehen. Aufschluss über geeignete Therapieformen kann u. a. eine Blutuntersuchung geben, bei der die sogenannten EOS-Werte (Eosinophile) bestimmt werden.

Neue Erkenntnisse zu Mikroplastik im Körper

und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen



Mikroplastik ist allgegenwärtig und an vielen Stellen im menschlichen Körper nachweisbar: So wurden die winzigen Plastikpartikel bereits in Darm, Leber, Nieren, der Plazenta und dem Gehirn gefunden. Erste Studien stärken den Verdacht, dass Mikroplastik im Körper eine schädliche Wirkung entfalten könnte, wenn zusätzlich eine Vorerkrankung vorliegt. Welche konkreten Erkenntnisse zu den Auswirkungen von Mikroplastik in den Verdauungsorganen es bereits gibt und warum ihre Auswirkungen so schwer zu erforschen ist, erläutern Experten der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS).

Wir atmen es ein, nehmen es mit unserer Nahrung auf und trinken es: Täglich kommen wir mit in Plastik verpackten Lebensmitteln in Berührung oder nutzen Kunststoff-Produkte wie Plastiktrinkflaschen oder Brotdosen. „Winzige Teilchen dieser Produkte finden als Mikroplastik ihren Weg in unseren Körper“, sagt **Professor Dr. med. Birgit Terjung**, Ärztliche Direktorin der GFO Kliniken Bonn und Mediensprecherin

ihrer Medizinischen Fachgesellschaft (DGVS). Während bereits gut erforscht ist, dass die winzigen Plastikteilchen in nahezu jedem Organismus vorhanden sind, lassen sich gesundheitliche Folgen nur schwer nachweisen. „Die ungeheure Vielfalt der Kunststoffe lässt sich im Labor nicht abbilden, ebenso fehlt es an den für Studien notwendigen Vergleichspersonen, die überhaupt keine Mikroplastik-Belastung aufweisen“, erläutert Terjung das Dilemma, vor dem die Forschung steht. Experimente können die Realität auch deshalb nur schwer abbilden, weil mögliche Gesundheitsschäden nicht durch eine akute „Vergiftung“ oder Erkrankung verursacht werden, sondern dadurch, dass die Plastikteilchen sich im Körper über Jahre und Jahrzehnte hinweg langsam anreichern.

Bis in die kleinste Zelle

Trotz dieser Hürden weisen mittlerweile zahlreiche Studien die Wege und Auswirkungen von Mikroplastik im menschlichen Körper nach. Sie zeigen: Mikroplastik ist ein gesundheitsrelevanter Faktor. Die Teilchen gelangen über die Lunge und den Verdauungstrakt in den Blutkreislauf und von dort



weiter in einzelne Zellen und Gewebe im gesamten Körper. Je kleiner die Plastikteilchen sind, desto tiefer dringen sie in den Organismus ein. In Untersuchungen fanden Forscher*innen *Mikroplastik* bereits im *Darm*, der *Leber*, den *Nieren*, der *Plazenta* und auch im *Gehirn*.

Eine aktuelle Studie hat die Partikel auch in arteriosklerotischen Plaques nachgewiesen und sie mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Komplikationen in Verbindung gebracht. „Neben der Größe könnte auch die Art des Kunststoffs entscheidend dafür sein, in welchem Umfang die Partikel aufgenommen werden und welche Wirkungen sie im Organismus entfalten“, erläutert **Professor Dr. med. Samuel Huber**, Klinikdirektor und Leiter der molekularen Gastroenterologie und Immunologie am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf. So deuten erste tierexperimentelle Versuche darauf hin, dass Plastikteilchen, die in freier Natur gealtert und daher mit organischen Molekülen beschichtet sind, die Darmwand leichter passieren und leichter in Zellen eindringen können.

Fördert Mikroplastik Entzündungen?

Zu den Zellen, die die winzigen Plastikteilchen besonders bereitwillig aufnehmen, zählen die Makrophagen, also die „Fresszellen“ des Immunsystems, die eigentlich Erreger wie Bakterien vernichten. Diese können aufgenommene Plastikteilchen nicht verstoffwechseln. Zellkulturexperimente lassen jedoch vermuten, dass Makrophagen unter dem Einfluss von bestimmten Pla-

stikteilchen mehr entzündungsfördernde Immunbotenstoffe produzieren könnten. Des Weiteren deuten erste Untersuchungen an kleinen Patientengruppen darauf hin, dass sowohl bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen als auch bei der Leberfibrose mehr von ihnen im geschädigten Organ vorhanden sein könnten als im gesunden Gewebe. „Allerdings ist in diesen Fällen bislang nicht klar, ob geschädigtes Gewebe mehr Mikroplastik aufnimmt oder die Schädigung Ergebnis einer bereits vorhandenen Mikroplastik-Belastung ist. Um diese Frage zu klären, sind Studien mit größeren Patientengruppen erforderlich“, so Huber.

Trotz der noch nicht völlig klaren Studienlage gibt es zunehmend Hinweise, dass Mikroplastik sich im Körper keineswegs so passiv verhält, wie die Langlebigkeit der Materialien hoffen lassen könnte. „Zum Schutz des Menschen und der Umwelt ist es daher notwendig, einerseits die Belastung durch Mikroplastik deutlich zu verringern und andererseits die Forschung zu diesem Bereich auszuweiten“, sagt Professorin Terjung. Neben den Verbraucher*innen seien vor allem Politik und Industrie gefordert, einerseits der oft unnötigen Verwendung von Plastik Einhalt zu gebieten und die Recyclingquote zu erhöhen und andererseits neue Materialien zu entwickeln, die für Mensch und Tier nachweislich auch langfristig unschädlich seien.

Pressemitteilung der Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) vom 25.07.2024

Digitaler Augenstress - Gleitsichtbrille schuld?

Gleitsichtbrille und Blinzelstarre können Kopfschmerz auslösen



Kopfschmerzen können auch von den Augen ausgehen. „Vor dem Hintergrund der allgemein zunehmenden Bildschirmnutzung ist das mittlerweile sogar häufig der Fall“, erläuterte Professor Dr. med. Wolf Lagrèze von der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e.V. (DOG). Der DOG-Experte erläutert, was gegen das sogenannte Computer Vision Syndrom hilft, warum die Gleitsichtbrille am Rechner nicht immer eine gute Idee ist und welche weiteren Augenprobleme Kopfschmerzen triggern.

