

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht

- **Asthma**
Möglichkeiten der Kontrolle
- **Tuberkulose**
Die – fast – vergessene Gefahr
- **Lungenkrebs**
Neue Serie
- **Beatmung**
Neue Leitlinie

Offizielles Organ von:

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

Nur noch
2 Monate
bis zur

1. LUNGENTAGUNG
WORMS

24. September

**Was Patienten
sich von ihrer
Lunge wünschen**
Wir arbeiten daran.



684706011/15

Patienten wünschen und brauchen Therapien, die ihre individuellen Bedürfnisse berücksichtigen, um den Traum von ihrem Leben bestmöglich leben zu können.

Der Atemwegsbereich ist einer der strategischen Forschungsschwerpunkte bei AstraZeneca. Hier arbeiten wir weltweit und in Kooperation mit namhaften Universitäten an der Erforschung von neuen Substanzen, Inhalationsgeräten und Wirkstoffkombinationen, um möglichst patientenorientierte Therapien zu entwickeln. Damit sind wir heute und für die Zukunft im Bereich Atemwege zuverlässiger Partner an der Seite von Ärzten und Patienten.

AstraZeneca 

Liebe Leserinnen und Leser,

jetzt sind es nur noch knapp zwei Monate, bis zu unserer 1. Lungentagung Worms! Unter dem Titel „COPD, Lungemphysem und Asthma und bronchiale“, werden fünf prominente Pneumologen den neuesten Stand zu diesen Atemwegserkrankungen verständlich darstellen. Fragen zu Ihrem jeweiligen Vortrag können direkt jeweils im Anschluss gestellt werden.

Parallel zu diesen fünf Vorträgen finden separat folgende, jeweils 45 minütige, praxisnahe Workshops, ebenfalls mit anschließender Beantwortung Ihrer Fragen statt:

- **Husten** / Beginn: 10:00, Ende: 10:45
Referent: Dr. Peter Kardos, Frankfurt
- **Inhalationstechniken** / Beginn: 11:00, Ende: 11:45
Referent: Dr. Max Apprich, Worms
- **Lungensport, Atemphysiotherapie und Selbsthilfetechniken** / Beginn: 12:00, Ende: 12:45
Referent: Moritz Matzner, Worms
- **Psyche und Leben mit Asthma und COPD**
Beginn: 13:00, Ende: 13:45
Referent: Dr. Wolfgang Schürmann, Marburg
- **Selbsthilfe für Sauerstoffpatienten**
Beginn: 14:00, Ende: 14:45
Referent: Michael Golinske,
Deutsche Sauerstoffliga LOT e.V.

Natürlich werden auf unserer 1. Lungentagung auch begleitend kostenlose Serviceleistungen zusätzlich von den Ausstellern oder befreundeten Selbsthilfeorganisationen angeboten, wie:

- Befüllung der gängigen Flüssigsauerstoff-Mobilgeräte
- Bestimmung der Lungenfunktionsparameter FEV1 und FEV6
- Messung der Sauerstoffsättigung mittels Pulsoximeter
- Testen hochfrequenter Vibrations-Westen
- Testen eines COPD-Beatmungsgerätes mit Simulation der sog. Lippenbremse
- Lungenfunktionsmessungen
- Informationen und Beratung zu Allergien

Weitere Serviceleistungen werden derzeit abgesprochen.

Selbstverständlich finden Sie auch eine Reihe von Informationsschriften und Hilfen für die tägliche Praxis rund um die Krankheitsbilder Asthma, COPD und andere Lungenerkrankungen. Eine kostengünstige Gastronomie sorgt für Ihr leibliches Wohl. Parkplätze und Anreisemöglichkeiten sowie weitere Informationen finden Sie auf unserer Webseite unter www.pat-liga.de/aktuelles.



Wir sind stolz, dass wir mit unserer Lungentagung in Worms die **Zentralveranstaltung des Deutschen Lungentages 2016 in Deutschland** sind. Erstmals führen wir dieses Jahr – passend zum **30. Jahrestag** der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – Ihrer DPLA – eine derartige patientenorientierte Großveranstaltung – beim für Sie **FREIEN EINTRITT** – durch.

Wir werten es als Anerkennung, dass die Deutsche Atemwegsliga e.V. die Schirmherrschaft übernommen hat und wir ihren stellv. Bundesvorsitzenden als Tagungsleiter gewinnen konnten.

Gemeinsam mit Ihnen, unseren Besuchern und dem Organisationsteam und der AG Lungensport in Deutschland e.V., wollen wir Ihnen helfen, Ihre Krankheit besser zu verstehen und im Alltag als Betroffener oder Angehöriger trotz Erkrankung, möglichst ohne Einschränkung leben zu können.

Hiermit widersprechen wir dem großen deutschen Philosophen Immanuel Kant, der 1784 schrieb: „Habe ich ... einen Arzt, der für mich die Diät beurteilt, usw., so brauche ich mich ja nicht selbst zu bemühen.“

Wir vertreten als mündige Patienten die aktive Selbsthilfe und wollen sie mit Ihnen leben. Darum kommen Sie am 24. September 2016 nach Worms und bilden sich Ihr eigenes Urteil!

Mit luftigen Grüßen

Ihr

Dr. Michael Köhler
Vorsitzender der DPLA und
das gesamte Organisationsteam

Veranstaltungsort:

Tagungszentrum DAS WORMSER
Rathenaustraße 11, 67547 Worms

Editorial 3	33 Anzahl der Tuberkulose- Erkrankten steigt in Deutschland wieder
Ankündigung 5 1. Lungentagung Worms	Lungenklinik 34 Thoraxklinik Heidelberg
Asthma und COPD 6 Kurz- und langfristige Effekte der Rehabilitation bei Asthmapatienten 8 Inhalationstherapie	Lungensport 36 Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland e.V. 37 Beitrittserklärung AG Lungensport
Tuberkulose 10 Aktuelle Tuberkulose-Situation in der Welt und in Deutschland	Zu Ihrer Information 38 Welche Stimme hat der Patient in der frühen Nutzenbewertung? 42 Patientenbeteiligung im G-BA jetzt mit eigener Internetpräsenz 43 Flyer Atemwegsliga / Schwerpunkt Tuberkulose
Lungenkrebs 14 Häufigkeit, Risikofaktoren und Vorbeugung	Selbsthilfe 44 Eine Selbsthilfegruppe mit langem Atem 46 Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA 47 Befreundete Selbsthilfegruppen 48 Warum auch Sie Mitglied in der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - der DPLA - werden sollten 49 Mitgliedsantrag
Aktuell 18 Funktionale Atemstörungen	Rubrik 50 Impressum 50 Abonnement
Allergien 22 Allergie gegen Küchenarbeit 24 Kaum noch eine Pause bei den Pollenallergien 25 Urlaub ohne Pollenplage	
Leitlinien 26 S3 Leitlinie zur nicht invasiven Beatmung	
Über den Tellerrand hinaus 28 Das Deutsche Tuberkulose-Archiv und Museum	

ANZEIGE



SP Medienservice Verlag, Druck & Werbung

Wir sind seit 25 Jahren als Verlag und Werbeagentur mit eigener Druckerei tätig und haben uns auf die Produktion von Mitglieder- und Verbandszeitschriften aus dem Gesundheits- und Selbsthilfebereich spezialisiert.

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

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

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



1. Lungentagung Worms



COPD, Lungenemphysem und Asthma bronchiale

- heute und morgen -

Informationen für Patienten mit Atemwegserkrankungen und Ihre Angehörigen - von der Diagnose zu einer erfolgreichen Therapie



Nur noch zwei Monate!

Samstag, 24. September 2016

9.30 Uhr - 15.00 Uhr

Im: DAS WORMSER - Tagungszentrum Worms am Rhein

- Eintritt FREI -

Unter Schirmherrschaft der Deutschen Atemwegsliga e.V. und gemeinsam mit der AG Lungensport in Deutschland e.V.
Nach jedem Vortrag besteht immer die Möglichkeit zu direkten Fragen an die Referenten *im Mozartsaal*

<p>ab 09:30 Uhr</p> <p>10:30 - 10:40 Uhr</p> 	<p>Während der Tagung besteht die Möglichkeit zum Besuch der Ausstellung.</p> <p>Begrüßung Dr. Michael Köhler, Oppenheim Vorsitzender der DPLA und Leiter des Organisationsteams</p> <p>Krankheitsmanagement bei COPD und Asthma 2016 - was ist zu beachten? Prof. Dr. Heinrich Worth, Fürth</p> <p>Früherkennung von Asthma bronchiale und COPD Prof. Dr. Dr. Robert Bals, Homburg / Saar</p> <p>Vom Asthma bronchiale über COPD zum ACOS. Brauchen wir das? Prof. Dr. Andrea Koch, Bochum</p>	<p>12:15 - 13:00 Uhr</p> <p>13:00 - 13:10 Uhr</p> <p>13:10 - 13:40 Uhr</p> <p>13:40 - 14:10 Uhr</p> <p>14:10 - 14:40 Uhr</p>  	<p>Mittagspause für Imbiss und Ausstellungsbesuch</p> <p>Sportliche Auflockerung</p> <p>Infekte bei Atemwegserkrankungen - rechtzeitig erkennen und gezielt behandeln Prof. Dr. Adrian Gillissen, Kassel</p> <p>Emphysem-Behandlung heute und in naher Zukunft Prof. Dr. Felix JF Herth, Heidelberg</p> <p>Zusammenfassung und Ausblick Prof. Dr. Heinrich Worth</p>
---	---	--	---

Parallel finden in weiteren Räumen Workshops zu folgenden Themen statt:

- Husten
- Inhalationstechniken
- Lungensport, Atemphysiotherapie und Selbsthilfetechniken
- Psyche und Leben mit Asthma und COPD
- Selbsthilfe für sauerstoffpflichtige Patienten



Kurz- und langfristige Effekte der Rehabilitation bei Asthmapatienten

Asthmapatienten profitieren nachhaltig von einem dreiwöchigen, multidisziplinären Rehabilitationsprogramm, welches in erster Linie aus Ausdauer- und Krafttraining, einer speziellen Atemphysiotherapie und einer umfassenden Patientenschulung besteht. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Studie der Medizinischen Hochschule Hannover und der Klinik Bad Reichenhall, die im international renommierten Journal of asthma publiziert wurde. Dabei handelt es sich sowohl um kurzfristige als auch langfristige Effekte. Diese betreffen insbesondere die Besserung der Asthmasymptome („Asthmakontrolle“) und der Lebensqualität der Patienten, die noch ein Jahr nach der Reha deutlich nachweisbar waren.

von Dr. Konrad Schultz

Rehabilitationsmaßnahmen für Asthmatiker können nachhaltig Asthmasymptome lindern und die Lebensqualität der Patienten verbessern, so die Ergebnisse einer aktuellen Beobachtungsstudie. Wissenschaftler aus Hannover und Bad Reichenhall haben dafür 201 Patienten mit Asthma bronchiale, die ein dreiwöchiges stationäres Rehabilitationsprogramm absolviert haben, über ein Jahr nachbeobachtet. Das Ausmaß der Asthmasymptome wurde mit dem Asthma-Kontrolltest (ACT) und die Lebensqualität der Patienten mit dem anerkannten St. George's Atemwegsfragebogen (SGRQ) wiederholt ermittelt und dokumentiert.

„Asthmakontrolle“ ist der Fachbegriff für das weitgehende Verschwinden von Asthmasymptomen und gilt in den medizinischen Asthma-Therapieleitlinien als das wichtigste Behandlungsziel.

Ergebnisse:

Der Anteil der Patienten mit gut kontrolliertem Asthma bronchiale verdoppelte sich von 33,2 %

vor der Reha auf 67,3 % nach der dreiwöchigen Rehabilitation und lag selbst zwölf Monate nach dieser Rehabilitation noch immerhin bei 51 %.

Nicht ganz so deutlich, aber dennoch statistisch signifikante Verbesserungen fanden sich nach der Reha auch für die Werte der Lungenfunktion und der Steigerung der 6-Minuten-Gehstrecke um 60 Meter, als Zeichen einer verbesserten körperlichen Leistungsfähigkeit. Bei der erhobenen Lebensqualität gaben 55,8 % der Patienten auch noch ein Jahr nach der Rehabilitation eine „klinisch bedeutsame Verbesserung“, d.h. um mindestens 4 Punkte anhand des international anerkannten SGRQ-Fragebogens an.

Das für jeden Patienten individuell maßgeschneiderte dreiwöchige Rehabilitationsprogramm, bestand aus:

- Ausdauertraining,
- Krafttraining,
- Atemphysiotherapie,
- einer umfassenden Patientenschulung zum



- Krankheitsverständnis und der individuellen Krankheitsbewältigung,
- sowie einer praktischen Schulung zum richtigen Gebrauch der inhalativen Medikamente.

Diese komplexe Behandlung zeigte also nicht nur kurzfristige, sondern auch langfristig deutliche Verbesserungen der Krankheitskontrolle und der individuellen Lebensqualität und dies selbst noch ein Jahr nach der Rehabilitation. Dies traf auch auf die Patienten mit bestehenden Begleiterkrankungen zu.

Ausblick:

Die wissenschaftliche Aussagekraft von Beobachtungsstudien gilt als eingeschränkt, daher werden sie i.d.R. bei der Erstellung von medizinischen Therapieleitlinien nur bedingt berücksichtigt. Daher wird derzeit an derselben Rehabilitationsklinik in Bad Reichenhall in Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern der Universitäten München und Würzburg eine weitere große Studie zur Effektivität der Rehabilitation bei Asthma durchgeführt („EPRA-Studie“). Hierbei handelt es sich um eine sog. randomisierte Interventionsstudie, in die insgesamt 500 Patienten eingeschlossen werden sollen. Teilnehmen können Patienten, die eine Rehabilitation an der Klinik Bad Reichenhall der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd durchführen. Hierbei werden die Veränderung der „Asthmakontrolle“ und der Lebensqualität einer „frühen Behandlungsgruppe“ mit jenen einer „Wartegruppe“ verglichen, die ihre Reha 4 Monate später absolviert.

Diese Studie wird mit hoher wissenschaftlicher Aussagekraft die Fragen nach der Effektivität und der nachgewiesenen nachhaltigen Wirksamkeit dieser Rehabilitation bei Asthmapatienten klären können. ■

Der Autor:

Dr. med. Konrad Schultz,
Medizinischer Direktor
Chefarzt Pneumologie
Klinik Bad Reichenhall
der Deutschen Rentenversicherung
Bayern Süd
Salzburger Straße 8-11
83435 Bad Reichenhall



HEMECARE

Zen-0

Ein Gerät für
alle Anforderungen!

Vorteile die überzeugen:

- Dualbetrieb (Konstantflow & atemzuggesteuerter Modus)
- Benutzerfreundlich
- Tragbar
- Zuverlässig
- Langlebig



Flexibilität zum Mitnehmen

Der neue mobile Sauerstoff-Konzentrator Zen-0 verbindet die Vorteile eines stationären mit denen eines mobilen Gerätes.

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

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

Inhalationstherapie

Anwendungsfehler gefährden Behandlungserfolg. Lungenärzte fordern mehr Schulungen für Patienten und einheitliche farbliche Kennzeichnung der Medikamente.

Leipzig – Rund zwei Drittel aller Patienten mit Lungenerkrankungen wenden ihren Inhalator falsch an und gefährden so ihren Behandlungserfolg. Auch die Vielfalt an Geräten mit mangelnder Kennzeichnung und die Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Herstellern führen dazu, dass Patienten oft nicht das für sie passende „Inhalations-Gerät“ (Device), das sie auch beherrschen, mit dem richtigen Medikament bekommen. Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und die Deutsche Lungenstiftung (DLS) fordern eine eindeutige Farbkennzeichnung der Inhalatoren und bundesweite Schulungsangebote für Patienten mit Atemwegserkrankungen. Zur richtigen Anwendung von Inhalatoren und Medikamenten berichteten Experten auf einer Pressekonferenz im Rahmen des DGP-Kongresses in Leipzig.

Zwischen drei bis fünf Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung mit Symptomen wie Husten, vermehrter Schleimbildung und Atemnot. Um ihre Beschwerden zu lindern und die Krankheitsverschlechterung zu verlangsamen, atmen Patienten Medikamente als Sprühnebel über einen für ihr jeweiliges Medikament speziell entwickelten Inhalator ein.

Untersuchungen zeigen jedoch, dass die Anwendung oft nicht klappt: **nur 30 % der Patienten benutzen ihre Inhalatoren richtig.** „Anwendungsfehler führen dazu, dass Patienten oft eine zu geringe Medika-



Professor Dr. med. Claus Vogelmeier



Inhalationssysteme

mentendosis einnehmen und die Krankheitssymptome sich dadurch verschlimmern können“, erklärt Professor Dr. med. Claus Vogelmeier, Vorsitzender der Deutschen Lungenstiftung (DLS) und Direktor der Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie des Universitätsklinikums, am Standort Marburg. Um Fehler beim Einsatz des Gerätes zu vermeiden, empfiehlt der Experte den Betroffenen, dringend eine Schulung zu besuchen, die bundesweit flächendeckend angeboten werden sollte, in der sie den richtigen Umgang mit ihrem jeweiligen Inhalator einüben und kontrollieren können.

Die Zahl der Inhalatoren-Modelle und inhalierbaren Medikamente ist in den letzten Jahren stark angestiegen, so Vogelmeier. „Viele Ärzte sind inzwischen durch die große Zahl verfügbarer Systeme verwirrt“, erklärt der Experte. Durch Rabattverträge zwischen einzelnen Herstellern und Krankenkassen, ist zudem das Risiko groß, dass Patienten in der Apotheke nicht das Präparat bekommen, das ihr Arzt ihnen verschrieben hat. „Stattdessen erhalten sie oft ein kostengünstigeres Medikament, auf das sie unter Umständen aber nicht geschult sind“, erklärt Vogelmeier anlässlich einer Pressekonferenz des DGP-Kongresses.

Um für alle Patienten mit COPD und anderen Atemwegserkrankungen eine erfolgreiche Behandlung zu sichern, fordern DLS und DGP deshalb nachdrücklich eine einheitliche farbige Kennzeichnung von Inhalatoren, der jeweils gleichen Wirkstoffgruppe. Die Apotheken sollten ausschließlich die Präparate abgeben, die der Arzt auf seinem Rezept verschrieben hat. ■

Nach einer Pressemeldung zum 57. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) 2. bis 5. März 2016 in Leipzig

Neue Studiendaten bestätigen Praxiserfahrungen

Verbesserung der Lebensqualität

durch Coil-Behandlung

Patienten mit fortgeschrittenem Lungenemphysem können trotz medikamentöser Therapie unter teils starker Atemnot leiden. Seit einigen Jahren steht für diese Patienten die minimal-invasive Behandlung mit sogenannten Coils zur Verfügung. In der vor kurzem veröffentlichten RENEW-Studie, durchgeführt in 26 Zentren weltweit, konnte wiederholt gezeigt werden, dass sich u. a. die Lebensqualität von Patienten nach der Behandlung mit Coils deutlich verbessern kann.¹

Coils sind kleine Spiralen aus Nitinol mit „Formgedächtnis“, die mittels eines Bronchoskops und Röntgendurchleuchtung in die Lunge eingebracht werden. Sie wurden entwickelt, um durch das Einbringen in die Atemwege das umliegende Gewebe zu raffen, die Gewebespannung zu erhöhen und der Lunge wieder mehr Spannkraft zu geben. Dadurch sollen die kleinen Atemwege offen gehalten werden, wodurch sich vor allem die Luftnot unter Belastung lindern kann.^{2,3} Die endobronchialen Coils können somit dazu beitragen, die Lebensqualität, körperliche Belastbarkeit und Lungenfunktion der Patienten zu verbessern.

Die Coil-Behandlung im Detail

Zuerst wird die stärker überblähte Lungenseite mit Coils versorgt. In einem weiteren Eingriff, in der Regel sechs bis acht Wochen später, wird die andere Seite behandelt, um einen größtmöglichen Nutzen aus der Behandlung zu ziehen. Jeder minimal-invasive



Nachgefragt bei Prof. Dr. Dirk Skowasch, Leiter Sektion Pneumologie, Medizinische Klinik und Poliklinik II, Universitätsklinikum Bonn

Für welche Patienten können Coils eine Behandlungsoption sein?

„Die Behandlung mit Coils kann sich für Patienten mit fortgeschrittenem Lungenemphysem, die trotz medikamentöser Behandlung, Lungensport- und Rehamaßnahmen über eine zunehmende Kurzatmigkeit klagen, eignen.“



Eingriff dauert ca. 35 bis 45 Minuten und es schließt sich ein kurzer Krankenhausaufenthalt an. Bei einigen Patienten können nach der Coil-Implantation u. a. lokale Blutungen, Exazerbationen, Luftnot, eine Pneumonie oder in seltenen Fällen ein Pneumothorax auftreten. All diese Ereignisse sind in der Regel durch medizinische Standardversorgung gut zu beheben.^{1,2,4}

Neue Studiendaten bestätigen hohen Einfluss auf die Lebensqualität

In der vor kurzem veröffentlichten RENEW-Studie zur Sicherheit und Wirksamkeit von Coils zeigte sich nach der Behandlung eine deutliche Verbesserung vor allem im Bereich der Lebensqualität – gemessen über einen anerkannten, standardisierten Fragebogen (St. George’s Respiratory Questionnaire) – über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Die körperliche Belastbarkeit und Lungenfunktion konnte ebenfalls signifikant verbessert werden.¹

Literatur

- 1 Sciruba FC et al. JAMA 2016; 315: 2178-2189.
- 2 Shah PL et al. Lancet Respir Med 2013; 1: 233-240.
- 3 Deslee G et al. Thorax 2014; 69: 980-986.
- 4 Deslee G et al. JAMA 2016; 315: 175-184.

Wie lange dauert es in der Regel bis sich Patienten nach der Behandlung mit Coils besser fühlen?

„Es kann eine gewisse Zeit dauern bis sich die Lunge vollständig auf die Behandlung eingestellt hat. Unsere Erfahrung aus der Klinik zeigt, dass vielen Patienten schon kurz nach dem ersten Eingriff das Atmen leichter fällt. Einige Patienten spüren aber auch erst nach dem zweiten Eingriff eine Verbesserung der Symptome.“

Welche Verbesserungen nehmen Patienten nach dem Eingriff im Alltag wahr?

„In vielen Fällen verbessert sich nach dem Eingriff die Atmung bei Belastung, was sich z. B. beim Treppensteigen oder bei Hausarbeiten bemerkbar macht. So können Patienten wieder belastbarer im Alltag sein, was ihre Lebensqualität deutlich erhöht. Diese Erfahrung wird auch durch die jüngst publizierte RENEW-Studie bestätigt.“

Aktuelle Tuberkulose-Situation in der Welt und in Deutschland

Wie schon im Beitrag „Meilensteine in der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland und weltweit“ (s. „Luftpost“ III/2015) festgestellt: Mitte der 1970er Jahre gab es die Hoffnung und bei einigen den festen Glauben, dass die Tuberkulose (TB) so gut wie besiegt sei. Dies hat sich leider als großer Irrtum herausgestellt. Als Folge der AIDS-Epidemie oftmals mit einer gleichzeitigen Infektion von HIV und TB – sowie durch die Entwicklung von Resistenzen gegen die wichtigsten antituberkulösen Medikamente ist eine als dramatisch zu bezeichnende Situation entstanden. 1993 bereits musste die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die TB-Situation zum weltweiten Notfall („Global emergency“) erklären.

von Prof. Dr. Dr. h.c. Robert Loddenkemper

Globale TB-Situation

Diese hat seit Beginn des neuen Jahrhunderts zu einer Reihe von internationalen Initiativen geführt, die deutliche Verbesserungen in den TB-Kontrollprogrammen und im Management dieser Infektionskrankheit bewirkt haben. Jedoch hat sich leider an der weltweiten Situation (noch) nicht viel geändert: Im 2015 veröffentlichten Bericht der Weltgesundheitsorganisation (Global Tuberculosis Report der WHO), wurden für 2014 folgende Zahlen ermittelt:

- Es erkrankten weltweit 9.6 Millionen Menschen an Tuberkulose,
 - darunter 1,2 Millionen mit einer gleichzeitigen HIV-Infektion.
- 1.5 Millionen Menschen starben an TB,
 - 0,4 Millionen dieser Infizierten waren gleichzeitig HIV-positiv.
- Geschätzt 1 Million Kinder hatten eine Neuerkrankung,
 - davon starben 140.000.
- Insgesamt 480.000 Patienten hatten dabei eine multiresistente TB (MDR-TB),
 - diese konnte bislang nur bei etwa der Hälfte erfolgreich behandelt werden.
 - Insgesamt starben in dieser Gruppe 190.000 Menschen.

Der Anteil der besonders resistenten TB (XDR-TB) an allen Fällen mit MDR-TB wird global auf etwa 10% geschätzt. Für ihre Behandlung gibt es kaum wirksame Medikamente.

Die TB gehört damit nach wie vor zu den häufigsten und schwerwiegendsten – in der Regel aber heilbaren – Infektionskrankheiten weltweit.

Die Häufigkeit der jährlichen Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner ist dabei regional sehr unterschiedlich:

- Erkrankungsraten von unter 10 Neuerkrankten pro Jahr auf 100.000 Einwohner weisen Nordamerika, Australien und die meisten westeuropäischen Länder auf.
- Im südlichen Afrika erkranken dagegen alljährlich über 500 von 100.000 Einwohnern.

80% aller Neuerkrankungen weltweit entfallen dabei auf nur 22 Länder.

Die Sterblichkeit an dieser vermeidbaren Infektionskrankheit ist dabei besonders hoch in den Ländern mit den höchsten Infektionsraten (siehe Abbildung 1).

Multiresistente TB (MDR-TB)

Der prozentuale Anteil von MDR-TB, bei der Resistenzen mindestens gegen die beiden derzeit potentesten Antituberkulotika Isoniazid und Rifampicin vorliegen, ist an den Neuerkrankungen besonders hoch in den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion (NUS), meist über 20 %, mit einem traurigen Spitzenwert in Weißrussland von 34 %.

Bei den nicht wirksam behandelten TB-Erkrankungen, bei denen es zum Wiederaufflackern der Infektion kommt, beträgt der Anteil an (MDR-TB) weltweit 20 % und in einigen Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion sogar deutlich mehr bis zu 69 % in Weißrussland.

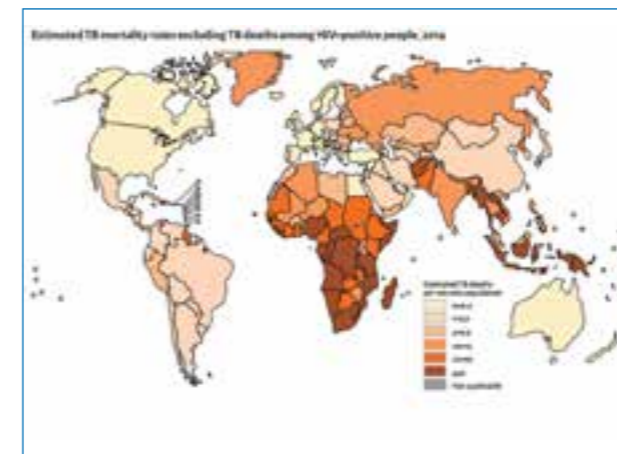


Abb. 1. Weltweiter Überblick der jährlichen Sterblichkeitsraten 2014 (WHO-Report 2015) an Tuberkulose

Als besondere Risikofaktoren gelten:

- ungenügende Vorbehandlungen,
- Herkunft aus Regionen mit besonders hohen Raten an MDR-TB,
- enger Kontakt zu Patienten mit Medikamenten-Resistenz gegen die Keime,
- Gefängnisaufenthalte – besonders in den Ländern der früheren Sowjetunion
- und eine gleichzeitige HIV-Infektion.

Die MDR-TB wurde als große Bedrohung erst 1992 erkannt, als 12 % der Tuberkulose-Patienten in New York City an ihr erkrankten. Der weltweiten Ausbreitung dieser besonders schwer behandelbaren Tuberkulose wurde in der Vergangenheit oft durch unterschiedliche Mängel in den jeweiligen Gesundheitssystemen Vorschub geleistet. Verbessert wurde die Situation durch die Einführung moderner molekularer Diagnose-Verfahren. Diese ermöglichen die rasche Feststellung der Unwirksamkeit der eingesetzten Antituberkulosemedikamente und damit den Wechsel auf noch wirksame Medikamente.

Eine ähnliche Verteilung findet sich für die extrem schwer behandelbare noch stärker resistente Tuberkulose (XDR-TB), die erstmals 2006 beschrieben wurde. Zusätzlich weist sie eine Unwirksamkeit gegenüber mindestens einem Breitbandantibiotikum aus der Reihe der Fluorchinolone sowie einem der injizierbaren Zweitangantituberkulotika auf.

Die Therapie der MDR-TB dauert bis zu zwei Jahre. Sie ist teuer und wird oft schlecht vertragen. Für die Behandlung der XDR-TB stehen inzwischen einige

neue Medikamente zur Verfügung, die hoffentlich die Therapie verbessern und möglicherweise ihre Dauer verkürzen werden. Die Behandlung erfordert von Seiten der Ärzte besondere Kenntnisse und von Seiten der Patienten ein hohes Maß an Mitarbeit. Die Therapieabbruchrate ist entsprechend höher – bis zu 30 %. Daher ist eine intensive Patientenaufklärung besonders wichtig und, wenn möglich, auch eine überwachte Medikamenteneinnahme. Haben die Patienten eine offene, d.h. infektiöse TB, so erfordert dies besondere Infektionsverhütungsmaßnahmen; bei uneinsichtigen Patienten muss im Einzelfall über eine Zwangsisolierung entschieden werden.

Gleichzeitige Infektion von HIV und TB

Auch die Erkrankungshäufigkeiten an HIV unter den neu- und wiedererkrankten TB-Patienten schwankt sehr stark; am häufigsten ist sie im südlichen Afrika, wo mehr als die Hälfte, in einigen Ländern sogar mehr als 90 % (z.B. Südafrika, Togo, Kamerun) der TB-Patienten gleichzeitig an HIV erkrankt sind.

Wenn Patienten gleichzeitig an diesen beiden Infektionen erkranken, ist die Sterberate besonders stark erhöht. Besorgnis erregen müssen in dieser Hinsicht auch die ansteigenden gleichzeitigen Infektionen von HIV und TB in Osteuropa, besonders in der Russischen Föderation und der Ukraine.

Strategie der WHO

Die WHO hat sich als strategisches Ziel gesetzt, bis zum Jahr 2035 die Zahl der alljährlichen TB-Neuerkrankungen weltweit auf unter 10 pro 100.000 Einwohner zu senken. Dabei ist man sich bewusst, dass dieses ehrgeizige Ziel ohne die Entwicklung neuer diagnostischer Verfahren und neuer Medikamente sowie besonders wirksamer Impfmethode nicht erreichbar sein wird.

Die aktuelle Tuberkulosesituation in Deutschland

Die weltweite TB-Situation hat auch Auswirkungen auf die Industrieländer, in denen diese Infektionskrankheit noch vor 100 Jahren eine sehr häufige Todesursache war. In Deutschland gab es als Folge des 2. Weltkrieges wieder einen Anstieg der TB-Fälle (ca. 500 Erkrankungen pro 100.000) und der Sterblichkeit von etwa 50 pro 100.000 Einwohner. Später stellte sich in beiden deutschen Staaten zunächst ein kontinuierlicher Rückgang ein. Als Folge der Balkankriege und der dadurch verursach-

ten Flüchtlingsströme wurde dieser Rückgang in den frühen 1990er Jahren erstmals unterbrochen. Seit 2008 flachte sich der Rückgang ab.

Erstmals 2013 zeigte der jährliche Bericht des Robert-Koch-Instituts (RKI) zur Verbreitung der TB in Deutschland wieder eine (leichte) Zunahme, dem folgte ein weiterer Anstieg 2014. Mit der aktuellen Flüchtlingswelle nahmen 2015 die Zahl der TB-Neuerkrankungen deutlich zu (auf 5.865 gegenüber 4.217 im Jahr 2012).

Abbildung 2 zeigt die Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsverteilung in Deutschland. Im Kindesalter ist die TB-Erkrankungsrate recht niedrig, wobei sie bei Kindern mit ausländischer Staatsangehörigkeit mehr als 26-mal so häufig auftritt. Im Alter von 15 bis 40 Jahren gibt es einen ersten Häufigkeits-Gipfel und einen zweiten bei den über 75-Jährigen. Insgesamt sind Männer fast 2mal häufiger als Frauen betroffen. Dies fällt bei der Betrachtung der Lungen-TB noch deutlicher aus. Bei Frauen sind jedoch TB-Infektionen außerhalb der Lunge deutlich häufiger. Bei ihnen machen diese fast ein Viertel aller Neu-Infektionen aus. Generell ist der Befall der Lunge am häufigsten (76%). Davon sind 80 % offen, d.h. hochinfektiös. Hier gelingt der Nachweis des TB-Erregers (*Mycobacterium tuberculosis*), bei fast der Hälfte (46 %) gelingt der Bakterien-Nachweis bereits mikroskopisch im Auswurf. Dies ist ein Zeichen für eine besonders hohe Ansteckungsgefahr. Die gleichzeitige Infektion mit HIV und TB ist in Deutschland relativ selten und wird auf nur ca. 4 % aller TB-Fälle geschätzt.



Abb. 2 Tuberkuloseerkrankungen aufgeschlüsselt nach Alter und Geschlecht 2014 in Deutschland bezogen auf je 100.000 Einwohner (Robert Koch-Institut, Berlin, 2015)

Regionale Unterschiede der Erkrankungshäufigkeit

Regional finden sich deutliche Unterschiede in der Zahl der Erkrankungen pro 100.000 Einwohner in Deutschland. In den Flächenländern ist die Erkrankungshäufigkeit typischerweise deutlich niedriger als in den Großstädten. Am höchsten ist sie in Berlin mit 10,1 TB-Ansteckungen pro 100.000 Einwohner und Jahr. Damit ist sie dort mehr als doppelt so hoch wie z.B. in Schleswig-Holstein.

TB bei Migranten

Im Jahr 2013 überschritt der Anteil der Migranten mit 57% an den neu mit Tuberkulose infizierten Menschen erstmals den der in Deutschland Geborenen. 2014 erfolgte eine weitere Verschiebung der Neuerkrankungen in diese Bevölkerungsgruppe. Nach Sichtung der vorläufigen Daten wird der Anteil der im Ausland geborenen Patienten mit TB 2015 dann bei fast zwei Dritteln (72%) liegen.

Bei der aktiven Fallfindung standen 2014 mit insgesamt 419 Neuerkrankungen (plus 10,9 %) erstmals die Screeningmaßnahmen gem. § 36 Landesfürsorgegesetz (IfSG) bei Asylbewerbern (375 Erkrankungen), Flüchtlingen (34 Erkrankungen) und Aussiedlern (10 Erkrankungen) an erster Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr wurde damit in dieser Patientengruppe ein deutlicher Anstieg beobachtet. So hat sich die Zahl der durch ein Screening diagnostizierten TB-Fälle bei Asylbewerbern von 191 Erkrankten im Jahr 2013 auf 375 Erkrankte im Jahr 2014 nahezu verdoppelt. In den kommenden Jahren ist mit einer weiteren Steigerung zu rechnen, was den öffentlichen Gesundheitsdienst, aber auch die Kliniken (83,5% der Neuerkrankten waren 2014 zu irgendeinem Zeitpunkt ihrer Erkrankung in stationärer Behandlung) und die ambulante Versorgung deutlich mehr belasten wird.

Die Erkrankungshäufigkeit bei ausländischen Staatsbürgern betrug 33,6 pro 100.000 Einwohner pro Jahr und war damit mehr als 13-mal so hoch wie in der deutschen Gesamtbevölkerung. Im Jahr 2014 stand Somalia erstmals an der Spitze der Herkunftsländer, gefolgt von der Türkei, Rumänien, Eritrea, Indien, der Russischen Föderation, Pakistan, Kasachstan, Polen und Afghanistan.

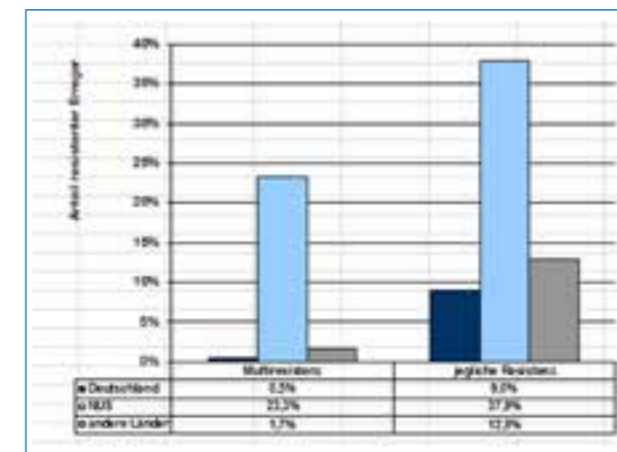


Abb. 3. Prozentuale Häufigkeit der Multiresistenz und der jeglichen Resistenzen im Jahr 2014 bei in Deutschland, in den NUS und in anderen Ländern geborenen Patienten (zur Verfügung gestellt von Dr. Bonita Brodhun, RKI)

Resistente TB

Der Anteil von Neuerkrankungen mit einer multiresistenten Tuberkulose (MDR-TB) lag 2014 bei 3 % (89 Erkrankungen) und war damit gegenüber dem Vorjahr leicht rückläufig (3,2 %, 100 Erkrankungen). Unter den in den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion geborenen Patienten war der Anteil an diesen therapie-resistenten Erkrankungen mit 23,3 % am höchsten. Im Vergleich dazu betrug er nur 0,5 % bei den in Deutschland geborenen Patienten (Abb. 3). Die vorliegenden Daten bestätigen, dass eine Vorerkrankung das Risiko für eine resistente oder vielfach resistente Tuberkulose, insbesondere für Patienten, die im Ausland geboren sind, erhöht.