Der intensive Gebrauch digitaler Bildschirmgeräte stellt unsere Augen vor neue Herausforderungen – längere Computernutzung kann beispielsweise das *Computer Vision Syndrom (CVS)* auslösen. „Studien weisen darauf hin, dass jeder Zweite, der Computer und Smartphones intensiv nutzt, unter CVS leidet“, sagte Lagrèze, der als Leiter der Sektion Neuroophthalmologie, Kinderophthalmologie und Schielbehandlung an der Universitätsaugenklinik Freiburg tätig ist. Zu den Leitsymptomen des CVS zählen auch *Kopfschmerzen* und *Augenbrennen*, die von *chronischer Fehlhaltung* und *gereizten Augen* herrühren.

Bewusste Lidschläge und regelmäßiges Lüften

„Wir steuern am Computer mit der Maus den Cursor“, erläutert der Freiburger Augenarzt. „Damit wir die Bewegungen gut koordinieren können, sinkt unbewusst die Blinzelhäufigkeit.“ Das Resultat: Die Augen werden nicht mehr gut mit *Tränenflüssigkeit* befeuchtet, der Tränenfilm wird instabil und die Augen beginnen zu brennen. „Mit der Zeit wird es manchmal ein Schmerz in Richtung Kopf“, sagt Lagrèze. Er empfiehlt, am Rechner öfter Pausen einzulegen, alle paar Minuten in die Ferne zu schauen und bewusst zu blinzeln oder gar die Augen für ein paar Sekunden zu schließen. „Wohltuend für die Augen ist es auch, weniger zu heizen und regelmäßig zu lüften, um die Luft feuchter zu halten“, so der Experte.

Gleitsichtbrille fördert Fehlhaltungen

Wer sich dem 50. Lebensjahr nähert und feststellt, dass sich Kopfschmerzen vor dem Computer einstellen, sollte zuerst an eine *Alterssichtigkeit* denken, die das Sehen im Nahbereich erschwert und dadurch zu *Ermüdung* und *Druckgefühl* im Kopf führt. „Eine Nahbrille schafft Abhilfe, aber dieser Schritt wird oft hinausgezögert“, weiß Lagrèze. Eine Gleitsichtbrille

mit Nachteil hilft ebenfalls gegen Alterssichtigkeit, kann zugleich aber auch wieder Kopfweh triggern. „Denn wir sitzen wie eingefroren und bewegen den Kopf und die Wirbelsäule nicht mehr, um mit der Gleitsichtbrille die beste Schärfe auf dem Bildschirm festzuhalten“, erklärte Lagrèze. Das führt zu Fehlhaltungen, die Kopfschmerzen begünstigen. „Die Lösung ist, sich eine extra *Computerbrille* anfertigen zu lassen, etwa als *monofokale Brille für ungefähr 80 Zentimeter Sehentfernung*“, so der Experte.

Falsche Sehhilfen triggern Kopfweh

Überhaupt stellen Fehlsichtigkeiten einen häufigen Grund für augenbedingte Kopfschmerzen dar. „Sind Kurz- oder Weitsichtigkeit nicht erkannt oder korrigiert, überanstrengen wir unsere Augen“, erläutert Lagrèze. „Als Reaktion setzen abends Kopfschmerzen ein.“ Das gilt auch für den Fall, dass Brille oder Kontaktlinsen nicht die richtige Stärke besitzen oder ein *„verstecktes“ Schielen* vorliegt, das durch verstärkte Augenmuskulararbeit kompensiert wird. „Mit Sehtests und Augenuntersuchungen finden wir die Ursache

und passen die Sehhilfen korrekt an“, so Lagrèze. Die Kopfschmerzen verschwinden dann meist.

Augenleiden als Auslöser

Darüber hinaus können hinter Kopfschmerzen auch Augenerkrankungen stecken, die etwa von der Hornhaut, der Bindehaut, der Augenhöhle oder Leder- und Regenbogenhaut herrühren – *im Extremfall* sind starke Kopfschmerzen die Folge eines akuten *Glaukom-Anfalls*, eines *augenärztlichen Notfalls*, oder einer *Riesenzellarteriitis*. „Solche Augenleiden sind jedoch insgesamt eher selten der Auslöser für Kopfweh“, beruhigt Lagrèze. Viel häufiger handle es sich mit über 90 Prozent aller Fälle um Spannungskopfschmerz oder Migräne. „Es ist aber in jedem Fall ratsam, bei chronischen Kopfschmerzen einmal auch die Augenärztin oder den Augenarzt aufzusuchen“, so seine Empfehlung.

Quelle:

Pressemitteilung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e.V. (DOG) vom 25.11.2024

Anzeige

KREBS + HILFE = Deutsche Krebshilfe

Sei **DAS PLUS** im Kampf gegen den Krebs!
Jede Unterstützung hilft.

Anne-Sophie Mutter
Präsidentin der
Deutschen Krebshilfe

50 Jahre
Deutsche Krebshilfe
HELLEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

Seit 50 Jahren stehen wir krebskranken Menschen und ihren Angehörigen zur Seite und bringen die Krebsforschung voran.
Hilf uns dabei – mit deiner Spende!
www.krebshilfe.de/plus

Patientenleitlinie zur S3-Leitlinie

COVID-19: Was ist für Betroffene wichtig zu wissen?



Foto: AdobeStock/ymgerman

Nach einer COVID-19 Erkrankung

Nach einer COVID-19 Erkrankung im Krankenhaus (stationäre Behandlung) kann es sein, dass sich manche Symptome nicht abschwächen, obwohl die Erkrankung eigentlich vorüber ist. Die Experten raten deshalb, dass bei stationär behandelten Patienten eine Nachuntersuchung zu Langzeitfolgen durchgeführt werden sollte. Diese sollte 8 bis 12 Wochen nach der Erkrankung erfolgen. So kann überprüft werden, ob bei Ihnen vielleicht das sogenannte Post-COVID-19 Syndrom vorliegt. Nähere Informationen dazu finden Sie in diesem Kapitel.

Wie viele Personen nach einer COVID-19 Erkrankung an Long-/Post-COVID-19 leiden, ist unklar. Es gibt noch keine großen, verlässlichen Studien, die dies untersuchen. In kleineren Studien und Untersuchungen wird häufig von Anzahlen zwischen 3 von 100 und 15 von 100 Personen gesprochen. Allerdings werden diese Ergebnisse durch andere Dinge beeinflusst und liefern keine genaue Angabe.

Was ist Long-Covid und was ist das Post-COVID-19 Syndrom?

Long-Covid und Post-COVID-19 beschreiben Beschwerden, die nach der Erkrankung noch auftreten. Dabei können sie unabhängig von der Stärke der Erkrankung auftreten. Der Unterschied zwischen Long-Covid und Post-COVID-19 ist die Dauer der Beschwerden:

- **Long-Covid** beschreibt Beschwerden, die ab 4 Wochen nach Ansteckung bestehen
- **Post-COVID-19** beschreibt Beschwerden, die ab der 12. Woche nach Ansteckung bestehen

Long-/Post-COVID-19 zeigen sich häufig als Schäden an Lunge oder Herz. Die Experten erläutern, dass die jeweiligen Schäden entsprechend untersucht und behandelt werden. Dafür gibt es separate Behandlungsleitlinien.