Behandlungsergebnisse

Bei rund 76 % aller Patienten war die Therapie 2013 erfolgreich. Je nach Altersgruppe oder Wirkungslosigkeit gegenüber den eingesetzten Antibiotika fanden sich jedoch Unterschiede. Während ein Behandlungserfolg im Kindesalter und bei Erwachsenen bis zu einem Alter von 39 Jahren bei über 80 % aller Patienten erreicht wurde, nahm diese Erfolgsrate in den höheren Altersgruppen kontinuierlich ab und erreichte bei den Patienten ab 70 Jahren nur noch eine Rate von 65 % und ab 80 Jahren nur noch knapp 51 %. Als Ursache werden die im höheren Lebensalter deutlich häufigeren und schwereren Begleiterkrankungen gesehen.

Tod an TB

Das Risiko an einer Tuberkulose in Deutschland zu sterben, ist dank der heutigen konsequenten Therapie relativ selten geworden. Konkret wurden 2014 nur 97 Todesfälle registriert. Überwiegend betraf es Patienten im Alter von über 70 Jahren.

Ausblick

Das Fazit des Robert-Koch-Institutes (RKI) lautet dementsprechend:

- "Steigende Erkrankungszahlen,
- die Situation bei der resistenten Tuberkulose sowie auch
- der hohe Anteil offener und damit infektiöser Lungen-Tuberkulosen zeigen eindrücklich, dass diese Krankheit in Deutschland nach wie vor ein nicht zu unterschätzendes Gesundheitsproblem darstellt, welches sich zunehmend in Risikogruppen konzentriert."

Und weiter: „Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Beachtung besonderer Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund. Unerlässlich sind und bleiben, dass das Wissen und die praktische Erfahrung im Umgang mit dieser Krankheit erhalten bleiben und durch entsprechende Aus- und Fortbildungen in Studium und Beruf (und in der Bevölkerung) gefördert werden.“ ■

Quellen: WHO – Global Tuberculosis Report 2015; Robert Koch-Institut: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch für 2014, Berlin, 2015; Robert Koch-Institut: Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2014, Berlin, 2015)

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



Lungenkrebs: Häufigkeit, Risikofaktoren und Vorbeugung

Der Lungenkrebs (auch als Bronchialkarzinom oder Lungenkarzinom bezeichnet) ist eine bösartige Geschwulst (maligner Tumor), die sich im Lungengewebe und in den Bronchien im Laufe mehrerer Jahre entwickelt.

von Prof. G. Goekenjan

Der Krebs geht aus normalen Zellen des Lungengewebes hervor, die sich zu abnormen Zellen umwandeln, wesentlich schneller als normale Zellen wachsen und in der weiteren Entwicklung zu Absiedlungen (Metastasen) in umgebenden Lymphknoten und anderen Organen führen. Es gibt im Wesentlichen folgende Zelltypen des Lungenkrebses, die sich mit unterschiedlicher Geschwindigkeit ausbreiten:

- Das langsamer wachsende nicht-kleinzellige Lungenkarzinom (engl. NSCLC), das
 - Adenokarzinome,
 - Plattenepithelkarzinome,
 - großzellige Karzinome und andere umfasst und etwa 85% aller Fälle ausmacht und
- das schneller wachsende kleinzellige Lungenkarzinom (engl. SCLC) (etwa 15 % aller Fälle).

Häufigkeit und Prognose:

Der Lungenkrebs ist der häufigste zum Tode führende Krebs. Weltweit ist der Lungenkrebs 2012 bei etwa 1,8 Millionen Menschen aufgetreten, ca. 1,6 Millionen sind daran gestorben. In Deutschland sind im Jahr 2012 34.490 Männer und 18.030 Frauen an Lungenkrebs erkrankt und 29.713 Männer und 14.752 Frauen daran gestorben. Bei Männern liegt die absolute Zahl der Lungenkrebssterbefälle seit 1998 annähernd konstant bei etwa 29.000 jährlich, die Zahl der an Lungenkrebs erkrankten Frauen ist dagegen seit 1998 in Deutschland von 10.000 auf mehr als 14.000 pro Jahr angestiegen. Lungenkrebs ist in Deutschland bei Männern die häufigste Krebstodesursache, bei Frauen steht er inzwischen schon an zweiter Stelle nach dem Brustkrebs. In den USA ist der Lungenkrebs seit 1987 sowohl bei Männern als auch bei Frauen die häufigste Krebstodesart. Der Lungenkrebs gehört mit einer niedrigen relativen 5-Jahres-Überlebensrate (Anteil der Erkrankten, die nach 5 Jahren noch leben) von etwa 21 % bei



Lungenkrebs der rechten Lunge mit Metastasen in Lymphknoten des Mediastinums (Mittelfellraum zwischen den beiden Lungenflügeln) Schematische Zeichnung.

Frauen und 16 % bei Männern zu den prognostisch ungünstigen Krebserkrankungen.

Risikofaktoren:

Der Lungenkrebs kann durch zahlreiche Risikofaktoren verursacht oder in seiner Entwicklung gefördert werden. Gesichert sind insbesondere das Zigarettenrauchen, umweltbedingte und berufliche Faktoren sowie andere Erkrankungen und genetische Risikofaktoren.

Rauchen:

Die weitaus häufigste Ursache des Lungenkrebses ist das Rauchen. Bei etwa 80 – 90% der Patienten ist der Lungenkrebs durch Rauchen von Zigaretten und anderen Tabakprodukten bedingt. In Deutsch-

land haben 1990 – 1992 39,5% der Männer und 26,7% der Frauen im Alter von 18 – 69 Jahren geraucht. Während bei den Männern danach ein kontinuierlicher Abfall der Raucherquote bis auf 34,4% im Jahre 2011 festzustellen war, ist die Quote bei Frauen bis 2003 auf 32,2% angestiegen und dann bis 2011 auf 29,3% abgefallen.

Die Häufigkeit des Lungenkrebses folgt mit einer Verzögerung von etwa 20 – 30 Jahren der Zunahme oder Abnahme der Häufigkeit des Zigarettenrauchens. Das relative Lungenkrebsrisiko bei langjährigem Rauchen liegt bei etwa dem 10- bis 30-fachen des lebenslangen Nichtrauchers. Starkes langjähriges Rauchen führt zu einem lebenslangen Lungenkrebsrisiko von bis zu 30%, verglichen mit 1% oder weniger bei Nie-Rauchern (Raucher, die lebenslang insgesamt weniger als 100 Zigaretten geraucht haben).

Intensität und Dauer des Rauchens werden in „Packungsjahren“ (packyears) gemessen. Das Rauchen von 20 Zigaretten (1 Packung) pro Tag über ein Jahr entspricht einem Packungsjahr, das Rauchen von 40 Zigaretten (2 Packungen) pro Tag über 20 Jahre 40 Packungsjahren.

Die Beendigung des Rauchens vermindert das Lungenkrebsrisiko. Eine Abnahme des Lungenkrebsrisikos nach Rauchstopp ist nach etwa 5 Jahren erkennbar. Erst mehr als 15 Jahre nach Einstellen des Rauchens hat das Lungenkrebsrisiko um etwa

80 – 90% abgenommen, bleibt jedoch auch noch nach längeren Perioden der kompletten Abstinenz gegenüber Nie-Rauchern erhöht.

Im Zigarettenrauch sind mehr als 7.000 chemische Substanzen identifiziert worden, von denen mehr als 60 als krebserzeugend klassifiziert sind. Zu diesen zählen:

- polyzyklische aromatische Hydrocarbone (PAH),
- Benzo(a)pyren,
- Nitrosamine,
- Cadmium,
- Polonium 210,
- Blei,
- Formaldehyd.

Der Weg, durch den Zigarettenrauch einen Lungenkrebs verursachen kann, schließt eine große Zahl verschiedener Mechanismen und Substanzen ein, von denen derzeit noch die meisten unbekannt sind.

E-Zigaretten (elektronische Zigaretten), aus denen verdampftes Nikotin inhaliert werden kann und in deren Aerosol auch krebserzeugende Substanzen wie:

- Nitrosamine,
- Formaldehyd,
- Acetaldehyd,
- Acrolein,
- Nickel und
- Chrom

nachgewiesen werden konnten, sind erst seit einigen Jahren im Handel, so dass die Langzeitfolgen noch nicht absehbar sind. Bei Jugendlichen scheint

ANZEIGE



Espan-Klinik mit Haus ANNA

Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen



Gesundheitsarrangement z.B. „Tief durchatmen“ 1 Woche ab 569,- C/p.P. im DZ 2291 Karlsruhe

AHB/AR-Klinik, Rentenversicherung, alle Krankenkassen Beihilfe, Privatzahler

Stationäre und ambulante Angebote private Gesundheitsarrangements Heilklimatischer Kurort, Soleheilbad, Kneipp-Kurort



Die Espan-Klinik ist eine auf die Behandlung von Atemwegserkrankungen spezialisierte Rehabilitationsfachklinik. Unter der Leitung von zwei Lungenfachärzten werden Sie von einem erfahrenen Ärzte- und Therapeutenteam nach den neuesten medizinischen Leitlinien betreut.



Die ruhiger Lage direkt am Kurpark von Bad Dürnheim, das reizarme Klima auf der Höhe von 700m, die heilsame Wirkung der Bad Dürheimer Sole und die ebene Landschaft bieten hervorragende Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Rehabilitation

78073 Bad Dürnheim, Gartenstr. 9,
Tel: 07726/650
Fax: 07726/9395-929
E-Mail: info@espan-klinik.de;
www.espan-klinik.de

nach den bisher vorliegenden Daten durch E-Zigaretten der Einstieg in das Rauchen von Tabakzigaretten jedoch gefördert zu werden.

Passivrauchen:

Obwohl die Intensität der Rauchbelastung durch Passivrauchen weit geringer ist als die des Aktivrauchens, stellt auch das Passivrauchen ein Lungenkrebsrisiko dar, insbesondere da es häufig früher im Leben beginnt. Studien bei Ehepartnern von Rauchern haben ein um etwa 20 – 30% erhöhtes Lungenkrebsrisiko alleine durch Passivrauchen ergeben. Passivrauchen am Arbeitsplatz führte zu einem um etwa 12 – 19% erhöhten Lungenkrebsrisiko.

Umweltbedingte Risikofaktoren:

Allgemeine umweltbedingte Risikofaktoren des Lungenkrebses sind insbesondere:

- Luftverschmutzung (Dieselabgase, Feinstaub),
- Radon in Innenräumen und
- Rauch beim Verbrennen von Holz und Kohle in Innenräumen zum Kochen und Heizen (besonders in Entwicklungsländern).

Berufliche Risikofaktoren:

Berufliche krebserzeugende Stoffe sind Asbest, Arsen, Chrom, Formaldehyd, ionisierende Strahlung, Radon im Uranbergbau, Quarz- und Nickelstaub, polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, Hartmetallstaub, Vinylchlorid. Sie haben in etwa 10% der Fälle einen ursächlichen Anteil an den in den letzten Jahren diagnostizierten Lungenkarzinomen. Viele dieser Risikofaktoren wirken zusammen mit Tabakrauch gemeinsam verstärkend. Als Folge ist das Lungenkrebsrisiko bei kombinierter Einwirkung vervielfacht.

Beispiel: Wenn durch das Rauchen das Lungenkrebsrisiko um das 10-Fache erhöht ist und durch eine zusätzliche berufliche Asbestbelastung das Risiko um das 5-fache erhöht ist, dann ergibt sich daraus eine Erhöhung des Risikos auf etwa das 50-fache.

Krankheitsbedingte Risikofaktoren:

Bestimmte Erkrankungen können die Entwicklung von Lungenkrebs fördern, wie z. B.:

- eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD),
- eine Lungenfibrose,
- eine Virus-Infektion (z.B.: HIV- oder HPV Humanes Papillom-Virus)

Genetische Risikofaktoren:

Eine genetisch bedingte Gefährdung für einen späteren Lungenkrebs ist bereits aufgrund einer familiären Häufung anzunehmen, die nicht auf gleiche Rauchgewohnheiten oder lediglich Passivrauchen zurückzuführen ist. Am höchsten ist das Risiko bei Verwandten ersten Grades von Angehörigen mit frühzeitig aufgetretenem Lungenkrebs und bei mehrfachen Lungenkrebserkrankungen in der Familie.

Untersuchungen haben Gene identifiziert, die mit einem erhöhten Lungenkrebsrisiko einhergehen. Dabei handelt es sich um Gene, die z. B.

- eine Rolle bei der Nikotinabhängigkeit spielen,
- an der Regulierung der Zellteilung und der Reparatur fehlerhafter Chromosomen beteiligt sind,
- Enzyme für den Abbau der krebserzeugenden Stoffe regulieren oder
- Entzündungsreaktionen beeinflussen.

Lungenkrebs bei Nie-Rauchern:

Etwa 10 – 15% aller Lungenkrebserkrankungen treten bei Nie-Rauchern auf, d. h. Menschen, die lebenslang weniger als 100 Zigaretten geraucht haben. Als Ursachen kommen hier insbesondere Passiv-Rauchen, Radon und andere Umweltrisiken sowie genetische Risikofaktoren in Betracht.

Vorbeugung:

Aus der Kenntnis der Risikofaktoren ergeben sich Möglichkeiten zur Vorbeugung gegen den Lungenkrebs. Von größter Bedeutung ist dabei die Vermeidung des Rauchens durch Verhinderung des frühzeitigen Beginns, insbesondere bei Jugendlichen, und durch frühestmögliches Einstellen des Rauchens. Hierzu können Tabakentwöhnungsprogramme beitragen. Rauchen verursacht nicht nur Lungenkrebs, sondern auch

- COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung),
- Lungenemphysem,
- Herzkranzgefäßerkrankungen,
- Herzinfarkt,
- Schlaganfälle und
- andere schwere Krankheiten.

Raucher, die das Rauchen vor dem 50. Lebensjahr einstellen, verringern im Vergleich zu den weiter Rauchenden ihr Risiko, innerhalb der nächsten 15 Jahre zu sterben, um etwa die Hälfte.

Förderung des Nichtrauchens:

Durch gesetzliche Regelungen (Erhöhung der Tabaksteuer, Verbot der Abgabe von Tabakwaren an Jugendliche, Verbot des Rauchens in Gaststätten und öffentlichen Gebäuden, Einschränkung der Werbung für Tabakprodukte und abschreckende Krankheitsbilder) ist der Anteil rauchender Jugendlicher deutlich zurückgegangen und die Belastung durch Passiv-Rauchen vermindert werden. Allerdings scheint der Konsum von E-Zigaretten insbesondere bei Jugendlichen und Ex-Rauchern dafür etwa in gleichem Maße zugenommen zu haben.

Tabakentwöhnung: Da das Lungenkrebsrisiko durch Tabakrauchen bereits 5 Jahre nach Beendigung des Rauchens deutlich abnimmt und nach 15 Jahren um etwa 80 – 90% vermindert ist, kommt dem sofortigen Rauchstopp, möglicherweise auch mit Hilfe einer Nikotinersatztherapie durch Nikotinpflaster oder Nikotinkaugummi, mit zusätzlicher medikamentöser Unterstützung oder im Rahmen von Tabakentwöhnungsprogrammen große Bedeutung zu. In aktuellen Tabakentwöhnungsprogrammen werden dauerhafte Abstinenzraten von etwa 30% erreicht.

Früherkennung:

Da sich Krebserkrankungen über mehrere Jahre entwickeln, liegt es nahe, durch systematische Screening-Untersuchungen von Gruppen mit hohem Risiko den Krebs frühzeitig und in einem Stadium festzustellen, in dem er noch weitgehend heilbar und seine Ausbreitung noch nicht weit fortgeschritten ist. Unter Screening werden Untersuchungen gefährdeter Menschen verstanden, bei denen noch keine typischen Krankheitssymptome des Krebses vorliegen. Ziel ist die Feststellung des Krebses in einem frühen Stadium, in dem der Tumor noch klein ist und keine Metastasen verursacht hat, so dass er noch möglichst komplett entfernt werden kann und die Krebssterblichkeit gesenkt wird.

Durch regelmäßige jährliche Röntgen-Aufnahmen der Lunge oder durch jährliche mikroskopische Untersuchungen der Zellen im Auswurf konnte keine Verminderung der Sterblichkeit durch Lungenkrebs erzielt werden. In der 2011 veröffentlichten bei mehr als 50.000 starken Rauchern durchgeführten US-amerikanischen NLST-Studie (National Lung Screening Trial) wurde erstmals nachgewiesen, dass allein durch drei im Abstand von jeweils einem

Jahr durchgeführte Screening-Untersuchungen von Menschen mit hohem Lungenkrebsrisiko (Alter 55 – 74 Jahre, und einem Zigarettenkonsum von mehr als 30 Packungsjahren) mittels Niedrig-Dosis-Computertomographie (Low Dose CT, engl. LDCT) eine 20%ige Verminderung der Lungenkrebssterblichkeit erreicht wurde. In den USA wurde daraufhin ein jährliches Lungenkrebs-Screening mit Niedrig-Dosis-CT bei Menschen von 55 – 80 Jahren mit einem Zigarettenkonsum von 30 Packungsjahren und mehr empfohlen, die noch rauchen oder es in den letzten 15 Jahren aufgegeben haben. Durch das Niedrig-Dosis-CT soll die Strahlenbelastung, die mit dem CT verbunden ist, verringert werden, da sonst mit einer hohen Strahlenbelastung auch ein zusätzliches Krebsrisiko einhergeht.

Als Risiko des LDCT-Screenings wird die hohe Zahl falsch positiver Befunde des CT angesehen, die eine weitere Klärung durch operative oder andere invasive Maßnahmen erforderlich machen und daher mit sonst nicht eingegangenen Operationsrisiken verbunden sind. In Deutschland wird wegen des ungeklärten Nutzen-Risiko-Verhältnisses ein derartiges Screening nicht empfohlen. Die Ergebnisse von weiteren europäischen Studien zum LDCT-Screening stehen noch aus.

Fest steht: Wirksamer als ein Screening zur Verminderung der Sterblichkeit durch Lungenkrebs ist das frühzeitige Aufgeben des Rauchens. Das Screening ist keinesfalls ein Ersatz für einen Rauchstopp und sollte immer mit einer sofortigen Beendigung des Rauchens verbunden sein. ■

Der Autor:
Prof. Dr. med.
Gerd Goeckenjan
Am Ziegenberg 95
34128 Kassel, E-Mail:
GGoeckenjan@t-online.de



Atembeschwerden auch ohne Erkrankung der Lunge, der Atemwege und der Atempumpe

Funktionelle Atemstörungen

Atemnot ist ein subjektives Empfinden, eine Körperwahrnehmung, die nicht objektiviert werden kann. Anhand von Beschreibungen oder Angaben auf Skalen, anhand von klinischem Befund und Messungen lassen sich die Auswirkungen von Atemnot erfassen.

von Dorothea Pfeiffer-Kascha

Atembeschwerden können sehr vielfältig sein, beispielsweise angestrenzte Atmung in Ruhe oder bei Belastung, Kurzatmigkeit, akute oder chronische Atemnot. Patienten mit obstruktiven Lungenerkrankungen, wie COPD und Asthma, haben besonders Probleme mit und bei der Ausatmung. Die eingeatmete Luft kann bei vorliegender Verengung der Atemwege nur mühsam und nicht vollständig ausgeatmet werden. Dies gilt in besonderem Maße bei körperlichen Anstrengungen, Belastungen, aber auch bei Angstzuständen.

Oft wird bei Erkrankungen mit geschwächter Atemmuskulatur oder bei eingeschränkter „Dehnbarkeit der Lunge“ ein Gefühl „ausgeprägter Kurzatmigkeit“ und von „Erstickungsangst“ beschrieben.

Atembeschwerden bei Erkrankungen der Atemwege, der Lunge und der „Atempumpe“ (d.h. der Atemmuskulatur) können auf Entzündungen, Verengungen, Erweiterungen oder bindegewebige Veränderungen der genannten Strukturen sowie auf Muskel- und Nervenschädigungen zurückgeführt werden.

Verdacht auf Hyperventilation:

- Gefühl von ungenügender Atmung
- „Erschwertes“ Einatmen
- (zu) schnelle Atmung
- Vermehrtes Seufzen und Gähnen
- Schwindel u. Kopfschmerzen
- Kribbeln in den Fingern und um den Mund
- Angstgefühl, Panik
- Innere Anspannung

Abb.: 1
Mögliche Zeichen einer Hyperventilation, d.h. „Überatmung“



Abb.: 2
Rückatmung mittels „Handmaske“ bei akuter Hyperventilation

Dagegen sind Atemwege, Lunge und „Atempumpe“ bei sogenannten „funktionellen Atemstörungen“ in der Regel gesund. Trotz intensiver Untersuchungen kann dann oft keine hinreichende körperliche Krankheitsursache gefunden werden. Betroffene leiden unter respiratorischen Symptomen durch Fehlfunktionen (sog. dysfunktionelle Symptome), die häufig als sehr belastend wahrgenommen werden. Verbreitete Beschreibungen lauten: „Ich komme mit der Luft nicht durch“, „Ich brauche mehr Luft als reingeht“, „Einatmung ist nicht so gründlich“, „Luft geht nicht bis unten“....

Eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie/ Kinderpneumologie befasst sich mit folgenden dysfunktionellen respiratorischen Symptomen:

- Hyperventilation („Überatmung“)
- Vocal Cord Dysfunction (engl. für: Stimmband-Fehlfunktion, d.h. „Enge“ im Kehlkopf während der Einatmung)
- Habituellem Husten (gewohnheitsmäßiger Husten, aber nicht nachts)
- DATIV (Abkürzung für Dysfunktionelle Atmung vom thorakalen Typ mit insuffizienter Ventilation, d.h. einer belastungsbedingten Atemnot bei auffälliger „Brustatmung“)
- Schnorchelstereotypie, Räusperzwang, Seufzerydypnoe etc.

Erklärt werden diese Symptome mit einer gesteigerten Reaktion des Organismus auf äußere oder interne Reize. Psychische (z.B. Stress oder Angst) oder biologische (z.B. körperl. Belastung) Auslösefaktoren können eine angeborene oder erworbene erhöhte Anfälligkeit verstärken.

Nach der medizinischen Diagnosestellung besteht die ärztliche Therapie insbesondere in der Aufklärung. Konkret: Die Untersuchungsergebnisse geben keinen Anlass zur Sorge an einer Lungenerkrankung zu leiden. Das Wissen um die individuellen Symptome beeinflusst dabei die spezifische Beratung.

Hyperventilation („Überatmung“)

Schwerpunktmäßig sei in diesem Artikel die Hyperventilation (ohne organische Ursache) aus physiotherapeutischer Sicht angesprochen. Es handelt sich um eine funktionelle Störung, die sowohl im Jugend- wie auch Erwachsenenalter auftreten und die Lebensqualität deutlich beeinträchtigen kann. Häufig werden Angstzustände oder starke emotionale Belastungen als Auslöser gefunden.

Bei der Hyperventilation, einer „Überatmung“, wird über den belastungsangepassten Bedarf mehr Luft (d.h. Sauerstoff) eingeatmet. Die daraus resultierende Reduzierung von Kohlendioxid (CO₂) im Blut bedingt erhebliche Störungen in der Atemregulation und in Stoffwechselprozessen. (siehe Abb. 1) Das Gefühl „Ich brauche mehr Luft als ich bekommen kann“ verursacht Unsicherheit und das Bedürfnis, immer tiefer einatmen zu wollen. Mundatmung, häufiges Seufzen und angestregtes Atmen besonders im oberen Brustkorb sind zu beobachten. Doch nicht Sauerstoffmangel, sondern ein übermäßiges Abatmen von Kohlendioxid aus dem Blut über die Lunge fördert diese übermäßige Atmung. Das Therapieziel zur Reduktion dieser übermäßigen Atmung (Hyperventilation) besteht u.a. in der Erhöhung des Kohlendioxidspiegels im Blut.

Bei der akuten Hyperventilation bedeutet dies, die Kohlendioxid-haltige Ausatemluft für eine begrenzte Zeit wieder einzuatmen, bis die deutlichen Symptome der Hyperventilation nachlassen. Kleinere Atemvolumina werden für eine begrenzte Zeit mit Hilfe einer Tüte oder der „Handmaske“, die bündig vor Mund und Nase gehalten werden, ruhig ein und ausgeatmet. (Siehe Abb.2) Mit dieser

„Tagtäglich,
ein verlässlicher Partner,
ich Sorge dafür.“

Juan Gutierrez,
Servicemitarbeiter bei GTI medicare



JETZT AUCH
URLAUBS-
VERSORGUNG
IN ITALIEN!

Wenn Sie uns
brauchen, sind wir da!

Kompetent und zuverlässig – wir versorgen Sie an
365 Tagen bundesweit mit med. Sauerstoff.

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

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

Selbsthilfetechnik lässt sich der erniedrigte Kohlendioxidgehalt im Blut schnell erhöhen.

Bei der chronischen Hyperventilation ist dauerhaft und oft unbemerkt ein leicht erniedrigter Kohlendioxid-Spiegel (CO₂) im arteriellen Blut vorhanden. Über Tage, Wochen und Jahre kann die daraus resultierende, veränderte Stoffwechsellage die Betroffenen beeinträchtigen. Spezielle Atemphysiotherapeutische Übungen sind dann erforderlich, wie auch bei der Tendenz zu wiederholter akuter Hyperventilation.

Atemphysiotherapie

Ziel der ärztlich verordneten Physiotherapie/ Atemphysiotherapie ist es, den Betroffenen über sein Krankheitsgeschehen aufzuklären und das natürliche Atemmuster (siehe Abb. 3) wiederherzustellen. Im Rahmen der Befragung nach vorhandenen Beschwerden (Anamnese) und anschließender Befunderhebung, auch mithilfe von speziellen Fragebögen, erfasst die Physiotherapeutin das jeweilige funktionelle Problem. Aufklärung und Information zu dem bestehenden Atemmuster wie auch ein gemeinsam entwickeltes Behandlungsziel gehen dabei den konkreten Behandlungstechniken voraus. Bei akuter oder chronischer Hyperventilation spielt das Atemmuster, d.h.: die individuelle Art und Weise zu atmen, eine wichtige Rolle. Die Atmung durch die Nase, die Zwerchfellatmung („Bauchatmung“) und angemessene Atempausen zeichnen eine natürliche Atmung aus. Gewohnheitsmäßige Mundatmung und Atembewegungen vor allem des oberen Brustkorbes („Brustatmung“) erschweren den natürlichen Atemvorgang.

Ist die Atmung durch die Nase nicht anatomisch eingeschränkt (z.B. durch Einengungen), verbessern spezielle Übungen die Nasenatmung, so dass diese wieder ganz selbstverständlich wird. Nasendusche, befeuchtende, salzhaltige Nasensprays oder „therapeutisches“ Kaugummi-Kauen mit geschlossenen Lippen wirken dabei unterstützend.

Je nach physiotherapeutischem Befund ist es notwendig, Gewebestrukturen wie z.B. Muskulatur oder Bindegewebe/Faszien, am Rumpf in ihrer erhöhten Spannung zu reduzieren. Das Zwerchfell als entscheidender Atemmuskel soll in seiner Beweglichkeit frei sein. Eine erhöhte Dauerspannung der Bauchdecke, z.B. unbewusst infolge von Stress-

Wiederherstellen des natürlichen / physiologischen Atemmusters durch

- bevorzugte Ein- u. Ausatmung über die Nase
- Wiedereinübung der Zwerchfellatmung, d.h. „Bauchatmung“
- Pause am Ende der Ausatmung

Abb.: 3
Charakteristika des natürlichen Atemmusters

faktoren, wirkt hier teilweise stark behindernd. Auch ein anfangs bewusstes, später unbewusstes Einziehen des Bauches, um den Bauch schlanker erscheinen zu lassen, stört die natürliche Beweglichkeit der Atemmuskeln. Das „Wiedererlernen“ der Zwerchfellatmung ist dann notwendig.

Mit speziellen physiotherapeutischen Atemtechniken zur Verringerung des Atemvolumens und der Zahl der Atemzüge incl. willkürlicher Atempausen soll langfristig der im Blut erniedrigte Kohlendioxid-Spiegel wieder normalisiert werden. Angeleitete Übungen zu dieser „Atemkontrolle“ gilt es, mehrfach am Tag zu wiederholen. Auch im Alltag, z.B. bei körperlicher Bewegung, werden die erlernten Techniken eingesetzt, um einen geringen „Lufthunger“ vorübergehend zu tolerieren und um sich an ein geringeres Atemvolumen zu gewöhnen. Eine bedarfsgerechte Atmung ist das Ziel.

Die Kenntnis über den Zusammenhang von „Überatmung“ und den daraus oft resultierenden Symptomen hilft den Betroffenen, die wahrgenommenen Veränderungen und Beschwerden zu deuten und frühzeitig mit den speziellen Techniken gegenzusteuern. Ein wiederhergestelltes natürliches Atemmuster ermöglicht dann wieder sportliche Aktivitäten und verbessert die zuvor reduzierte Lebensqualität deutlich. ■

Die Autorin:
Dorothea Pfeiffer-Kascha
Physiotherapeutin /
Schwerpunkt
Atemphysiotherapie
Physiotherapie-Praxis
Röske
Hofkamp 33
42103 Wuppertal



Bleiben Sie aktiv – trotz Lungenerkrankung

Sport und körperliche Betätigung sind für Menschen mit Lungenerkrankungen wichtige Eckpfeiler einer umfassenden Therapie. Bewegung kann zu einer Verbesserung des Herz-Kreislauf-Systems sowie zu einer Stärkung der für die Atmung relevanten Muskelgruppen beitragen. Dies gilt für Menschen mit COPD und Asthma ebenso wie für Menschen mit dem seltenen Alpha-1-Antitrypsin-Mangel (Alpha-1).

Auch wenn es manchmal schwer fällt, um Lunge und Körper fit zu halten, ist Bewegung unverzichtbar. Das Problem: Alpha-1 kann, wie auch andere Lungenerkrankungen, schnell in einen Teufelskreis führen. Wegen der bereits vorhandenen Atemnot wird Bewegung als belastend und anstrengend empfunden. Betroffene neigen dann schnell dazu, sich zu schonen. Durch eine verminderte Aktivität wird jedoch Muskulatur abgebaut, was wiederum die Atemnot steigert, da Bewegung mit verringerter Kraft noch anstrengender ist.

Die positiven Auswirkungen von Bewegung, Lungensport und Atemtherapie auf den Krankheitsverlauf sind hinreichend belegt. Wer einmal am Ball ist, kann schnell deutliche Verbesserungen spüren – und das motiviert zum Weitermachen. Und eine bessere Krankheitsbewältigung hat auch Auswirkungen auf die Lebensqualität.

Sport- und Atemtherapie auf DVD

Anleitungen und Tipps gibt die DVD „Sport- und Atemtherapie für Patienten mit Lungenemphysem“ und die passende Broschüre des AlphaCare Patientenprogramms. Die ersten 50 Interessierten erhalten die Materialien kostenfrei. Schreiben Sie dafür einfach eine E-Mail an: redaktion@alpha-care.de.

AlphaCare ist das Serviceprogramm für Menschen mit Alpha-1. Neben wissenschaftlich fundierten und patientengerechten Informationen bietet es konkrete Unterstützungsangebote und Hilfestellungen. Entwickelt wurde das Programm von dem Unternehmen Grifols, gemeinsam mit ausgewählten Alpha-1-Centern, Lungenfach- und Hausärzten sowie Patienten und Angehörigen. Darüber hinaus wird es von der Patientenorganisation Alpha1 Deutschland e. V. unterstützt.

Alpha-1-Antitrypsin-Mangel

In Deutschland leben schätzungsweise ca. 10.000 Menschen mit einem schweren Alpha-1-Antitrypsin-Mangel. Experten gehen davon aus, dass die Erbkrankheit



bislang bei nur 10% der Betroffenen diagnostiziert wurde. Denn Alpha-1 wird wegen der ähnlichen Symptome, wie Husten, Auswurf und Atemnot, häufig mit einer COPD verwechselt. Bei Alpha-1 sorgt ein Gendefekt dafür, dass das Eiweiß Alpha-1-Antitrypsin in nicht ausreichender Menge von der Leber in den Blutkreislauf und damit in die Lunge transportiert wird. Dies führt dazu, dass das Enzym neutrophile Elastase, das in der Lunge Krankheitserreger und Schadstoffe bekämpft, nicht ausreichend neutralisiert wird. In Folge wird gesundes Lungengewebe geschädigt, was im Verlauf zu einer irreversiblen Zerstörung im Bereich der Atemwege und Lungenbläschen führen kann. Mit einem einfachen Schnelltest (AlphaKit @QuickScreen) kann die Erkrankung allerdings leicht ausgeschlossen werden.

Mehr Informationen finden sie unter
www.alpha-care.de

Allergie gegen Küchenarbeit – ein Aprilscherz?

von Professor Jens-Oliver SteiB



Der konkrete Fall

Ein 14-jähriger Junge hilft seiner Mutter bei der Vorbereitung des Abendessens in der Küche. Während des Schälens von Kartoffeln klagt er plötzlich über ein Brennen der Mundschleimhaut und akute Atemnot. Der Mutter fällt auch eine Schwellung des Gesichts auf. Nach sofortigem Verlassen der Küche, und mehrfacher Inhalation eines kurz wirkenden Betasympathomimetikums (Salbutamol) und Einnahme eines Antihistaminikums erfolgt seine Vorstellung in der Notaufnahme des lokalen Krankenhauses. Dort kommt es unter Beobachtung zu einer langsamen Besserung seines Zustandes.

Etwa drei Wochen nach diesem Ereignis erfolgt nachträglich die Anamneseerhebung und Untersuchung beim Kinder-Allergologen. Auf Nachfrage berichtet der Junge, gekochte Kartoffeln allgemein gut zu vertragen.

An Begleiterkrankungen bestehen ein medikamentös gut kontrolliertes **Asthma bronchiale** und eine **allergische Rhinokonjunktivitis** bei nachgewiesener **Sensibilisierung** gegen Frühblüher und Gräser.

Die allgemeine Untersuchung war unauffällig.

Bei der Blutuntersuchung fanden sich erhöhte IgE spezifische Antikörper etwa vierfach erhöht über

dem Normalwert, als deutlicher Hinweis auf eine allergische Sensibilisierung sowie spezifische Antikörper gegen Kartoffeln.

Weiterhin wurden Antikörper gegen Lieschgras, Birke und Hausstaubmilben nachgewiesen. Bei der durchgeführten Hauttestung war nach einer Beobachtungszeit von 20 Minuten der Prick-zu-Pricktest positiv. Es kam zu einer etwa 8 mm großen Quaddelbildung, einer leichten Hautrötung mit begleitendem lokalen Juckreiz (Abb. 1 und Abb. 2).

Diskussion

Die Kartoffel (*Solanum tuberosum* L, Fam. Solanaceae), auch deutsche „Schicksalspflanze“ genannt, ist in vielen Ländern ein Grundnahrungsmittel. Weltweit werden ca. 1000 Kultursorten angebaut. Sie wird in unzähligen Varianten zubereitet, kommt in zahlreichen Fertigprodukten und als Nahrungsmittelzusatzstoff vor. Die Kartoffel besitzt neben Stärke als kalorienlieferndem Inhaltsstoff einen hohen Gehalt an Vitamin C sowie biologisch wertvolles Eiweiß. Bezogen auf ihren weit verbreiteten Verzehr sind allergische Reaktionen auf Kartoffeln ausgesprochen selten und stellen als nachgewiesene Ursache einer Nahrungsmittelallergie eine Rarität dar. Meist wird bei allergischen Reaktionen auf rohe Kartoffeln von Kontaktreaktionen der Haut, Mundschleimhaut und vereinzelt geringen

respiratorischen Symptomen berichtet. Eine beginnende ausgeprägte **Schock-Symptomatik**, wie bei diesem jugendlichen Patienten, ist sehr selten.