Neben den Herz- und Lungenschäden zeigt sich Long-/Post-COVID-19 jedoch auch als **Fatigue-Syndrom**. Bei einer Fatigue spüren Sie eine übermäßige Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Niedergeschlagenheit. Auch sind

Sie schnell erschöpft und nicht lange belastbar. Vergesslichkeit und Konzentrationslosigkeit sind ebenfalls Anzeichen von Long-/Post-COVID-19.

Patienten mit Long-/Post-COVID-19 sind oft nur mit Mühe oder gar nicht in der Lage, am Alltag teilzunehmen. Deshalb werden aktuell Rehabilitationsprogramme für Personen mit Post-COVID-19 Syndrom entwickelt.

Weitere Informationen:

Die Patientenleitlinie „Long/Post-COVID-Syndrom“ für Betroffene, Angehörige, nahestehende und pflegende Personen“, greift viele Informationen zu diesem Krankheitsbild auf. Dort finden Sie typische Anzeichen und ihre Behandlungsmöglichkeiten. Sie finden die Patientenleitlinie, sowie die dazugehörige Behandlungsleitlinie, hier:

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-027>

Rehabilitation

Wie es Ihnen nach der Erkrankung geht, ist von Person zu Person sehr unterschiedlich. Gerade bei schweren und kritischen Verläufen gibt es große Unterschiede. Manchmal ist eine Rehabilitationsmaßnahme (Reha) sinnvoll. Diese kann Sie dabei unterstützen, mögliche Folgen der COVID-19 Erkrankung zu bewältigen.

Rehabilitation im medizinischen Kontext bedeutet, dass man nach einer Krankheit oder Verletzung Unterstützung bekommt, um sich wieder zu erholen. Das Ziel ist, dass man wieder so gut wie möglich selbständig leben kann. Rehabilitationsmaßnahmen können viele Dinge beinhalten, wie Physiotherapie, Ergotherapie oder Gesprächstherapie. Dabei helfen Ärzte, Therapeuten und andere Fachleute.

Es gibt sowohl *ambulante Rehabilitationen* als auch *stationäre Rehabilitationen*. Bei ambulanten Rehabilitationen gehen Sie am Ende des Tages wieder nach Hause. Bei stationären Rehabilitationen haben Sie einen längeren Klinikaufenthalt, meist zwischen 3 bis 6 Wochen. Ob Sie eine ambulante oder stationäre Rehabilitation machen, hängt von verschiedenen Punkten ab:

- Ihren persönlichen und individuellen Wünschen
- Verfügbarkeit ambulanter Rehabilitationen in Ihrem Umfeld
- Gesundheitszustand nach der Krankenhausbehandlung.

Wenn möglich, beginnen Rehabilitationsmaßnahmen schon während des Krankenhausaufenthalts. Besonders

in großen Kliniken wird die Rehabilitation schon im Krankenhaus gestartet. Diese werden dann in Reha-Kliniken (ambulant oder stationär) weitergeführt. Je nach Erkrankungsanzeichen können verschiedene Rehabilitationsprogramme durchgeführt werden. Häufig überwiegen Störungen der Lunge, des Nervensystems oder des Herzens. Dann kann eine pulmologische (die Lunge betreffend), eine neurologische (das Nervensystem betreffend), oder kardiale (das Herz betreffend) Rehabilitationsmaßnahme begonnen werden.

Um eine Rehabilitationsmaßnahme zu beginnen, sollten Sie seit mindestens 2 Tagen keine akuten COVID-19 Anzeichen haben. Auch Ihr Kreislauf und Ihre Atmung sollten stabil sein. Eine Rückverlegung auf die Akutstation sollte nicht mehr zu erwarten sein.

Mehr Informationen

Auf den Seiten der Deutschen Rentenversicherung finden Sie weitere Informationen zu Reha-Maßnahmen: www.deutsche-rentenversicherung.de

Dort können Sie auch eine Reha beantragen. Sie finden auf den Seiten ebenfalls Anlaufstellen zur Beratung, an die Sie sich wenden können.

Auf dieser Seite finden Sie insbesondere Informationen zu Reha beim Post-COVID-19 Syndrom: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Home/Post-Covid-Themen-seite/Post_Covid_node.html

Auch im Zusammenhang mit Long-/Post-COVID-19 kann eine Rehabilitation zum Einsatz kommen. Dabei wird diese insbesondere durch Atemtherapie und Physiotherapie ergänzt. Mehr Informationen zum Thema Long-/Post-COVID-19 finden Sie in Kapitel 11.1. Außerdem gibt es eine Patientenleitlinie zu diesem Thema. Diese finden Sie hier: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-027>.

Ihr gutes Recht**Grundsätze einer Behandlung**

Die Behandlung von COVID-19 folgt bestimmten ethischen Grundsätzen, die in der Medizin verankert sind. Die Behandlung basiert auf dem Grundsatz der Fürsorge, Nicht-Schaden, Gerechtigkeit, Menschenwürde und Selbstbestimmung. Deshalb müssen Ärzte die Wünsche des Patienten berücksichtigen, wenn es um Entscheidungen geht, welche Behandlungen durchgeführt werden dürfen. Wenn eine Behandlung durchgeführt werden soll, müssen zwei Dinge erfüllt sein:

- Der Arzt muss der Meinung sein, dass die medizinische Behandlung richtig und notwendig ist.

- Der Patient muss mit der Behandlung einverstanden sein.

Trifft beides zu, wird die Behandlung durchgeführt. Trifft keine oder auch nur eine dieser Bedingungen zu, dann muss die Behandlung geändert oder gestoppt werden. Das zu entscheiden ist für Ärzte und Patienten eine große Herausforderung. Um Ärzte bei solchen Entscheidungen zu unterstützen, können lokale Ethikkomitees, Palliativmediziner, Ethikberater, Seelsorger und Psychologen helfen. Es ist auch wichtig, dass Patienten und ihre Familien psychische Unterstützung bekommen, wenn sie sie brauchen.

Gut zu wissen - Patientenrechtgesetz

Seit dem Jahr 2013 gibt es in Deutschland das sogenannte Patientenrechtgesetz. Darin sind einige Rechte für Sie als Patient festgehalten – zum Beispiel das Recht auf Einsicht in Ihre Krankenakte. Sie können Informationen dazu im Ratgeber für Patientenrechte finden:

<https://patientenbeauftragter.de/patientenrechte/>

Wenn der Patient nicht mehr selbst entscheiden kann

Es kann Situationen geben, in denen ein Patient nicht mehr selbst seine Wünsche und Bedürfnisse mitteilen kann. Für solche Fälle können Sie Vorsorge treffen und vorab Ihre Entscheidungen festhalten. In einer Vorsorgevollmacht oder *Patientenverfügung* können Sie festlegen, wer Ihre Wünsche vorübergehend oder dauerhaft vertreten soll, welche Maßnahmen Sie möglicherweise ablehnen, und wie Ihr Lebensende aussehen soll. So können Ihre Wünsche und Bedürfnisse auch ohne Ihre direkte Einwirkung vertreten und umgesetzt werden.

Sie finden Informationen zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht einerseits im Patientenrechtegesetz (siehe oben), andererseits auf den Seiten vom Bundesministerium der Justiz:

<https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Patientenverfuegung.html>

Seit dem 1. Januar 2023 gibt es außerdem das **Ehegattennotvertretungsrecht**. Informationen dazu finden Sie ebenfalls auf den Seiten des Bundesministeriums der Justiz:

https://www.bmj.de/DE/themen/vorsorge_betreuungsrecht/ehgattennotvertretung/ehgattennotvertretung_node.html

Ärztliche Zweitmeinung

Sollten Sie sich nach einem Gespräch mit Ihrem Arzt nicht wohl, oder nicht gut beraten fühlen, sprechen Sie erneut mit Ihrem Arzt. Stellen Sie so viele Fragen wie notwendig. Sprechen Sie Unsicherheiten und Zweifel offen an. Im gemeinsamen Gespräch können sich oft schon viele Unsicherheiten klären. Fühlen Sie sich auch nach intensiven Gesprächen nicht ausreichend beraten, können Sie sich eine zweite Meinung bei einem anderen Arzt einholen. In Deutschland gilt im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung das Prinzip *der freien Arztwahl*. Sie dürfen selbst entscheiden, zu welchem Arzt Sie gehen. Das bedeutet auch, dass es Ihnen freigestellt ist, sich eine *zweite Meinung* zu Untersuchungen und Behandlungen einzuholen. Sie können zu einem weiteren erfahrenen Arzt Ihrer Wahl gehen, und seine Meinung anhören.

Bei einigen wenigen Operationen gibt es einen gesetzlichen Anspruch auf Zweitmeinung. Diese werden dann auch immer von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Fällt Ihre Behandlung nicht unter diese bestimmten Behandlungen, sollten Sie vorher mit dem zweiten Arzt abklären, was von der Krankenkasse übernommen wird – sonst kann es sein, dass Sie die zweite Untersuchung und Behandlungsplanung selbst zahlen müssen.

Weitere Informationen

Auf den Seiten des Verbraucherschutzes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung finden Sie weitere Informationen zum Thema „gesetzlicher Anspruch auf Zweitmeinung“. Dort finden Sie auch die Information, welche Operationen in jedem Fall von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden.

Verbraucherschutz:

<https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/aerzte-und-kliniken/aerztliche-zweitmeinung-was-die-krankenkasse-zahlt-13493>

Kassenärztliche Bundesvereinigung:

https://www.kbv.de/html/themen_38546.php

Quelle: Patientenleitlinie zur S3-Leitlinie – COVID-19: Was ist für Betroffene wichtig zu wissen? Version 1.1, September 2024

Beeinflussung von Asthma durch Depressionen und Schlafqualität



Foto: AdobeStock / Andrii Lyenko

Eine landesweite Studie in China mit über 8.000 Teilnehmern zeigt, dass Depressionen und schlechter Schlaf das Asthmarisiko erhöhen. Zudem beeinflussen Wechselwirkungen zwischen Depressionen und Schlafproblemen das Asthmarisiko weiter.

Asthma, Depressionen und Schlafprobleme sind Faktoren, deren Zusammenhang bisher nicht gut verstanden wird. Eine aktuelle Untersuchung aus China hat mögliche Wechselwirkungen zwischen Depressionen, Schlafqualität und Asthma bronchiale untersucht.

Asthma, Schlaf und Depression: Gibt es Zusammenhänge?

Eine aktuelle Untersuchung aus China wertete Gesundheitsdaten aus China aus vier vergangenen Jahren aus. Um mögliche Zusammenhänge zwischen Depressionen, Schlafqualität und Asthma zu untersuchen, wurden verschiedene statistische Analysen durchgeführt.

Querschnittsstudie in China

Insgesamt wurden 8.327 Teilnehmer im durchschnittlichen Alter von 46,5 Jahren in die Auswertung einbezogen. Im Vergleich zu Menschen ohne Depression wiesen Menschen mit Depression ein deutlich erhöhtes Asthmarisiko auf. Schwerere depressive Symptome waren zudem mit einem höheren Asthmarisiko verbunden. Darüber hinaus gingen eine schlechte Schlafqualität, Schlafstörungen oder unzu-

reichende Schlafdauer mit einem erhöhten Asthmarisiko einher. Zudem stellten die Wissenschaftler Wechselwirkungen zwischen Depression, Raucherstatus und Schlafstörungen im Zusammenhang mit einem Asthma bronchiale fest. Eine schwere Depression war mit deutlich verlängertem Schlaf verbunden. Darüber hinaus zeigte sich ein Zusammenhang zwischen mittelschwerer Depression und ungenügendem Schlaf, der wiederum das Asthmarisiko erhöhte.

Psychische Gesundheit und Schlaf auch wegen Asthma im Auge behalten

Die Studie ergab deutliche Zusammenhänge zwischen Depressionen, der Schwere depressiver Symptome, einer schlechteren Schlafqualität, Schlafstörungen und ungenügender Schlafdauer bei Asthmatikern. Darüber hinaus gab es eine Wechselwirkung zwischen mittelschweren Depressionen und unzureichendem Schlaf bei der Asthmaschwere. Laut der Studienautoren sollten Ärzte das mögliche Risiko von Depressionen und Schlafproblemen auf die Erkrankungsschwere bei Asthmapatienten berücksichtigen und entsprechend beachten. Weitere Längsschnittstudien sind allerdings erforderlich, um die Mechanismen hinter den Wechselwirkungen zwischen Asthma, Depressionen und Schlafproblemen besser zu verstehen.

Quelle:

DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom vom 25.11.2024

25 Jahre Lungensport- eine Erfolgsgeschichte

Lungensport ergänzt wirksam die medikamentöse Therapie bei Patienten mit chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen



Unter *fachlicher Anleitung* können Patienten mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen in Lungensportgruppen Sport treiben. Gut ausgebildete Übungsleiter achten darauf, dass die Teilnehmer sicher trainieren und die individuellen Möglichkeiten so nutzen, dass der Trainingseffekt optimiert wird.

Durch den *ambulanten Lungensport* kann der *Effekt einer Reha* aufrechterhalten werden.



Lungensport in der Gruppe ist motivierend und fördert soziale Kontakte.