Der häufigste Weg einer Sensibilisierung ist das Schälen von rohen Kartoffeln. Meist reagieren **Birkenpollen- und Haselnussallergiker**, so dass von einer Nahrungsmittelallergie als Folge einer bestehenden immunologischen **Kreuzreaktivität** auf Inhalationsallergene auszugehen ist. Bei entsprechendem Verdacht auf eine Sensibilisierung empfiehlt sich die Bestimmung von spezifischen Antikörpern – im konkreten Fall gegen Kartoffeln – im Blut sowie ergänzt durch Hauttestungen, z.B.: als Reibetest oder Kratztest, wie mit einer rohen Kartoffel.

Eines der Haupt-Allergene der Kartoffel ist das Speichereiweiß **Patatin** (ein Protein), das etwa 30 – 40 % aller in Kartoffeln enthaltenen Proteine ausmacht. Es wird durch Hitze über 100°C, wie sie beim Braten und Frittieren, wohl aber nicht beim Kochen, zerstört. Patatin zeigt eine **Kreuzreaktion mit Latex**, durch das etwa die Hälfte aller Latexallergiker sensibilisiert wird. Nicht geklärt ist, warum es bei wenigen Patienten neben lokalen allergischen Symptomen zusätzlich zu einer darüber hinaus-

gehenden Ganzkörperreaktionen kommt. Vermutete Auslöser sind die große zusätzliche Dosis des auslösenden Allergens, der spezifische individuelle Sensibilisierungsgrad gegenüber dem jeweiligen Kartoffelallergen und unbekannte weitere „verstärkende“ Faktoren.

Beruhigend ist: Ausreichend gekocht, werden die Speisekartoffeln aber auch von Kartoffelallergikern fast immer reaktionslos und ohne Reue genossen. ■

Der Autor:

Prof. Dr. med. Jens-Oliver SteiB

Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH

Justus-Liebig-Universität
Gießen

Pädiatrische Pneumologie
und Allergologie

Feulgenstraße 12
35385 Gießen

Tel.: 0641/985-57621
Fax: 0641/985-57628

e-mail: Jens-Oliver.
Steiss@paediat.med.uni-
giessen.de



ANZEIGE



KLINIK BAD REICHENHALL

Zentrum für Rehabilitation
Pneumologie und Orthopädie

Eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd

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

Wir setzen seit 60 Jahren Standards in der pneumologischen Rehabilitation

KLINIK BAD REICHENHALL

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

„Kaum noch eine Pause bei den Pollenallergien“

Der Winter 2015/2016 war für Allergiker kaum eine Zeit der Erholung. Die milden Temperaturen führten schon im Februar zum ersten stärkeren Pollenflug. Damit setzt sich ein Trend der letzten Jahre fort, der für Allergiker nichts Gutes bedeutet.

„Die beschwerdefreie Winterpause für Pollenallergiker wird immer kürzer“, erklärt Dr. Gerd Schauerte, Allergologe im Asthmazentrum des CJD Berchtesgaden. 2016 machen sich extrem früh die Allergiebeschwerden bemerkbar. Pollen der Haselnuss sorgten schon ab Anfang Februar für laufende Nase und brennende Augen. Ab Mitte März kommen verstärkt Erlenpollen und die besonders aggressiven Birkenpollen hinzu. In der Regel machen sich Baumpollen der Frühblüher bei Temperaturen über 10 °C bemerkbar. „Die Tendenz der letzten Jahre zu einer Verlängerung der Pollenflugzeiten setzt sich fort“, betont Dr. Gerd Schauerte, der in dem Berchtesgadener Rehabilitationszentrum asthma- und allergiekrankte Kinder und Jugendliche betreut. Noch seien die Auswirkungen auf die Therapie recht begrenzt, so der Allergieexperte. Das Zeitfenster für eine subcutane Hyposensibilisierung, die außerhalb der Pollenzeit gestartet werden sollte, wird in manchen Regionen Deutschlands schon deutlich kleiner. „Gegen akute Beschwerden helfen die bewährten Nasen- und Augentropfen“, so Dr. Schauerte. Deren Antihistaminika-Wirkstoff reduziert die allergischen Reaktionen deutlich. Mit Antihistaminika-Tabletten ist auch ein vorbeugender Schutz möglich. Weitere Medikamente sind jedoch manchmal notwendig.



Mit einem Pricktest lässt sich feststellen, auf welche Pollen ein Allergiker reagiert.

(z. B. Lavendel, Salbei), Kletterpflanzen (z.B. Efeu) Farne und Moose ausweichen.

- Bei Autofahrten Fenster geschlossen halten und die Lüftung nur bei Autos mit eingebautem Luftfilter benützen oder einen neuen einsetzen lassen, zumindest vor der Pollensaison.
- Sonnenbrillen mit Seitenschutz helfen bei Überempfindlichkeit gegen Helligkeit.
- Abends regelmäßig Haare waschen.
- Einmal-Taschentücher benutzen.
- Bei der Urlaubsplanung nutzen, dass im Hochgebirge der Pollenflug bis zu vier Wochen später einsetzt und oft deutlich geringer ist.
- Eher einen Seeurlaub planen.
- Bei trockenem, leicht windigem Wetter möglichst im Haus bleiben. ■

Nach einer Pressemeldung des CJD Bayern

Urlaub ohne Pollenplage

Allergiker, die ungetrübte Urlaubsfreuden genießen wollen, sollten bei der Reiseplanung einiges beachten. Auch Reiseanbieter gehen immer stärker auf die besonderen Bedürfnisse der rund 20 Millionen Deutschen ein, die unter Allergien leiden.

„Am häufigsten sind allergische Reaktionen auf Pflanzenpollen“, so Dr. Gerd Schauerte, Allergologe im CJD (Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands) Berchtesgaden – Asthmazentrum. „Deshalb ist das auch für die Urlaubsplanung am relevantesten. Je nach Reiseziel unterscheiden sich Klima und Vegetation erheblich und damit auch die Allergenbelastung.“ In Mitteleuropa sind höhere Berglagen günstig, weil dort weniger Pollen in der Luft sind. Schon ab 1.000 m Höhe treten deutlich weniger Beschwerden auf. Außerdem gibt es auch weniger allergieauslösende Schimmelsporen und Hausstaubmilben, denn die kleinen Spinnentiere schätzen trockene Bergluft nicht sehr. Ein weiterer Vorteil in den Bergen ist die geringere Menge an Luftschadstoffen, die vor allem in Städten die Wirkung der Allergene erheblich verstärken können.

Ein besonderer Tipp speziell für asthma- und allergiekrankte Kinder und Jugendliche sind sogenannte Asthma-Camps in den bayerischen Alpen. Bei diesen zweiwöchigen Aufenthalten bekommen die Teilnehmer eine Schulung im richtigen Umgang mit ihren chronischen Beschwerden.

Oft wird Allergikern auch ein Aufenthalt am Meer empfohlen. Dr. Schauerte warnt aber: „Wer eine



Bergurlaub ist sowohl für Pollen- als auch für Hausstaubmilben-Allergiker eine gute Wahl.

Milbenallergie hat, sollte sich das überlegen. Ein ausgeglichenes, feuchtes Küstenklima bietet Milben leider beste Lebensbedingungen. Dort können sie sich ungebremst vermehren.“ Wer trotz Milbenallergie nicht auf einen Nord- oder Ostseeurlaub verzichten möchte, sollte eine gut bestückte Reiseapotheke mitnehmen.

Das gilt auch für Auslandsreisen, ganz besonders für Fernreisen: „Nicht überall sind Allergiemedikamente ohne weiteres zu kaufen“, betont Dr. Schauerte. Die aktuelle Pollenlage und eine Vorhersage kann man für ganz Europa unter www.polleninfo.org abrufen. Im Internet gibt es ebenfalls Hinweise auf allergikerfreundliche Hotels, z.B. auf www.ecarf-travel.org. Viele Unterkünfte gehen durch eine entsprechende Ausstattung auf die besonderen Bedürfnisse von Allergikern ein. ■

Nach einer Pressemeldung des CJD Bayern

ANZEIGE

Sauerstoff immer und überall

- unterwegs mit Akku
- verordnungslähig
- im Flugzeug zugelassen
- zu Hause an der Steckdose
- im Auto am Zigarettenanzünder

Beratungstelefon
03651 20 57 18 18

Folgen Sie uns auf Facebook

www.sauerstoffkonzentratoren.de

NEU Modelle im Sortiment:
Inogen One G3 (5 Stufen) • SimplyGo mini+
Zen-O • Inogen Al Home

24h
REPARATUR

air-be-c
Medizintechnik

Spezialisierte Fachhandel seit 1993

Ein Anbieter. Alle mobilen Sauerstoffkonzentratoren.

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

S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP):

„Nicht-invasive Beatmung als Therapie der akuten respiratorischen Insuffizienz“

von Dr. Ortrud Karg

Was ist eine Leitlinie (LL) und was bedeutet die Abkürzung S3?

Leitlinien sind systematisch entwickelte Handlungsempfehlungen, die aktuelles Wissen wiedergeben, um die Entscheidungsfindung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen. Vorrangiges Ziel ist die Verbesserung der medizinischen Versorgung. LL ersetzen nicht die individuelle ärztliche Entscheidung, in begründeten Fällen muss von ihnen abgewichen werden. Nach dem AWMF (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften) –Regelwerk gibt es in den LL eine Stufenklassifikation von S1 bis S3, wobei S3 als höchste Stufe eine Evidenz¹- und Konsensbasierte² LL darstellt.

Was heisst nicht-invasive Beatmung (engl. NIV: Non-Invasive Ventilation)?

NIV bedeutet eine mechanische Beatmung ohne das (invasive) Einbringen eines Beatmungsschlauches (Tubus) in die Luftröhre. Der Unterschied zur invasiven Beatmung besteht also lediglich im Beatmungszugang. Ein Tubus führt häufig zu Atemwegsinfektionen (eitrige Bronchitis und Lungenentzündung), bei NIV ist dieses Risiko deutlich reduziert.

Mit NIV beatmete Patienten benötigen keine oder nur geringe Dosen von Medikamenten zur Beruhigung (Sedierung), sie sind also während der Beatmung meist wach. Dies wiederum führt zu deutlich kürzeren Beatmungszeiten und kürzeren Krankenhausaufenthalten.

Warum eine LL zur NIV und wie kam sie zustande?

Trotz des Nachweises, dass bei bestimmten Indikationen, v.a. bei Patienten mit Akuter Exazerbation einer chronisch obstruktiven Bronchitis (AECOPD) durch den Einsatz von NIV anstatt invasiver Beatmung die Prognose und Sterblichkeit bei dieser Krankheit gesenkt werden können, war diese Methode nur unzureichend verbreitet.

Dies nahmen Experten zum Anlass, eine entsprechende LL auf S3-Niveau zu erstellen. Zunächst mussten das Ziel der LL und die Zusammensetzung der Entscheidergruppe aus verschiedenen Fachgesellschaften festgelegt und die konkreten Fragestellungen der LL formuliert werden.

Nach Anmeldung bei der für LL in Deutschland zuständigen AWMF kam die eigentliche LL-Erstellung mit einer systematischen Literaturrecherche und –bewertung und einer strukturierten Konsensfindung. Ausgesprochene frühere Empfehlungen wurden bewertet und eventuell redaktionell bearbeitet und die Ergebnisse wissenschaftlich überprüft (evaluiert). Am Schluss steht die Veröffentlichung in einer anerkannten wissenschaftlichen Zeitschrift und/oder auf der Internetseite der AWMF.

Der gesamte Prozess der Erstellung einer LL bedeutet viel Aufwand und nimmt meist mehrere Jahre in Anspruch.

Wir begannen mit der konkreten Arbeit erstmals 2005 und haben 2008 eine erste Fassung veröffentlicht. In der Leitlinie wurde hervorgehoben, dass der Nutzen der NIV abhängig von der Indikationsstellung unterschiedlich zu bewerten ist. Jede LL ist jedoch – z.B. durch den wissenschaftlichen Fortschritt – nur eine begrenzte Zeit gültig.

Im Jahr 2011 haben wir dieses Vorgehen wiederholt: Es wurden von uns mehr als 5000 internationale Literaturstellen erfasst. Davon wurden 500 Veröffentlichungen im Einzelnen durchgesehen, analysiert und bewertet. Delegierte von 11 wissenschaftlichen

LITERATUR:

M. Westhoff, B. Schönhofer, P. Neumann et al. Nicht-invasive Beatmung als Therapie der akuten respiratorischen Insuffizienz. S3-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. Pneumologie 2015;69:719–756.

Fachgesellschaften haben in 7 Arbeitsgruppen entsprechende Empfehlungen zum Thema der LL erarbeitet und für diese Tabellen erstellt. Das Manuskript wurde in mehreren Zusammenkünften (Konsensuskonferenzen) ausführlich diskutiert und mehrfach überarbeitet. Anschließend mussten alle beteiligten Fachgesellschaften dem Manuskript zustimmen. Vier Jahre später – 2015 – konnte dann diese medizinische Aktualisierung (Update) veröffentlicht werden.

Was sind die wesentlichen Empfehlungen in dieser Leitlinie?

Der medizinische Hintergrund dieser LL ist die klare Definition des Krankheitsbildes eines akuten Atemversagens (respiratorische Insuffizienz):

- Entweder ist die Aufnahme von Sauerstoff (O₂) oder das Atmen von Kohlendioxid (CO₂) akut beeinträchtigt.

Erkrankungen der Lunge führen primär zu:

- einer erschwerten Sauerstoffaufnahme und damit einem reduzierten Sauerstofftransport im Blut (Hypoxämie),

Störungen der Funktion der Atempumpe (Atemmuskeln, Skelett, Nervensystem)

- zu einer verminderten CO₂-Abatmung (Hyperkapnie), daraus folgend (sekundär) ebenfalls zu einer verminderten Sauerstoffaufnahme.

Nicht-invasive Beatmung (NIV) ist v.a. bei Vorliegen einer verminderten CO₂-Abgabe aus dem Blut (hyperkapnische Störung) angesagt. Das beste Beispiel hierfür ist die akute Exazerbation einer chronisch obstruktiven Bronchitis (AECOPD):

- Das Atemversagen ist hauptsächlich durch vermehrte Atemarbeit bedingt.
- Durch die Beatmung wird aber die Atemmuskulatur sehr wirksam entlastet.

Die Beatmung kann grundsätzlich zeitlich befristet durchgeführt werden. So gelingt auch die Entwöhnung von der Beatmung meist schnell, da die betroffenen Patienten nicht oder nur wenig beruhigt (sediert) werden müssen.

Andererseits wird bei invasiver Beatmung (mit einem Tubus) dagegen die Entwöhnung bei COPD-Patienten häufig sehr schwierig und langwierig. Lange Beatmungszeiten erhöhen wiederum deutlich das Risiko einer mit der Beatmung verbundenen schweren Infektion der Atemwege. Daher kann durch den Ein-

satz dieser Beatmungsform (NIV) die Sterblichkeit (Mortalität) z.B. durch Lungenentzündungen (Pneumonien) deutlich gesenkt und der Krankenhausaufenthalt verkürzt werden. Bei der Entwöhnung der COPD-Patienten von der invasiven Beatmung sollte man frühestmöglich von dieser relativ „risikoreichen“ Beatmungsform auf die risikoärmere NIV wechseln.

Bei Patienten mit einem Lungenödem (Flüssigkeitsansammlung in der Lunge, oft in Folge einer Herzmuskelschwäche, d.h. Herzinsuffizienz) steht vor allem die Unterstützung der Atmung durch Aufrechterhaltung eines möglichst gleichbleibenden positiven Atemwegsdruckes im Vordergrund. Dies wird durch eine sog. kontinuierliche, positive Atemwegsdruckbeatmung (engl. CPAP) über eine Maske erreicht.

In anderen Situationen, wie dem Lungenversagen durch Sauerstoffunterversorgung (Hypoxämie), z.B. bei Lungenentzündungen, sind die Ergebnisse dieser Beatmungsform (NIV) weniger gut. Die Methode sollte nur bei leichteren Krankheitsformen zur Anwendung kommen. Ausgenommen sind jedoch Patienten mit besonders stark ausgeprägter Infektionsneigung, z.B. bei immunsuppressiver Behandlung. Hier ist die NIV als Beatmungsform vorteilhaft.

Abschließend bewertet diese LL unterschiedliche Beatmungsgeräte und –techniken, die Vor- und Nachteile der verschiedenen Beatmungsmasken sowie die praktische Durchführung.

Zusammengefasst soll diese **aktualisierte LL** den Ärzten eine **Handlungsempfehlung** für das „**wann**“ und „**wie**“ einer erforderlichen nicht-invasiven Beatmung (NIV) bei **konkreten Formen eines akuten Atemversagens** (respiratorischen Insuffizienz) geben und damit zur weiteren Verbreitung der bei diesen Krankheitsformen überlegenen Methode beitragen. ■

Die Autorin:

Dr. med. Ortrud Karg,
Fachärztin für Innere
Medizin, Pneumologie,
internistische Intensivmedizin,
Allergologie, Sozialmedizin,
Umweltmedizin – ehemalige
Chefärztin der Klinik für
Intensivmedizin und
Langzeitbeatmung,
Asklepios Fachkliniken
München-Gauting



Das Deutsche Tuberkulose-Archiv und Museum

Das Deutsche Tuberkulose-Archiv und Museum wurde 1996 von dem Lungenfacharzt Dr. Robert Kropp in Fulda gegründet. Als die Räumlichkeiten den stetig wachsenden Bestand an Büchern und Materialien nicht mehr aufnehmen konnten, wurde das Archiv im Jahr 2010 nach Heidelberg verlegt und am 1. Dezember 2011 im „Rohrbacher Schlösschen“ wieder eröffnet.

von Prof. Volker Schulz

Das Schlösschen im Park der Thoraxklinik ist als neue Heimstätte des Archivs prädestiniert. In seinen Räumen wurden ab 1920 tuberkulosekranke Kriegsheimkehrer betreut, es war zugleich die Keimzelle des Tuberkulosekrankenhauses Rohrbach, der jetzigen Thoraxklinik im Universitätsklinikum Heidelberg. Für die Verlegung nach Heidelberg sprach auch die Anbindung an die Universität, die eine noch intensivere wissenschaftliche Nutzung des Archivs ermöglicht.

Ziel des Museums ist es, das Wissen um die großen wissenschaftlichen, ärztlichen und sozialen Leistungen zu bewahren, die in Deutschland bei der Bekämpfung der Tuberkulose erbracht wurden. Sie haben dazu geführt, dass diese gefürchtete Erkrankung – die übrigens meldepflichtig ist – nach und nach ihren Schrecken in Deutschland verlor und schließlich nur noch selten auftritt.

Die bei uns schon fast vergessene Erkrankung stellt aber nach wie vor ein großes globales Problem dar – so starben 2012 noch 1,4 Millionen Menschen an dieser Infektionskrankheit. Als Krankheit ist sie noch unbesiegt.

In Deutschland wird seit zwei Jahren wieder ein Anstieg von Tuberkuloseerkrankungen beobachtet. Zurzeit gibt es an die 6000 neue Tuberkulosefälle pro Jahr, davon ein großer Anteil mit weitgehend resistenten Erregern. Die Neuerkrankungen finden sich vor allem unter den Flüchtlingen und Asylbewerbern, die durch die Umstände ihrer Flucht und durch ihre Unterbringung in Massenunterkünften gefährdet sind. Das Thema Tuberkulose und Migration stellt eine neue Herausforderung dar, mit der wir uns befassen müssen.

Die Präsentation des Museums umfasst fünf Räume des Schlösschens.

Im **ersten Raum** vermitteln Grafiken und Poster die epidemiologischen Daten der Tuberkulose gestern



Abb. 1 – Detail Raum 1

und heute. Im Überblick sind Lungentuberkulosen am häufigsten. Danach kommt schon der Befall der Lymphknoten oder einzelner anderer oder zusätzlicher Organe. Die Darstellung bezieht sich vorwiegend auf Deutschland, dokumentiert aber auch die aktuelle globale Situation mit Blick auf eine Resistenzentwicklung und die HIV-Infektion.

Eindrucksvolle Bilder lenken den Blick auf die Risikofaktoren der Tuberkuloseerkrankung: Soziales Elend, desolate Wohnverhältnisse, Unterernährung, Alkoholismus, Drogenabhängigkeit, Immunschwäche. Dass einige dieser Aspekte früher im Bereich der Kunst romantisiert wurden, belegen die ausgestellten Plakate und Schriften aus der Opernwelt und Belletristik.

Die bahnbrechenden wissenschaftlichen Leistungen von Robert Koch, dem Entdecker des Tuberkulosebakteriums, und Wilhelm Conrad Röntgen, dem Entdecker der nach ihm in Deutschland so benannten Röntgenstrahlen – international X-Rays –, werden anhand von historischen Geräten und Abbildungen demonstriert.

Plakate der alten Lehrsammlung des Hygienemuseums Dresden veranschaulichen die Infektionswege und die Symptomatik der Tuberkulose. Historische Wachs- und Gipsmodelle, sogenannte Moulagen, zeigen die verschiedenen Formen von Haut-, Darm- und Lymphknotentuberkulose wieder. (Abb. 1)

Im **zweiten Raum** werden Behandlungsmethoden der vorchemotherapeutischen Ära vorgestellt: die Kollapstherapie der Lungentuberkulose und die Helio- (Sonnen-)Therapie von Tuberkulosen außerhalb der Lunge (extrapulmonal). Bei der Kollapstherapie war das Anlegen eines Pneumothorax das am häufigsten eingesetzte Verfahren. Das Prinzip wird auf Schautafeln verdeutlicht und mit verschiedenen originären Pneumothoraxgeräten und einer speziellen Kippliege nachgestellt.

Moulagen von Skelett- und Gelenktuberkulosen zeigen beispielhaft die gravierenden Auswirkungen von Tuberkulosen in anderen Organen. Bei der Behand-



lung dieser Krankheitsformen stand die Heliotherapie im Vordergrund, ergänzt durch chirurgische Maßnahmen. Bilderfolgen belegen, dass mit diesem Verfahren in Schweizer Sanatorien teilweise beeindruckende Heilungen erzielt wurden.

Im **dritten Raum** wird die am Ende des 19. Jahrhunderts breit einsetzende „Heilstättenbewegung“ dargestellt. Neben den „Zauberberg“-Sanatorien – nach dem berühmten gleichnamigen Roman von Thomas Mann von 1924 – für die besitzende Klasse wurden mit zunehmender sozialer Verantwortung zahlreiche „Volkshelilstätten“ für die Arbeiterschaft errichtet. Historische Aufnahmen zeigen Räumlichkeiten der Heilstätten, erhaltene Hausordnungen und Speisepläne vermitteln einen Eindruck vom damaligen Reglement und Tagesablauf.

Blickfang ist ein Poster nach einem historischen Glasdi. In Lebensgröße sind Patientinnen zur Liegekur hintereinander aufgereiht, durch eine davor aufgestellte originäre Heilstättenliege fühlt sich der Betrachter selbst in die Szene einbezogen. Typische Utensilien wie Spucknapfe, darunter der legendäre „Blaue Heinrich“, die „Stumme Schwester“, ein nur vom Arzt ablesbares Fieberthermometer, und Medikamentenschachteln vom Ende der 1940er Jahre mit den ersten Antituberkulotika illustrieren ebenfalls den früheren Patientenalltag. (Abb. 2)

ANZEIGE

ZURÜCK IN EINEN LEBENSWEERTEN ALLTAG.

Nach einer Erkrankung ist es oft nicht leicht, den Weg zurück in den Alltag zu finden. Wir möchten Ihnen dabei helfen und einen Teil dieses Weges mit Ihnen gemeinsam gehen. Und das mit einem ganzheitlichen Ansatz, indem der Mensch mit Körper und Seele im Mittelpunkt steht. Gebündeltes Fachwissen, Engagement und echte menschliche Zuwendung

geben nicht nur im körperlichen, sondern auch im seelischen und sozialen Bereich die bestmögliche Hilfestellung. Therapie und Freizeit, Medizin und soziale Kontakte – das alles gehört zusammen und beeinflusst den Genesungsprozess.

STRANDKLINIK
ST. PETER-ORDING

Wissen, was dem Menschen dient.

Wir sind eine Einrichtung der Fuest Familienstiftung, einer starken Gruppe im Dienst des Menschen. Drei medizinische und drei suchtmedizinische Reha-Kliniken sowie vier Senioreneinrichtungen stehen für hohe Professionalität, interdisziplinäre Vernetzung und die Umsetzung diakonischer Werte. Der Mensch steht im Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns, das ist Wissen, was dem Menschen dient!



Abb. 2 – Spucknäpfe

Die Gesundheitsämter richteten Tuberkulosefürsorgestellen ein, in denen die Patienten vorwiegend nach ihrer Entlassung aus der Heilstätte betreut wurden. Historische zeitgenössische Fotografien geben einen Einblick in die vielfältigen Aufgabenbereiche.

Als wichtiger Ansatz zur Bekämpfung der Tuberkulose wurde die Volksaufklärung angesehen. Beim Betrachten der Hinweistafeln, Aufrufe und aufklärenden Plakate fällt auf, dass sie auch für fragwürdige Eingriffe in die Privatsphäre genutzt wurden, beispielsweise bei Vorschriften für Eheschließungen. Poster zur Tuberkuloseschutzimpfung und zur Entwicklung einer wirksamen Chemotherapie sowie Darstellungen der Tuberkulose in der Bildenden Kunst beschließen diesen Teil der Ausstellung.

Im **vierten Raum** werden Aspekte der Tuberkulose im Rhein-Neckar-Gebiet dargestellt, insbesondere in Mannheim und Umgebung. Die Exponate belegen den Zeitraum vom Ende des 19. Jahrhunderts bis unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg. Überdies enthält der Raum eine größere Anzahl anatomischer Präparate zum Befall der Tuberkulose in verschiedenen Organen, darunter auch mehrere eindrucksvolle Präparate von Tiertuberkulosen.

Im **fünften Raum** befinden sich 2500 Bände der über 7000 Monographien und Periodika umfassenden



Abb. 3 – Bibliothek mit Röntgenbildern

Bibliothek. Es ist der Repräsentations- und Arbeitsraum des Archivs. (Abb. 3)

Im Rahmen der Museumsführung können hier Patientenakten der Tuberkulosefürsorgestellen Dresden und München aus den Jahren 1920 bis 1955 eingesehen werden, die erschütternde Einblicke in Leid und Not der Erkrankten in der vorchemotherapeutischen Ära geben.

Schriftlich fixierte Interviews von „Zeitzeugen“, ehemaligen Erkrankten der 1940er und 1950er Jahre, machen eine ausschließlich infektiös übertragene Krankheit gegenwärtig, die alle Lebensbereiche durchdrang und oft als existentielle Krise empfunden wurde. ■



Der Autor:
Prof. Dr. med.
Volker Schulz
Tel. 06203/63156
prof.schulz@tb-archiv.de

INFORMATION:

Besuch und Führungen nach Anmeldung:

Tel. 06221/396-2101
fuehrungen@tb-archiv.de

Website:

www.tb-archiv.de

So ziehen Arzt und Patient bei der COPD-Therapie an einem Strang

Herr Dr. Martin Hoffmann ist niedergelassener Pneumologe und beschäftigt sich seit über 18 Jahren mit COPD-Patienten.

Im Interview beleuchtet er Therapieaspekte, die die Kommunikation zwischen Arzt und Patient betreffen.



Dr. Martin Hoffmann
Pneumologikum, Hannover

Herr Dr. Hoffmann, welche Bedeutung hat Vertrauen für die Arzt-Patienten-Beziehung?

Gegenseitiges Vertrauen ist die Basis. Ich bin ehrlich mit meinen Patienten, ich wünsche mir das aber umgekehrt auch. Nur wenn ich gut informiert bin, kann ich gezielt helfen. Mein Patient und ich sind zwei erwachsene Menschen mit einem gemeinsamen Ziel: die erfolgreiche Behandlung der COPD. Dazu gehört für mich auch, dass Patienten einen Termin mit mir vorbereiten, sich überlegen: Wie ist die Symptomatik zur Zeit, was soll besser werden? Ich notiere dann während des Gesprächs gerne aktuelle Probleme und passende Ziele, z. B. „Treppensteigen nicht möglich“ – „möchte wieder zwei Treppenabsätze schaffen“. Gut ist, wenn der Patient sich auch entsprechende Notizen macht.

Stichwort „Situation beleuchten“. Was sind wichtige Fragen?

Ich mache mir gerne ein Bild vom Verlauf der Symptome über 24 Stunden. Wie sind Husten und Luftnot nach dem Aufstehen, wie kommt der Patient morgens „in Gang“? Wie geht es abends und nachts? Vielen Patienten ist z. B. nicht bewusst, dass ihre Luftnot der Grund für ein nächtliches Aufwachen ist. Andere bekommen abends schlechter Luft, oder sie haben eine lange Anlaufzeit am Morgen. In all diesen Fällen kann es sinnvoll sein, eine zweimal tägliche Inhalation zu verschreiben – denn dann reicht eine Einmalgabe offenbar nicht. Nach 3 Monaten sollte der Erfolg überprüft werden, indem sich Arzt und Patient die vereinbarten Hauptziele der Behandlung zusammen anschauen.



Therapieadhärenz, also Therapietreue, ist entscheidend für den Behandlungserfolg. Wie kann der Arzt dazu beitragen?

Ein Patient nimmt sein Medikament nur regelmäßig, wenn er den Sinn versteht und keine Angst hat. Deswegen: Betroffene sollten ihren Arzt fragen, wenn sie Nebenwirkungen befürchten oder der Beipackzettel sie verunsichert. Und wenn Nebenwirkungen tatsächlich auftreten? Dann sollte man weder mit der

Einnahme einfach aufhören noch bis zum nächsten regulären Arzttermin „durchhalten“. In diesem Fall sollte das weitere Vorgehen schnellstmöglich mit dem Arzt besprochen werden.



Nur wer richtig inhaliert, profitiert von der Medikamentenwirkung. Worauf muss man achten?

Der Arzt erklärt dem Patienten den Inhalator. Das heißt aber nicht, dass dieser die Technik sofort verstehen haben muss. Es ist normal, wenn die Handhabung nicht auf Anhieb klappt. Sehr nützlich sind Filme, die den Gebrauch verschiedener Inhalatoren zeigen, z. B. unter <http://www.atemwegsliga.de/richtig-inhalieren.html>, sowie spezielle COPD-Schulungen. Patienten sollten dem Arzt auch immer mal wieder vormachen, wie sie inhalieren – gerne schleichen sich Fehler ein. Viele Patienten finden Inhalatoren hilfreich, die bei erfolgreicher Inhalation eine Rückmeldung geben. Der richtige Inhalator ist jedenfalls immer der, mit dem die Patienten sich wohlfühlen.



Tabakentwöhnung – der wichtigste Pfeiler der nicht-medikamentösen Behandlung. Was sind Ihre Tipps?

Dass der Rauchstopp schwer ist, ist kein Geheimnis. Der Arzt kann helfen, geeignete Programme zu suchen, z. B. Entwöhnungskurse der Krankenkassen. Was mir am Herzen liegt: realistische Ziele. Wenn ein COPD-Kranker seinen Zigarettenkonsum drastisch reduziert, aber nicht einstellt, ist das immer noch besser, als wenn er gar nichts ändert. Auch das Umstellen auf Nikotinersatzpräparate oder eine medikamentöse Nikotinentwöhnung kann eine Lösung sein – oder übergangsweise die E-Zigarette, auch wenn es zu dieser noch offene Fragen gibt. Patient und Arzt sollten gemeinsam nach individuellen Lösungen suchen, wie der Rauchstopp langfristig gelingen kann.



Der Deutsche Lungentag informiert: Anzahl der Tuberkulose-Erkrankten steigt in Deutschland wieder

Auf dem 57. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin im März 2016 in Leipzig spielte das Thema Infektionen eine wichtige Rolle. Unter anderem rückte die Tuberkulose, deren Erkrankungszahlen in Deutschland seit Jahren rückläufig waren, wieder in den Fokus des Interesses.

In einem außerordentlichen Symposium zum Thema „Medizinische Aspekte der Flüchtlingssituation“, berichtete das Robert-Koch-Institut in Berlin, das Bundesinstitut für Infektionskrankheiten, über aktuelle Daten zur Verbreitung der Tuberkulose in Deutschland. Es wurde gezeigt, dass die Anzahl der Tuberkuloseerkrankten in Deutschland seit 2015, vor allem auch durch den Zustrom von Flüchtlingen, erstmals wieder deutlich ansteigt. Notwendig ist eine bessere Kontrolle dieser meldepflichtigen Infektionskrankheit, z.B. durch eine möglichst frühe Erkennung. Wichtig ist hierbei auch die ausführliche bessere Information aller Beteiligten im Gesundheitswesen. Auch die breite Öffentlichkeit muss wieder vermehrt an die Möglichkeit einer Tuberkuloseinfektion erinnert werden. Allgemeinverständlich muss vermehrt über die Vorbeugung, die praktische Erkennung und die unbedingt notwendige längerfristige Behandlung der Tuberkulose informiert werden.

Entsprechend dazu lautet das Thema des nationalen diesjährigen **19. Lungentages**, der **Mitte September 2016** veranstaltet wird,

„**Infektionen der Atemwege:
Vorbeugen, erkennen und behandeln**“.

Dabei wird auch das wieder zunehmend aktuelle Thema der Tuberkulose eine wichtige Rolle spielen. Auf der Internetseite des Deutschen Lungentages (www.lungentag.de) steht ein Video mit aktuellen und

allgemeinverständlichen Informationen zum Thema „Tuberkulose“ zur Verfügung. Weiterführende Informationen zur Tuberkulose finden sich auf den Internetseiten des nationalen Robert-Koch-Institutes (www.rki.de/tuberkulose) und des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose (www.dzk-tuberkulose.de).

Die Planung, Unterstützung und Realisierung der jährlichen Aktionen zum Deutschen Lungentag werden in der Sektion „Deutscher Lungentag“ der Deutschen Atemwegsliga koordiniert. Ihr gehören derzeit 9 nationale Fachgesellschaften, Verbände und Selbsthilfeorganisationen an.

Auf der Mitgliederversammlung wurde der langjährige, verdienstvolle Vorsitzende des Deutschen Lungentages, Herr Professor Dr. med. Karl Christian Bergmann, nach fast 20 Jahren mit großem Dank für seine äußerst erfolgreiche und verdienstvolle Tätigkeit als Vorsitzender verabschiedet. Zum Nachfolger – jetzt als – Sektionssprecher, wurde Herr Prof. Dr. med. Marek Lommatzsch, Universität Rostock, und zur stellvertretenden Sprecherin wurde Frau PD Dr. med. Christiane Lex, Universitätsmedizin Göttingen, gewählt. Wir wünschen Ihnen einen guten Start und die erfolgreiche Fortsetzung der Geschichte des Deutschen Lungentages. ■

Dr. med. Michael Köhler, Vorsitzender der DPLA.



Professor Dr. med.
Karl Christian Bergmann



Professor Dr. med.
Marek Lommatzsch



PD Dr. med.
Christiane Lex



Bieten Sie Kindern
in Not eine Zukunft!

IHRE SPENDE KOMMT AN – DIREKT UND OHNE ABZÜGE!

Seit über 30 Jahren unterstützt die **Aktionsgruppe „Kinder in Not“ e.V.** Kinder, Jugendliche und Familien auf den Philippinen, in Indien und Brasilien durch gezielte Spenden für Hilfsprojekte und Patenschaften – ehrenamtlich, mit großem Engagement und leidenschaftlichem Einsatz für die Betroffenen.

Ausführliche Informationen finden Sie auf unseren Internetseiten unter www.kinder-in-not.de und selbstverständlich stehen wir Ihnen auch gerne persönlich für Fragen und Wünsche zur Verfügung.

Aktionsgruppe „Kinder in Not“ e.V.

Reinhard-Wirtgen-Str. 15 · 53578 Windhagen
Telefon: 02645 4773 · Fax: 02645 131-6644
E-Mail: aktionsgruppe@kinder-in-not.de
www.kinder-in-not.de

Spendenkonto:

Sparkasse Neuwied
Kto. Nr. 012 022 752 · BLZ 574 501 20
IBAN DE87574501200012022752 · BIC MALADE51NWD

Raiffeisenbank Neustadt e.G

Kto. Nr. 100 052 724 · BLZ 570 692 38
IBAN DE16570692380100052724 · BIC GENODED1ASN

HELFEN AUCH SIE!

Sie können sicher sein: Alle gespendeten Beträge gelangen ausnahmslos, ohne Abzug an ihr Ziel. Ehrenamtliche Tätigkeiten und eine gezielte, zweckgebundene Spende, die alle dennoch anfallenden Verwaltungskosten deckt, machen dies möglich.

Aktionsgruppe
„Kinder in Not“ e.V.



Thoraxklinik Heidelberg

Krankenhaus der Maximalversorgung

Die Thoraxklinik Heidelberg ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit einer über 100 jährigen Geschichte und seit 2009 zertifiziertes Lungenkrebszentrum sowie akkreditiertes Weaningzentrum. Die Klinik gehört zu den Heidelberger Standorten des Deutschen Zentrums für Lungenforschung und ist einer der Partner des Nationalen Zentrums für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg. Sie ist eine Tochtergesellschaft des Universitätsklinikums Heidelberg und arbeitet eng mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum zusammen. Die Fachgebiete Thoraxchirurgie, Pneumologie und Onkologie vertritt sie exklusiv an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg.