Der Lungensport in ambulanten Lungensportgruppen hat folgende **Ziele**:

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

Das Lungensport-Angebot vor Ort ist ausbaufähig

Noch immer gibt es zu wenige Gruppen. Allerdings sind die regionalen Unterschiede groß. Das zeigt der Blick auf die Landkarte. Etliche Gruppen wurden während der Corona-Pandemie aufgegeben.

So finden Sie Ihre Lungensportgruppe

Unter <https://www.lungensport.org/lungensport-register.html> gibt es ein Verzeichnis, in dem Sie nach Auswahl von Bundesland, Ort oder Postleitzahl nachschauen können, ob und wo es eine geeignete Gruppe in Ihrer Nähe gibt.



Prof. Dr. med. Heinrich Worth, Vorsitzender der AG Lungensport

Online Lungensport als ergänzendes Angebot zum Lungensport vor Ort

Seit dem Winter 2021/22 bietet die AG Lungensport *kostenfrei* Online-Lungensportstunden an. *Mitmachen kann jeder*, der sich anmeldet.

Auch Hospitationen, die für die Übungsleiter-Lizenz wichtig sind, sind möglich. Die aktuellen Termine sind auf <https://www.lungensport.org/> angekündigt.

Für einige Teilnehmende war der Online-Lungensport, die erste Möglichkeit, an einer Lungensportgruppe teilzunehmen. Gründe sind:

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

Wir möchten an dieser Stelle allen Unterstützern 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 Ausschlusskriterien 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.



Dr. med. Uta Butt, Koordinatorin der AG Lungensport

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 die Kasse ab!

Die AG Lungensport in Deutschland wurde am 17. März 1999 in Bad Reichenhall gegründet.

Am 12. Oktober 1999 erfolgte die Eintragung ins Vereinsregister Mainz.

Heute gibt es

- ca. 1.800 Lungensportgruppen für Erwachsene und fast 50 Gruppen für Kinder.
- bei über 800 Trägern.

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland e.V. sind:

- Aufklärung und Beratung von Patienten über die positiven Auswirkungen körperlichen Trainings
- Information über die Notwendigkeit ambulanten Lungensports
- Aufklärung der Öffentlichkeit über die Möglichkeiten gezielter sportlicher Betätigung von Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen
- Ausbildung von qualifizierten Lungensport-Trainern
- Beratung und Unterstützung bei der Gründung und dem Aufbau von Lungensportgruppen



AG Lungensport e.V.

Raiffeisenstr. 38, 33175 Bad Lippspringe

Tel: 05252-93706-03

www.lungensport.org

Leuchttürme in der Selbsthilfe

Inspiration und Orientierung am Beispiel von Alpha1 Deutschland e.V.



Selbsthilfe lebt von Engagement, Gemeinschaft und neuen Ansätzen. Diese inspirierenden Ansätze, oft „Leuchttürme“ genannt, sind herausragende Projekte, Initiativen oder Personen, die in der Selbsthilfefarbeit als Orientierungspunkte dienen. Sie schaffen Aufmerksamkeit, stärken die Gemeinschaft und geben anderen Mut. Ein herausragendes Beispiel für eine solche Anlaufstelle ist die Patientenorganisation Alpha1 Deutschland e.V., die seit über zwei Jahrzehnten Menschen mit Alpha-1-Antitrypsin-Mangel (AATM) unterstützt.

Eine Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige

Seit 23 Jahren ist Alpha1 Deutschland e.V. ein unverzichtbarer Ansprechpartner für Menschen mit **AATM**.

AATM, oft als "genetisch bedingte COPD" bezeichnet, ist eine Stoffwechselerkrankung und zählt zu den häufigsten Erbkrankheiten weltweit. Schätzungen zufolge trägt etwa jeder zwanzigste Mensch den zugrunde liegenden Gendefekt in sich.

In Deutschland sind rund 20.000 Menschen von einem schweren AAT-Mangel betroffen, doch nur etwa 10 % dieser Fälle sind tatsächlich diagnostiziert. Die Dunkelziffer bleibt hoch, da viele Betroffene jahrelang nicht wissen, dass ihre Beschwerden nicht nur auf COPD oder Asthma zurückzuführen sind, sondern auf einen genetischen Defekt. Aber wo sind all die unerkannten Fälle? Um diese "versteckten Alphas" zu finden, braucht es

einerseits Ärzte, die gezielt an einen Test auf Alpha-1-Antitrypsin-Mangel denken, und andererseits Patienten, die ihren Arzt darauf ansprechen. Bereits ein paar Blutstropfen reichen aus, um den Alpha-1-Serum-Spiegel zu bestimmen und einen AAT-Mangel auszuschließen.

Was ist Alpha-1-Antitrypsin-Mangel?

Der AATM beruht auf einer genetischen Mutation, die dazu führt, dass das *Schutzprotein Alpha-1-Antitrypsin in der Leber fehlerhaft produziert* wird. Das Eiweiß gelangt nicht in ausreichender Menge in die Blutbahn, was zu einer Ansammlung in der Leber und gleichzeitig zu einem Mangel im Blut führt. Dies kann langfristig zu schweren Leberschäden wie einer Leberzirrhose führen.

In der Lunge fehlt das wichtige Schutzprotein, wodurch das Organ anfälliger für Schäden wird. Dies äußert sich in Symptomen, die denen von COPD ähneln, etwa *Atemnot, chronischem Husten und Auswurf*. Der Verlauf des AATM ist vielseitig und unterscheidet sich von COPD vor allem durch die Tatsache, dass die Erkrankung schon im Säuglingsalter auftreten kann. Typische Hinweise sind *in jungen Jahren auffällige Leberwerte und vergrößerte Organe*.

Mit über 1.000 Mitgliedern hat sich die Organisation als starke Gemeinschaft etabliert, die Neudiagnostizierten und ihren Familien Orientierung und Unterstützung bietet. Ob über das Service-Telefon, persönliche Beratung oder andere Angebote – die Organisation ist da, wenn Hilfe gebraucht wird.

Erfahrungsaustausch und Vernetzung

Eine der zentralen Säulen der Selbsthilfe ist der Austausch zwischen Betroffenen. Alpha1 Deutschland organisiert jährlich über 50 Treffen, sowohl regional als auch überregional. Durch digitale Tools wurde dieses Angebot zusätzlich ausgebaut. Diese Plattformen fördern die Vernetzung und helfen den Betroffenen, ihre Erfahrungen und Strategien im Umgang mit der Erkrankung zu teilen.

Der Wissenstransfer mit anderen Organisationen gehört ebenfalls zum Ausbau des Netzwerkes: Erfolgreiche Ansätze können anderen Gruppen als Vorbild dienen und auch andersherum geht es genauso, man muss das Rad nicht jedesmal neu erfinden. Netzwerke sind notwendig um den Horizont zu erweitern und gemeinsam mehr zu erreichen.