Als eine der größten Lungenfachkliniken in Deutschland werden mit 310 Planbetten sowie 4 OP-Sälen medizinische Leistungen und ca. 2.300 Operationen im Bereich der Thoraxerkrankungen durchgeführt. Klinische Schwerpunkte sind Diagnostik und Therapie aller Lungenerkrankungen. Tägliche interdisziplinäre Konferenzen (Tumorboard) sichern eine leitliniengerechte Diagnostik und Therapie der Patienten.

Im Jahr 2015 fanden Baumaßnahmen mit Investitionen von mehr als 30 Millionen Euro zur Gesamtmodernisierung der Klinik ihren Abschluss. Die Thoraxklinik hat investiert, um Eingriffe weiterhin ohne lange Wartezeiten für die Patienten durchführen zu können. So wurde konsequenterweise auch die Anzahl der Intensivmedizinischen Kapazitäten deutlich erhöht. Somit ist eine optimale Patientenversorgung jederzeit möglich. Ein besonderer Vorteil ist die enge räumliche und organisatorische Verzahnung von OP-Sälen, Intensivstation, Weaning-Einheit und Zentralsterilisation.



Endoskopie

Die Abteilung Pneumologie und Beatmungsmedizin hat folgende Behandlungsschwerpunkte:

- Durchführung von über 4000 Bronchoskopien pro Jahr
- Diagnostik und Therapie der interstitiellen Lungenerkrankungen
- Behandlung von Patienten mit COPD als Haupt- oder Nebendiagnose
- Endoskopische Lungenvolumenreduktion (Ventile, Schaumversiegelung, Coils, Dampfablation)
- Zentrum für Schweres Asthma incl. Antikörpertherapie und Endoskopische Asthma Therapie (Radiofrequenzablation)
- Nichtinvasive Beatmung (Maskenbeatmung) bei respiratorischer Insuffizienz, vor allem durch neuromuskuläre Erkrankungen oder eine fortgeschrittene COPD
- Entwöhnung von Beatmungspatienten auf einer pneumologischen Intensivstation
- Erkennung und Behandlung von spezialpneumologischen Fragestellungen in der Diagnostik und Therapie von Atemwegserkrankungen, Lungen-



Weaningstation



emphysem, alpha1-Antitrypsinmangel, Mucoviszidose, fibrosierende Alveolitiden und pulmonaler Hypertonie.

- Diagnostik und Behandlung von infektiösen Lungenerkrankungen wie z.B. Tuberkulose auf einer eigenen Infektionsstation.
- Diagnostik und Staging von Patienten mit bösartigen Erkrankungen der Lunge und des Rippen-

fells werden in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit mit der onkologischen und thoraxchirurgischen Abteilung betreut.

Im Jahr 2015 konnte hierbei eine der modernsten Weaningstationen in Deutschland in der Thoraxklinik eingeweiht werden. Im Zeitalter der zunehmenden Intensivmedizin aufgrund von neuen Behandlungsmethoden mit deutlich schwer kranken und älteren Patienten hat die Entwöhnung von einer maschinellen Beatmung in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen. Für das Weaning wird ein multiprofessionelles Team mit spezialisiertem Wissen und hohem personellen Einsatz für den einzelnen Patienten benötigt.

Diese Aufgabe erfüllt die Thoraxklinik in einem Team von Pneumologen, Anästhesisten, Atmungstherapeuten, Pflegekräften und Physiotherapeuten. So wurde auch erstmals vor 4 Jahren die Akkreditierung zum Weaningzentrum der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP) erworben und dieses Jahr erfolgreich wieder erhalten. ■

KONTAKT:

Univ.-Prof. Dr. med. Felix Herth
Medizinischer Geschäftsführer
Chefarzt Pneumologie und Beatmungsmedizin
Thoraxklinik
Röntgenstr. 1
69126 Heidelberg

Sekretariat:
Tel: 06221-396-1201
Fax: 06221-396-1202

Anmeldung von Patienten ist jederzeit über die zentrale Weaningkoordination per Telefon oder e-mail möglich. (Tel: 06221-396-4444)

www.thoraxklinik-heidelberg.de

Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland e.V.

Regelmäßiges körperliches Training ist ein wichtiges Therapieprinzip zur Risikoverminderung zahlreicher Erkrankungen. Auch bei bereits bestehenden Erkrankungen hat eine gute Fitness erhebliche Auswirkungen. Körperlich Untrainierte haben im Vergleich zu trainierten Menschen eine bis zu dreifach erhöhte frühere Sterblichkeit. Dies konnte auch bei zahlreichen Atemwegs- und Lungenerkrankungen gezeigt werden.

von Prof. Dr. Heinrich Worth – Vorsitzender

Durch den organisierten ambulanten Lungensport besteht für Patienten mit Atemwegs- und Lungenkrankheiten in Deutschland die Möglichkeit, unter fachgerechter Anleitung regelmäßig ein effektives körperliches Training durchzuführen.

Lungensport zählt zum Rehabilitationssport für chronisch kranke Menschen und ist im Sozialgesetzbuch festgeschrieben (§ 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4, SGB IX). Bei Erfüllung der inhaltlichen und organisatorischen Voraussetzungen und bei Anerkennung der Lungensportgruppen durch die Behindertensportverbände der jeweiligen Bundesländer ist eine Abrechnung mit den Kostenträgern (Krankenkassen) möglich.

Der Anstoß zum regelmäßigen Lungensport sollte bereits während der veranlassten Reha-Maßnahmen erfolgen. Damit wird sichergestellt, dass die Effekte eines Rehabilitationsprogrammes, wie Linderung der Krankheitsbeschwerden und Verbesserung der Lebensqualität des Patienten durch die nahtlose Weiterführung des aktiv betriebenen Lungensportes in einer Gruppe erhalten bleiben.

Die Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland ist ein bundesweit tätiger gemeinnütziger Verein, mit über 600 Lungensportgruppen in Deutschland. Er fördert den in fast jedem Krankheitsstadium möglichen Lungensport und möchte ihn flächendeckend in Deutschland etablieren. Als betroffener Patient können sie ihm persönlich beitreten. Je mehr Mitglieder die Arbeitsgemeinschaft stärken, umso schlagkräftiger kann sie die Interessen aller Patienten bei den verordnenden Ärzten und den

Krankenkassen vertreten. Als Mitglied können Sie unsere Arbeit aktiv unterstützen und diese mitgestalten.

Werden Sie Mitglied!

Eine Mitgliedschaft bei der AG Lungensport in Deutschland e.V. lohnt sich! Als Mitglied erhalten Sie Werbe- und Informationsmaterialien kostenlos, wie jährlich: 200 individuell bedruckbare Flyer und 20 Plakate für die Bewerbung Ihrer Lungensportgruppe sowie weitere Materialien zur Unterstützung Ihrer Arbeit zum Vorzugspreis.

Wer kann Mitglied werden?

Jeder am Lungensport Interessierte, jeder betroffene Patient, Ihr Verein oder Ihre Institution. Ihre Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Aufnahmebestätigung durch den Vorstand. Ein Austritt aus dem Verein kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres erfolgen.

Was kostet die Mitgliedschaft?

Die Kosten einer persönlichen Mitgliedschaft in der AG Lungensport in Deutschland e.V. betragen pro Jahr 25,00 Euro. Als gemeinnütziger Verein sind wir für jede Spende und für jeden höheren Beitrag dankbar.

Sie möchten Mitglied werden?

Dann senden Sie uns den ausgefüllten Mitgliedsantrag bitte per Post, Mail oder Fax.

Wir freuen uns auf Sie!

Ihre Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland e.V. ■



Geschäftsstelle
AG Lungensport in Deutschland e.V.
Raiffeisenstr. 38
33175 Bad Lippspringe

per Fax: 052 52 / 937 06 04
oder senden Sie uns eine E-Mail an Lungensport@atemwegsliga.de

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein **AG Lungensport in Deutschland e.V.**

(Name, Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(Telefon/Fax)

(Datum/Unterschrift)

Freiwillige Angaben zu Ihrer Person:

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige/n ich/wir den **Verein AG Lungensport in Deutschland** den Jahresbeitrag (mind. 25.- €) in Höhe von

€ _____ mit Wirkung vom _____ vom Konto Nr.: _____ beim Kreditinstitut:

_____ BLZ: _____ durch Lastschrift einzuziehen.

(Name, Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(Datum/Unterschrift)

Eine Mitgliedschaft bei der AG Lungensport in Deutschland e.V. lohnt sich auch für Sie!

- Jedes neue Mitglied begrüßen wir mit einem kostenlosen Starterpaket. Dieses enthält Informationsmaterial und Peak-Flow-Meter für Ihre Lungensportgruppe (solange der Vorrat reicht).
- Sie können jährlich 200 Flyer und 20 Plakate mit Ihrem individuellem Eindruck für die Bewerbung Ihrer Lungensportgruppe bei uns anfordern. Dieser Service ist für Sie kostenlos.
- Gerne veröffentlichen wir die Daten Ihrer Lungensportgruppe kostenlos in unserem nationalen Lungensportregister.
- Unsere weiteren Flyer und Broschüren erhalten Sie zum Vorzugspreis.

Patientenbeteiligung im deutschen Gesundheitssystem:

Welche Stimme hat der Patient in der frühen Nutzenbewertung?

Welche Rechte und Pflichten umfasst die Patientenbeteiligung im G-BA (Gemeinsamen Bundesausschuss) in Deutschland? Wie nehmen Patientenvertreter ihre Beteiligungsmöglichkeiten in der frühen Nutzenbewertung wahr? Welche Chancen und Herausforderungen sehen sie im aktuellen Teilnahmeverfahren? Welche Änderungen wünschen sie sich für die Zukunft? Antworten auf diese Fragen liefert eine Bachelorarbeit, die an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg in Lörrach entstanden ist.

von Marina Stoll

Hintergrund

Das Patientenbewusstsein hat in den letzten Jahrzehnten – insbesondere durch die Selbsthilfe-Bewegung seit den 70er Jahren – eine stetige Entwicklung durchlaufen. Ihre Nachfrage nach Informationen zu Krankheitsbildern und den therapeutischen Möglichkeiten sowie der Austausch von Betroffenen untereinander nahmen stetig zu und führten immer weiter hin zum „mündigen Patienten“. Inzwischen sind

- Patientenrechte,
 - Patientenschutz und
 - Patientenbeteiligung
- zentrale Bestandteile des Gesundheitssystems geworden.

Patientenbeteiligung kann dabei auf **drei Ebenen** gestaltet werden:

Die **erste** Ebene bezieht sich auf den direkten Kontakt zwischen Patient und Arzt während der Behandlung. Die **mittlere** Ebene ist die der Institutionen und Strukturen zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Die **oberste** (politische) Ebene ist die Patientenbeteiligung als die aktive Beteiligung und Ausgestaltung bei der Regulierung des Gesundheitssystems und der Gesundheitsversorgung und die aktive Mitbeteiligung an der Gesundheitspolitik. In diese Ebene fällt auch die Beteiligung in der **Bewertung des Zusatznutzens von Arzneimitteln** im Rahmen des deutschen Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG). Seit dem 1. Januar 2011 muss für alle neu zugelassenen Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen ein Zusatznutzen gegenüber einer Vergleichstherapie vorgewiesen werden. Der 2004 durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz

geschaffene **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** ist das **oberste Beschlussgremium** der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Er führt die Nutzenbewertung durch und beauftragt z.B. zur Dossierbewertung das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG). Bevor zum Zusatznutzen eines Arzneimittels beschlossen wird, besteht z.B. für pharmazeutische Unternehmer, medizinische Sachverständige und Verbände die Möglichkeit eine Stellungnahme zu den Ergebnissen abzugeben. Unter Berücksichtigung der Stellungnahmen entscheidet der G-BA über den jeweiligen Zusatznutzen. In diesem ersten Teil des AMNOG-Verfahrens, der sog. **„Frühen Nutzenbewertung“**, haben Patienten in verschiedenen Gremien die Möglichkeit ihre Sicht und Erfahrung einzubringen. So können z.B. Patientenvertreter schriftlich zu den Berichten (Bewertungen) des IQWiG in einem Fragebogen Stellung nehmen. Dabei geht es um die Einbeziehung von krankheitsspezifischen Kenntnissen und Erfahrungen aus Patientensicht.

Das SGB V (Sozialgesetzbuch) sieht außerdem für die nach dem Gesetz maßgeblichen Organisationen der Interessensvertretung von Patienten ein **Mitberatungs- und Antragsrecht** beim G-BA vor. Benannte Organisationen sind:

- der Deutsche Behindertenrat,
- die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen,
- die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und
- die Verbraucherzentrale Bundesverband.

Das Mitberatungs- und Antragsrecht legitimiert die anerkannten Organisationen zu den spezifischen Themen, die im G-BA verhandelt werden, sachkundige Personen zu benennen. Die Patienten bilden also neben der

- Leistungserbringer- (Ärzte und Krankenhäuser) und
- Leistungsträgerseite (gesetzliche Krankenkassen) eine
- „Bank Patientenvertreter“ im G-BA.

Somit können akkreditierte und benannte Patientenvertreter bei den Stellungnahmeverfahren des G-BA als Teilnehmer an den Gremiensitzungen und im Plenum ihre Aussagen und Darstellungen aus Patientensicht einbringen. Nach Vorlage eines Beschlussentwurfes durch den Unterausschuss (UA) Arzneimittel wird im Plenum des G-BA über den endgültigen Zusatznutzen beschlossen. Da Patientenvertreter sowohl im Plenum, als auch im Unterausschuss Arzneimittel und vorgeschaltet in der AG §35a Arzneimittel vertreten sind, besteht auch in der Erarbeitung des Entwurfes und in der endgültigen Beschlussfassung die Möglichkeit die spezifische Patientensicht in die Bewertung einfließen zu lassen. Ein Stimmrecht haben die Patientenvertreter in der Beschlussfassung jedoch nicht.

Die **Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung** dienen dann als **Entscheidungsgrundlage** für den zwischen den Herstellern und den gesetzlichen Krankenkassen zu verhandelnden **Erstattungspreis** des betroffenen Medikamentes. Damit ist diese

Bewertung für den Markteintritt und die **Preisfindung der Arzneimittel** von Bedeutung. Die vorliegende Arbeit stellt dar, wie Patientenvertreter ihre Rechte in diesem Verfahren wahrnehmen und welche Gesichtspunkte ihnen als „Endverbraucher“ besonders wichtig sind.

Methoden und Ziele

Um Antworten auf die Fragen zur Patientenbeteiligung zu finden wurden 134 Protokolle der mündlichen Stellungnahmeverfahren zur Nutzenbewertung beim G-BA analysiert. Darüber hinaus wurden qualitative Telefoninterviews mit 10 Patientenvertretern anhand eines strukturierten Fragebogens durchgeführt. So wurde erfasst, welche Themen für Patienten in Bezug auf Arzneimittel und deren Nutzenbewertung wichtig sind, wie die Einschätzung zur aktuellen Patientenbeteiligung und der Einbezug von Patientenvertretern bewertet werden und abschließend welche Chancen und Herausforderungen für die Patientenbeteiligung gesehen werden. Die Ergebnisse der Befragung sind aufgrund der Stichprobengröße statistisch nicht repräsentativ, geben aber wertvolle Einblicke in die Forderungen und Erwartungen von aktiv beteiligten Patienten.

Themen der Patientenvertreter

Gruppiert man die Wortmeldungen in Themenbereiche, belegen die Zahlen einen deutlichen Schwerpunkt der Patientenvertreter beim Thema Lebensqualität. 33 von insgesamt 142 Nennungen beziehen sich auf dieses Kerngebiet. Patientenvertreter bemängeln oft, dass keine Daten zur Lebens-



qualität vorliegen. Gründe für das Nicht-Vorhandensein von Daten zur Lebensqualität werden meist erfragt sowie Darlegungen zu den vorhandenen Daten bzw. Begründungen zur fehlenden deutlichen Überlegenheit des jeweiligen Medikamentes. Neben der Lebensqualität, die zentral im Leben und Alltag von betroffenen Patienten ist, setzen sich die Patientenvertreter aber auch mit der Datenerhebung und dem Studiendesign auseinander. Die konkrete Erhebung der krankheitsbezogenen Daten wird häufig hinterfragt und zur Durchführung und dem Design der Studien oft einzelne Gesichtspunkte diskutiert. Wichtig sind auch die Aussagen zur **Patientenrelevanz**, sowohl sachlich als auch sehr emotional, dies besonders zur Situation der Patienten während der Erkrankung und zu den Therapiemöglichkeiten. Patientenvertreter betonen oft mit eigenen Beispielen, wie bedeutend neue Therapiemöglichkeiten für die Betroffenen sind.

Herausforderungen der Patientenbeteiligung

Die Interviews machen deutlich, dass die Beteiligungsmöglichkeiten von den Patientenvertretern sehr unterschiedlich bewertet werden. Während z.B. ein Patientenvertreter zufrieden ist: „Patienten haben alle Möglichkeiten sich einzubringen“ bezeichnet ein anderer die Patientenbeteiligung sogar als Alibiveranstaltung – so weit gehen die Extreme. Die Einschätzungen hängen dabei stark von der persönlichen Erfahrung ab. Insgesamt steht die Patientenvertretung aber vor folgenden Herausforderungen:

Die Vertretung der Patienteninteressen erfolgt zum größten Teil von Betroffenen selbst. Von den 10 Befragten sind lediglich zwei Vertreter nicht selbst betroffen. Dies ist zur authentischen Vertretung erforderlich, bringt jedoch auch Schwierigkeiten mit sich. Ein Befragter erklärt: „Man muss über den Tellerrand der eigenen Betroffenheit, des eigenen Krankheitsbildes hinausschauen können.“ Hinzu kommt, dass die **Patientenvertreter meist ehrenamtlich** tätig sind, was weitere Konsequenzen nach sich zieht. Neben der zeitlichen Einschränkung spielen auch Faktoren wie Rechtskenntnisse und Fachwissen, politisches Fingerspitzengefühl sowie Verhandlungsgeschick eine Rolle. „Eine Herausforderung ist es auch, seine Position argumentativ so vermitteln zu können, dass sie gehört wird.“ Im Vergleich zu anderen Gruppen im Gesundheitswesen haben Patienten eine schwache Lobby führt ein weiterer Befragter an. Auch gegenüber den

anderen „Bänken“ beim G-BA sei die Position der Patientenseite schwächer. Während die Patienten meist ehrenamtlich tätig sind, beschäftigen sich die hauptamtlichen Mitarbeiter der anderen „Bänke“ nicht nur regelmäßig mit den oft sehr komplexen Sachverhalten, sondern haben auch eine entsprechende qualifizierte Ausbildung sowie Fachleute, Zuarbeiter und finanzielle Mittel im Hintergrund. „Patientenvertreter, die originär aus der Selbsthilfe kommen, haben diesen organisatorischen Hintergrund häufig nicht.“

Authentizität gegen Professionalität

Ein Patientenvertreter fasst all dies treffend zusammen: „Die Tatsache, dass jemand von einer Krankheit betroffen ist, bedeutet noch nicht, dass er oder sie ein guter Patientenvertreter ist.“ Genau vor diesem Dilemma steht die Patientenselbsthilfe im Rahmen der Patientenbeteiligung, vielmehr gilt für sie: Die Balance zu finden zwischen der erforderlichen Professionalität, um gesundheitspolitisch wirksam zu sein, gleichzeitig aber nicht die Legitimität und Authentizität zu verlieren.