Ehrenamtliche als Herzstück der Organisation

Die Organisation lebt vom Engagement vieler Ehrenamtlicher, darunter Vorstände, Fachbeiräte, wissenschaftliche Beiräte und Selbsthilfegruppenleiter. Ihre Arbeit sorgt nicht nur für den reibungslosen Ablauf der Aktivitäten, sondern auch für ein positives und unterstützendes Klima innerhalb der Gemeinschaft.

Motivation und Inspiration werden zum Beispiel durch Projekte wie Online-Lungensport oder Gedächtnistraining gefördert, die zeigen, wie sich der Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen lässt. Die Gemeinschaft wird gestärkt u. a. durch Umfragen, Aufrufe zur Mitarbeit und Leserbriefe, das fördert das Wir-Gefühl.

Barrierefreiheit und Vielseitigkeit

Ein weiterer Erfolgsfaktor von Alpha1 Deutschland ist die Vielseitigkeit ihrer Informationsangebote. Unabhängig von Alter, Bildungsstand oder Vorkenntnissen – jede und jeder wird erreicht. Dies gelingt durch die Nutzung verschiedenster Kanäle, darunter soziale Medien, Newsletter, Podcasts, ein YouTube-Kanal und unsere Mitgliedszeitschrift "Alpha1-Journal".

Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung

Um die Erkrankung in der Öffentlichkeit bekannter zu machen und Ärzte für Diagnosen zu sensibilisieren, setzt Alpha1 Deutschland auf eine aktive Öffentlichkeitsarbeit. Kampagnen in sozialen Medien, Pressearbeit sowie Auftritte auf Messen und Kongressen helfen, die Erkrankung sichtbar zu machen und gesellschaftliche Akzeptanz zu fördern. Neben Medienpräsenz ist die politische Arbeit wichtig, um Aufmerksamkeit auf die Erkrankung zu lenken.



Marion Wilkens, 1. Vorsitzende, Alpha1 Deutschland e.V.

Forschung mitgestalten

Zurzeit finden einige Studien zum AATM statt. Eine frühzeitige Einbindung der Patientenwünsche sowie Informationen über die Studien in patientenverständlicher Form sind wichtig. Enge Kooperationen mit Ärzten, Forschern, Fachverbänden und mit EARCO (European Alpha-1 Research Collaboration) sind dazu eine Voraussetzung.

Hürden, die es gilt zu nehmen

Neben dem Ressourcenmangel, denn finanzielle Mittel und personelle Unterstützung sind oft knapp, ist Nachhaltigkeit ein großes Thema: Projekte langfristig am Leben zu erhalten, erfordert ein großes Maß an Engagement und der Erfolg vieler Initiativen hängt oft von wenigen engagierten Personen ab.

Fazit:

Leuchttürme wie Alpha1 Deutschland e.V. sind unverzichtbar für die Selbsthilfefarbeit. Sie inspirieren, schaffen Aufmerksamkeit und zeigen, wie durch Gemeinschaft und Engagement Großes erreicht werden kann. Gleichzeitig ist es wichtig, ihre Herausforderungen im Blick zu behalten, um ihre Arbeit nachhaltig und inklusiv zu gestalten.

Alpha1 Deutschland e.V.

Gesellschaft für Alpha-1-Antitrypsin-Mangel Erkrankte e.V.
Alte Landstraße 3, 64579 Gernsheim
Tel. 0800-5894662, www.alpha1-deutschland.org

„Gut Leben mit COPD“

– Ein neues Projekt des Deutschen Allergie- und Asthma Bundes e.V. (DAAB-Projekt)



DAAB
Deutscher Allergie- und Asthambund e.V.

**GUT LEBEN MIT
COPD**

sehen - hören - mitgestalten

<https://www.daab.de/atemwege/copd/gut-leben-mit-copd>

2025 startet ein neues COPD- Projekt des DAAB. Ziel ist es, über das Krankheitsbild COPD aufzuklären, die Eigenverantwortung und das Selbstmanagement Betroffener zu stärken und sie zu motivieren, ihren Alltag aktiv zu gestalten, trotz und mit COPD.

Dazu zählen neben Angeboten wie den Online-Seminaren Informationen zur Behandlung, aber auch Themen wie Atemübungen und Lungensport oder der Einsatz verschiedener Hilfsmittel. Auch Aspekte wie Depressionen, die richtige Ernährung, Bewegung oder auch die Möglichkeiten zu Reisen mit COPD werden wir im Verlauf des Aktionsjahres thematisieren.

Es wird eine monatliche COPD-Hotline mit Experten und Expertinnen und die Möglichkeit zum Austausch über unsere DAAB-Online-Cafés geben.

Durch unsere DAAB-Cafés haben wir bereits viele hundert Betroffene und Ihre Angehörigen zu Gespräch miteinander gebracht. Durch diese virtuellen Treffpunkte im Netz, können sie sich kennenlernen und Kontakte knüpfen und Erfahrungen austauschen. Unterstützung durch ein Gespräch unter Gleichbetroffenen ist wichtig, man fühlt sich „wahrgenommen“ und „verstanden“ ohne große Erklärungen abgeben zu müssen. Auch zum Thema COPD wird es 2025 weitere COPD-Cafés geben.

Wir werden uns dem Großthema COPD auch in unseren Socialmedia-Kanälen widmen, im DAAB Podcast, auf unserer Internetseite, in unserem Newsletter sowie mit Artikeln in unserer Mitgliederzeitschrift "Allergie konkret". Auf der Internetseite des DAAB www.daab.de werden hierzu neue Angebote regelmäßig erscheinen, aktuell und praxisnah.

Auftakt-Webinar: COPD - von A bis Z

Den Auftakt zum COPD Projekt des DAAB macht am **20. Februar 2025** (von 12:30 bis 13:30 Uhr) das Webinar „COPD - von A wie Atemnot - bis Z wie Zwerchfell“ mit **Dr. med. Justus de Zeeuw** als Experten. Er ist niedergelassener Lungenspezialist in Köln, ärztlicher Leiter einer dortigen ambulanten pneumologischen Rehabilitation, Sektionssprecher in der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), im Vorstand der AG Lungensport Deutschland und Beirat des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen (AeDA).

Anmeldung unter:

<https://attendee.gotowebinar.com/register/2859451954686398549>

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (englisch COPD) ist eine fortschreitende Lungenerkrankung, die durch eine dauerhafte Atemwegsverengung und oft ein Emphysem gekennzeichnet ist. *Häufige Symptome* sind anhaltender: anhaltender Husten, Auswurf und Atemnot, die sich besonders bei körperlicher Belastung verschlechtern. Die häufigste Ursache ist das *Rauchen*, aber auch Luftverschmutzung, berufliche Exposition gegenüber Schadstoffen und genetische Faktoren spielen oft eine Rolle.

Die COPD ist eine chronische Erkrankung. Durch eine frühzeitige Behandlung mit Medikamenten, Impfungen, Atemtherapie, Lungensport und Lebensstil-Änderungen kann die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten erhalten oder sogar verbessert und so der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst werden.

Das Webinar von Dr. Justus de Zeeuw gibt einen verständlichen Überblick über das Krankheitsbild der COPD und erläutert, wie eine moderne, umfassende Behandlung die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessern kann. In einer anschließenden Fragerunde haben Betroffene, Angehörige und Interessierte die Möglichkeit, Fragen zu stellen.



Dr. med. Justus de Zeeuw

Weitere Webinare und Formate werden folgen.

Weitere Infos und Anmeldung unter:

<https://www.daab.de/termine/online-seminare>

Webinar mit Praxisteil

"Das Luftschloss - Die Atemtherapie für Patient:innen"

Karin Olescher, Therapeutin für Atemtherapie bei Atemwegserkrankungen, Physiotherapeutin, Bobath-Therapeutin, Osteopathin,

Termin: 24.02.2025, 17.00 bis 18.00 Uhr

Anmeldung unter:

<https://www.daab.de/termine/online-seminare>

DGP sieht Krankenhausreform in erster Linie positiv, mahnt aber, Fachgesellschaften in den Prozess besser einzubeziehen

Nachdem im November das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ohne die Anrufung des Vermittlungsausschusses den Bundesrat passiert hat, ist klar: *Die Reform wird kommen!* „Grundsätzlich sehen wir dem Bestreben der aktuellen wie auch der kommenden Regierung positiv entgegen“, stellt DGP-Präsident Professor Wolfram Windisch deshalb klar. Der Chefarzt der Lungenklinik der Kliniken der Stadt Köln betont: „Für die Pneumologie und Beatmungsmedizin der Zukunft sehen wir durch die geplante Konzentration der Versorgung in fach-pneumologischen Zentren die Chance auf eine qualitativ noch hochwertigere Behandlung unserer Patienten. Nicht jeder kann alles machen! Patienten mit einem *Lungenkarzinom* gehören ohne Diskussion in ein Lungenkrebszentrum. *COPD*-Patienten, Patienten mit *Asthma*, *außerklinisch Beatmete* – für sie alle bedeutet die Krankenhausreform eine entscheidende Qualitätsverbesserung.“

Grundsätzlich wünscht sich die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) aber noch eine stärkere Einbindung der Fachgesellschaften in den jetzt folgenden Prozess. „Für die Entwicklung und Gestaltung der Leistungsgruppen ist nach dem beschlossenen Gesetz jetzt ein *Ausschuss* zu bilden, der sich aus Krankenhausgesellschaft, Patientenvertretern, *Kostenträgern* (Krankenkassen) und Hochschulmedizin zusammensetzen soll“, erklärt Prof. Winfried J. Randerath, Chefarzt und Ärztlicher Direktor am Bethanien Krankenhaus Solingen. Im neuen Gesetz heißt es weiter, die medizinischen Fachgesellschaften könnten einbezogen werden. „Aus unserer Sicht müssen die Fachgesellschaften hier von Anfang an mit ins Boot geholt werden“, so Randerath. Hier appelliert die DGP an die Ausschussmitglieder, diese Chance auch wahrzunehmen.

Fachgesellschaften müssen an der Gestaltung der Leistungsgruppen teilhaben!

So würden die Leistungsgruppen derzeit noch nicht das vollständige Angebot der klinischen Leistungen abbilden, die auch schlecht voneinander zu trennen seien, erklärt DGP-Pastpräsident Prof. Torsten Bauer, Chefarzt der Klinik für Pneumologie am Helios Klinikum Emil von Behring in Berlin, an einem Beispiel auf: „Wenn ein Patient als Notfall in meine Klinik kommt, dann in die Kardiologie geht und schließlich auf die Intensivstation verlegt



Von links nach rechts: DGP-Präsident Prof. W. Windisch, Prof. W. Randerath, und DGP-Pastpräsident Prof. T. Bauer (Copyright: privat – Christian Beier – privat)

wird – in welche Leistungsgruppe gehört er jetzt? Wer darf letztendlich Leistungen abrechnen?“

In der Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen sei deshalb natürlich die Erfahrung von Ärzten aus dem Klinikalltag einzubeziehen. Das sei enorm wichtig. „Sonst bedarf es gleich wieder einer nächsten Reform!“

NRW geht erste Schritte ab Januar

Wenn im Bundesland Nordrhein-Westfalen bereits die Reform im Kleinen ab Januar 2025 erprobt wird, sind Windisch wie Randerath in Köln direkt mit ihren Kliniken involviert. „Wir gehen davon aus, dass rund um Weihnachten die Bescheide kommen, welches Krankenhaus welche Leistungsgruppe erhält“, so Prof. Randerath. „Wir können also sicherlich in wenigen Wochen bereits Rückschlüsse ziehen, was uns Alle für die gesamte Krankenhausreform im Bund erwartet ...“, ... und wie wir uns als Fachgesellschaft entsprechend positionieren müssen“, ergänzt DGP-Präsident Windisch. Zwar sei die Reform in NRW eine reine Strukturreform, jedoch würde sich die Krankenhausreform ja sehr deutlich an diese Strukturen anlehnen. „Generell bedeutet die Krankenhausreform für uns alle eine Qualitätsverbesserung in der Krankenversorgung“, resümiert Wolfram Windisch. „Wir sind Teil einer ganz großen Veränderung – was gut ist! Denn wir in der Pneumologie sehen uns gut aufgestellt, von der Uniklinik bis zur Fachklinik.“

Quelle: Pressemeldung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) vom 26.11.2024

Spendenübergabe durch die OxyCare GmbH Medical Group anlässlich des 25-jährigen Firmenjubiläums



Der langjährigen OxyCare Tradition folgend, wurde auch in diesem Jahr eine größere Summe an drei verschiedene Organisationen gespendet. In diesem Jahr das Highlight: OxyCare feierte am 14. September das 25-jährige Firmenjubiläum mit allen 280 Mitarbeitern und Geschäftspartnern sowie Freunden. Aus diesem Anlass wurde die Spendensumme vom Firmengründer Peter Peschel auf 35.000 Euro angehoben.

Das sorgte für fröhliche Gesichter im OxyCare Headquarter in Bremen. Die Spendenschecks wurden von Peter Peschel an die gemeinnützigen Organisationen **KlinikClowns e.V.**, das **Kinderhospiz Löwenherz e.V.** und von der Friedehorst Stiftung das ambulante **Kinderhospiz Jona** und das **Haus Mara** für schwerstbehinderte Kinder übergeben.

Ein Teil der Spendensumme wurde traditionell bei der alljährlichen großen OxyCare-Schulung - in diesem

Jahr gekoppelt mit dem 25-jährigen Jubiläum - durch die MitarbeiterInnen sowie Gäste gesammelt. OxyCare stockte großzügig auf die Gesamtsumme von 35.000 Euro auf.

Durch die Spende soll die Arbeit der vielen ehrenamtlichen Helfer dieser gemeinnützigen Organisationen unterstützt und gewürdigt werden. Durch ihren Einsatz verschaffen sie den kleinen und großen Patienten und ihren Familien Freiräume im Alltag, um die Sorgen und Ängste zu vergessen. Durch ihre Arbeit und ihren Einsatz zaubern sie den kleinen und großen PatientInnen ein Lächeln ins Gesicht und dies alles spendenfinanziert.

Mit der Spende sagt OxyCare auch in diesem Jahr wieder **DANKE** zu den vielen engagierten Helfern: **„Eure Arbeit ist so wichtig, macht bitte weiter so“**

Die "Luftpost - Patientenzeitschrift für Atemwegskranke" im 32. Jahrgang

unterstützt durch

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

Herausgeber und Copyright:

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

Redaktionsleitung und Druckfreigabe:

Dr. med. Michael Köhler (V.i.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 / QuietWord
Alle Bilder von den Autoren, wenn nicht anders angegeben

Anzeigenvertrieb, Layout und Druck:

SP Medienservice - Verlag, Druck und Werbung
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:

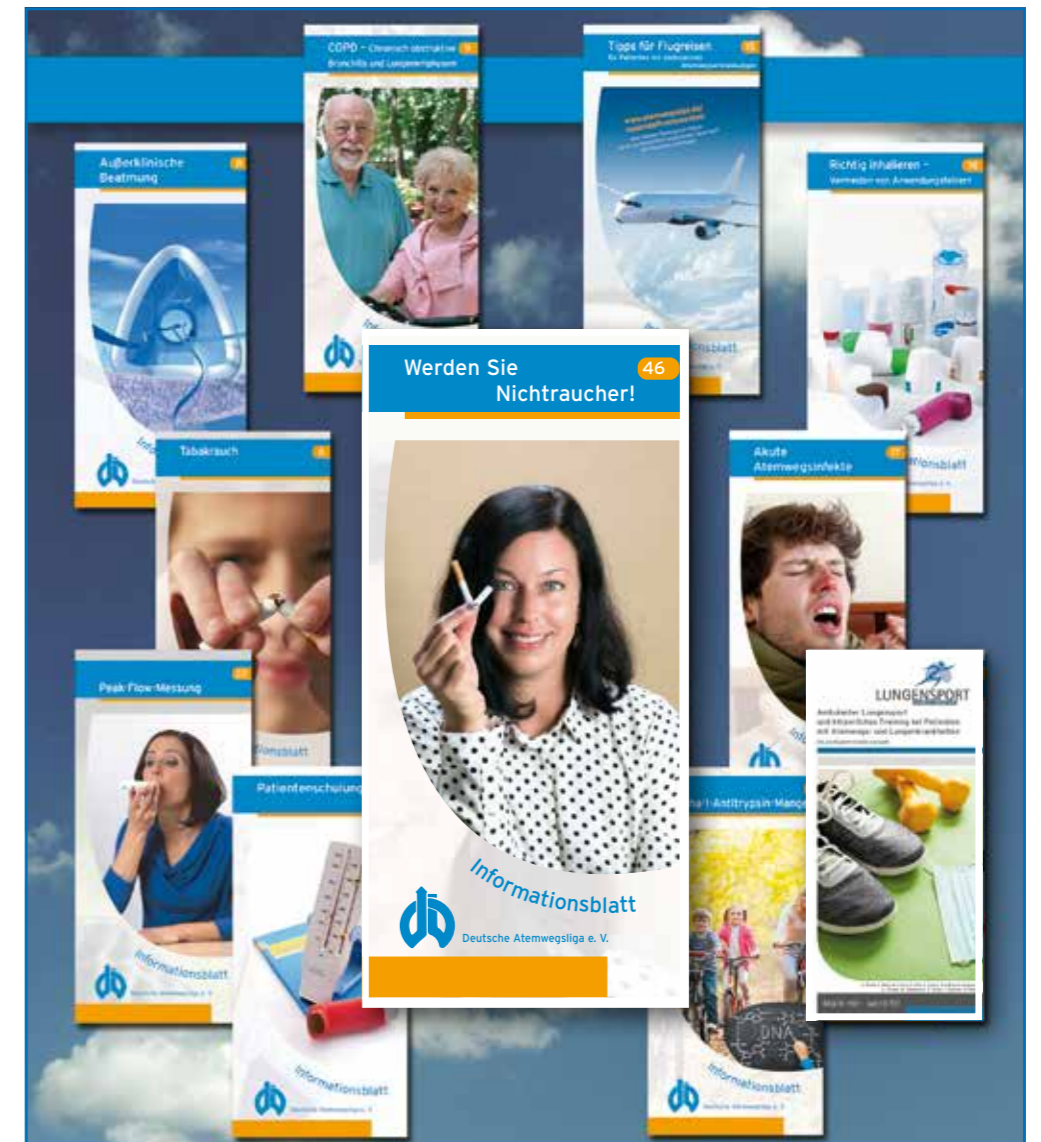
Deutschland 4,50 Euro
Ausland 8,00 Euro

kompetent · verständlich · patientengerecht

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

Bekanntlich „kostet“ Rauchen, früh begonnen, 10 – 12 eigene Lebensjahre. Neben den Kosten für die Zigaretten, E-Zigaretten und Shisha (Wasserpfeife) könnte dies ein Argument für das Aufhören sein.

Unter dem Titel „Werden Sie Nichtraucher!“, hat die Deutsche Atemwegsliga e.V. ein ziel führendes Informationsblatt herausgegeben. Hier finden Sie auch alle Hilfen zum endgültigen Rauchstopp.



Werden Sie Nichtraucher! Wer kennt nicht diese ärztliche Aufforderung? Hilfreich dabei kann das Informationsblatt der Deutschen Atemwegsliga e.V. sein.

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

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





ASTHMA AKTIVISTEN

KENNST DU DAS AUCH?

Unser Alltag gerät schnell mal außer Kontrolle. Dein Asthma mit der richtigen Therapie normalerweise nicht. Sprich jetzt mit Deiner Ärztin oder Deinem Arzt über Deine Asthma-Kontrolle.

MEHR UNTER:



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

MAT-DE-2.101435-2.0 (05/2024)

sanofi | **REGENERON®**