Zum Stimmrecht der Patientenvertreter:

Pro & Contra

Ein Stimmrecht in den Verhandlungen haben Patientenvertreter derzeit nicht. Sie können lediglich ihre Krankheitserfahrungen und jeweilige Sicht einfließen lassen und dadurch (allenfalls) die Verhandlung mitgestalten.

Während sich einige Patientenvertreter in den Interviews ganz klar für ein Stimmrecht der Patientenvertretung aussprechen, sind andere eher skeptisch. Unter den aktuellen Bedingungen sei ein Stimmrecht für die Patientenvertretung nicht umsetzbar. Dafür fehlten oft Ressourcen und mehr Unterstützung. Dies würde dann wiederum zu verstärkter Professionalisierung führen, bzw. diese erfordern. Und auch dann noch hat ein Stimmrecht in diesem Kontext Vor- und Nachteile. Das bisherige Recht über Verfahrensfragen mit abstimmen zu können sehen die befragten Patientenvertreter als notwendig an. Wenn es z.B. um die Tagesordnung geht, möchten sie sich stimmrechtlich beteiligen. Die Meinung zum umfassenden Stimmrecht bei Beschlüssen und Entscheidungen im G-BA ist unterschiedlich. Um fundierte Entscheidungen treffen zu können braucht es nicht nur fachliche Expertise und Verhandlungsfähigkeit, sondern auch konsequente Unabhängigkeit und Unbestechlichkeit.

Diese Voraussetzungen sieht ein Teilnehmer der Umfrage bei eigenem Stimmrecht in Gefahr: „Wenn Patienten ein Stimmrecht bekämen, wäre der Versuch der Einflussnahme von außen auf Patienten und Patientenorganisationen mit Sicherheit noch viel größer und in ganz anderer Absicht.“

Zusätzlich ist die einheitliche Meinungsbildung der Betroffenen eine Voraussetzung für zielführende Beteiligung an Abstimmungen. Wie aus einem anderen Interview hervorgeht, ist die übergreifende Abstimmung unter den Patientenverbänden jedoch schwierig. Patienten haben, nur weil sie alle Betroffene einer Erkrankung oder einer Behinderung sind, nicht automatisch eine einheitliche Meinung. Dies erschwert eine konsistente und damit erfolgreiche Interessenvertretung.

Fazit / Ausblick

Die Rechte für Patientenvertreter sind im SGB V, in der Patientenbeteiligungsverordnung und der Geschäftsordnung des G-BA festgeschrieben. Die Analyse der Wortprotokolle des G-BA hat gezeigt, dass sich Patientenvertreter bzw. -organisationen auch sehr spezifisch mit vorgelegten Studien auseinandersetzen. Ihre Beiträge reichen von Fragen zu bestimmten Daten über die Betonung der Bedeutung eines Wertes, Endpunktes der Behandlung oder einer Therapie sowie Beispielen und Wünschen aus dem Leben mit der Krankheit bis hin zur Ablehnung oder einem Widerspruch.

Letztlich fassen Patientenvertreter bzw. -organisationen ihre Möglichkeiten unterschiedlich auf. Einige

vertreten sogar die Auffassung, dass die Argumente von Patientenseite überhaupt nicht berücksichtigt werden. Sich in den komplexen Verfahren zu Recht zu finden und professionell aufzutreten stellt, vor allem für die zahlreichen ehrenamtlich Tätigen, eine ständige Herausforderung dar.

Insgesamt bleibt abzuwarten, wie sich die Ausgestaltung der Patientenbeteiligung in Deutschland weiterentwickelt. Um weitergehende Aussagen treffen zu können, sind weitere Untersuchungen mit einer größeren Stichprobe erforderlich. Die Professionalisierung der Patientenselbsthilfe stellt hierbei gleichzeitig Voraussetzung und Hindernis dar. Deshalb gilt es den richtigen Weg zwischen Professionalität und Authentizität zu finden.

In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass die Entwicklung zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe (Partizipation) geht. Langfristig gesehen kann diese Entwicklung durch eine weitere Stärkung und den Ausbau der Ressourcen schließlich bis zum vollen Stimmrecht für die Patientenvertreter im G-BA gehen. ■



Die Autorin:
Marina Stoll
Duale Hochschule
Baden-Württemberg
Lörrach

ANZEIGE



Inogen One G2.

Ideal für teilmobile Patienten – jetzt im Webshop auf www.linde-elementar.de

Der tragbare Sauerstoffkonzentrator Inogen One G2 verbindet die Vorteile eines stationären mit denen eines mobilen Gerätes: Mit nur 3,18 kg ist er besonders handlich und leicht. Und mit nur 37 dB bei Einstellung 2 auch sehr leise. Zudem besticht er durch hohe Zuverlässigkeit: Dank der langen Akkulaufzeit von bis zu 8 Stunden* haben Sie mehr Freiheit für die Tagesplanung. Und da der Inogen One G2 von den meisten Airlines zugelassen ist, eignet er sich ideal auch für Flugreisen. Zu finden in unserem Webshop auf www.linde-elementar.de.

Linde: Living healthcare

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

Patientenbeteiligung im G-BA jetzt mit eigener Internetpräsenz



Die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat ab sofort eine eigene Internetpräsenz. Auf den Seiten <https://patientenvertretung.g-ba.de> sind alle wesentlichen Informationen über die Arbeit von Patientinnen und Patientenvertreterinnen im G-BA verfügbar:

- von Benennungsverfahren,
- Mitberatungsrechten über
- das Leitbild der Patientenvertretung bis hin zu
- Beispielen aus der bisherigen Themensetzung.

Die **Stabsstelle Patientenbeteiligung** im G-BA stellt den benannten Patientinnenvertreterinnen und Patientenvertretern zudem Informationen und Hilfestellungen bereit, die sie auch interaktiv nutzen können und die sie bei der Wahrnehmung des gesetzlich verankerten Mitberatungs- und Antragsrechts unterstützen.

„Die **ehrenamtlich tätigen Patientinnenvertreterinnen und Patientenvertreter** gestalten durch ihre Mitberatung in den Gremien des G-BA seit inzwischen über zehn Jahren die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit. Die fachliche Kompetenz, mit der sie dies tun, wird heute überall anerkannt und geschätzt. Der neue Internetauftritt zeigt die gestalterischen Möglichkeiten und Erfolge in all seinen Facetten auf“, sagte Dr. Martin Danner, Sprecher der Patientenvertretung beim G-BA, heute in Berlin.



Patientenbeteiligung im G-BA

Organisationen, die auf Bundesebene maßgeblich die Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen in Deutschland vertreten, haben im G-BA seit seiner Errichtung am 1. Januar 2004 Mitberatungs- und Antragsrechte (§ 140f SGB V).

Folgende Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sind nach der Patientenbeteiligungsverordnung derzeit berechtigt, Patientinnenvertreterinnen und Patientenvertreter zur Mitwirkung im G-BA zu benennen:

- der Deutsche Behindertenrat (DBR),
- die BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP),
- die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. und
- die Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

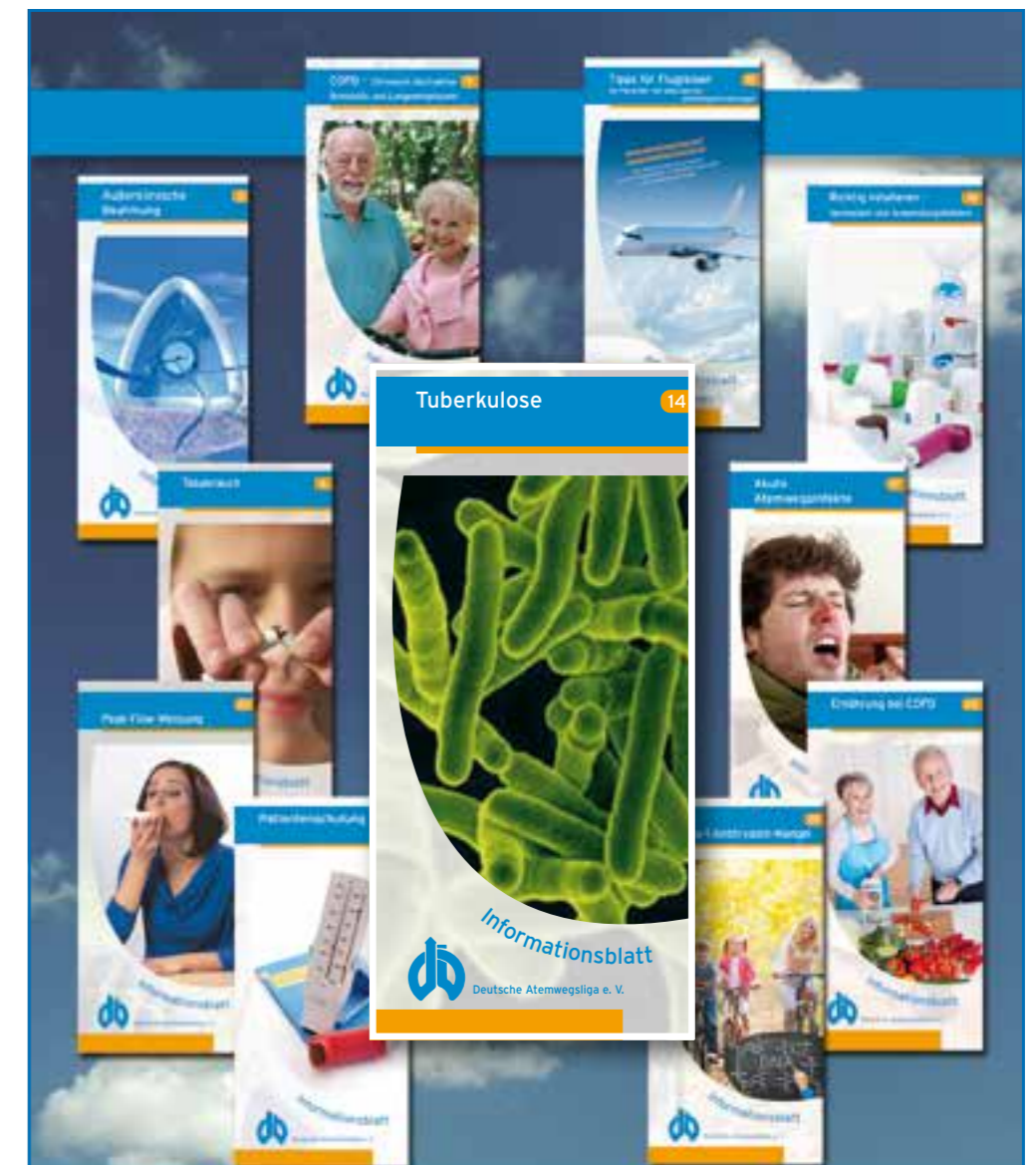
Die Stabsstelle Patientenbeteiligung beim G-BA unterstützt die Patientinnenvertreterinnen und Patientenvertreter bei der Wahrnehmung ihres Antrags- und Mitberatungsrechts organisatorisch und inhaltlich gemäß § 140f Absatz 6 SGB V. Mit der neuen Website füllt sie ihren gesetzlichen Unterstützungsauftrag weiter aus. ■

Quelle: Pressemitteilung 20 / 2016 des G-BA



Mehr als 45 Infolyer der Deutschen Atemwegsliga e.V. und der AG Lungensport in Deutschland e.V. bei der DPLA abrufbar

**Tuberkulose:
Was ist diese
Erkrankung
und wie kann
man sich vor
ihr schützen?**



Erstmals nach vielen Jahren steigt in Deutschland wieder das Risiko, an einer Tuberkulose (TBC) zu erkranken. Ursachen dafür sind eine unzureichende Behandlung, der Einsatz nur eines Mittels oder eine zu kurze Behandlungsdauer.

Neu hinzugekommen ist das Risiko durch den Zuzug von Menschen aus Ländern mit einer wesentlich höheren Erkrankungshäufigkeit als bei uns.

Insgesamt stehen damit aktuell **45 Flyer**, von „Allergie“ über „Asthma“, „COPD“, „Lungenfibrose“, „Lungenfunktion“, „Peak-Flow-Messung“, „Reisen“ bis zu „Richtig inhalieren“, im Programm. Dieser Flyer kann bei der AG Lungensport in Deutschland e.V. unter www.lungensport.org oder bei der Deutschen Atemwegsliga e.V., <http://www.atemwegsliga.de/bestellung.html>, oder bei der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA, info@pat-liga.de, Tel. 06133 / 35 43, für einen kleinen Unkostenbeitrag angefordert werden.

Diese Reihe wird von ausgewiesenen Experten erstellt, immer wieder aktualisiert und fortlaufend erweitert. Wenn Ihnen noch Themen fehlen, schlagen Sie diese doch vor. ■

Eine Selbsthilfegruppe mit langem Atem

Der Ortsverband Moers-Niederrhein der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen feierte mit namhaften Gästen aus Politik und Medizin sein 20-jähriges Jubiläum.

Sein 20-jähriges Bestehen feierte jetzt der Ortsverband Moers-Niederrhein der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. (DPLA). Knapp einhundert Mitglieder der Selbsthilfegruppe folgten der Einladung zur Jubiläumsfeier in den Gasthof Neue Mühle in Neukirchen-Vluyn.

„Unsere erklärten Ziele, Menschen mit Atemwegserkrankungen zu unterstützen, haben wir in den vergangenen Jahren auf vielfältige Weise erreicht“, so die beiden Verbandsleiterinnen Helga Brach und Ulrike Küsters in der Einladung zum Jubiläum.

Im Gasthof Neue Mühle fanden sich neben den Ortsverbandsmitgliedern namhafte Gäste aus Medizin und Politik ein, um auf das Wirken des bundesweit größten Ortsverbandes der Deutschen Patientenliga zurückzublicken, so Vorsitzender der Patientenliga Dr. Michael Köhler mit einer kurzen Vorstellung der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen

e.V. – DPLA und der Landtagsabgeordnete NRW Ibrahim Yetim. „Selbsthilfe ist wichtig, um Rat und Hilfe zu bekommen“, betonte er. Auch Frau Beate Wargalla war gekommen. Die Atemtherapeutin hatte die Patientenliga am Niederrhein damals gemeinsam gegründet mit Dr. Thomas Voshaar, dem Chefarzt der Bethanien-Lungenklinik in Moers. „Etwas gründen kann man immer schnell, aber es kommt darauf an, ein Projekt am Laufen zu halten“, sagte der Lungenexperte, der in seinem Vortrag einen Bogen von den Anfängen der Lungenheilkunde bis zu heutigen, modernen Therapiemöglichkeiten schlug. Der Erfolg der Patientenliga vor Ort beruhe auf drei Säulen, erläuterte Voshaar: Monatliche patientenverständliche Arztvorträge, Patientenschulungen in kleinen Gruppen und die konsequente Atemtherapie.

Wie dargestellt wurde, organisiert die Patientenliga am Niederrhein seit Gründung des Ortsverbandes im Jahre 1996 gemeinsam mit der Lun-

genklinik Bethanien regelmäßig Fachvorträge im Krankenhaus, bei denen sich Patienten und Lungenärzte persönlich austauschen. Die vermittelten Kenntnisse helfen den betroffenen Menschen mit chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen mit ihrer eigenen Erkrankung besser umzugehen. „Durch den engen und regelmäßigen Austausch mit den Lungenärzten fühlen wir uns mit Bethanien sehr verbunden. Patienten und Ärzte profitieren so seit zwanzig Jahren voneinander“, betonte Atemtherapeutin Wargalla. Gemeinsamer Lungensport und die vielfältigen Freizeitaktivitäten des Ortsverbandes machten den besonderen Teamgeist innerhalb der Patientenliga aus. „Das ist gelebte Selbsthilfe“, bestätigten Beate Wargalla und Dr. Thomas Voshaar.

Nach einem gemeinsamen Mittagessen klang die Jubiläumsveranstaltung am Nachmittag bei Kaffee, Kuchen und den positiven Erinnerungen an die vielen Ortsverbandsaktivitäten aus. ■



Gelebte Selbsthilfe: Das zwanzigjährige Jubiläum des Ortsverbandes Moers-Niederrhein der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen begingen zusammen (v.l.n.r.) der Landtagsabgeordnete Ibrahim Yetim, Atemtherapeutin Beate Wargalla, Ortsverbandsmitglied Bernhard Hänschke, die stellv. Verbandsvorsitzende Ulrike Küsters, Bethanien-Chefarzt Dr. Thomas Voshaar, Ortsgruppenleiterin Helga Brach und der Vorsitzende der DPLA, Dr. Michael Köhler.



Blick in den Festsaal der Neuen Mühle in Moers-Kapellen: Als Mitgründer der Patientenliga am Niederrhein sprach Chefarzt Dr. Thomas Voshaar vom Lungenzentrum Bethanien Moers zu den rund hundert Gästen.



Die langjährige Vorsitzende, Helga Brach, begrüßte die Gäste der Jubiläumsveranstaltung.

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

Beatmung/CPAP

• COPD Beatmungsgerät „FLO Vigarò“

Mit individuell einstellbarem Ausatemwiderstand, Simulation der sog. „Lippenbremse“



Infos:
www.oxycare-gmbh.de
Suchwort: vigarò
Mit Film der NDR Mediathek

Sauerstoffversorgung

- Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

• **SimplyGo** nur 4,5 kg **Miete ab 1 Woche möglich!**
Bis 2 l/min Dauerflow, Nachtmodus

• **SimplyGo Mini** nur 2,3 kg
Interne Akkuleistung bis zu 4,5h, St. 2 erweiterbar auf 9h

• **Inogen One G3 8 Cell High-Flow**
Nur 2,2 kg, St. 1-5, 4h interne Akkulaufzeit St. 2 erweiterbar auf 8h
Inogen One G3 Shop-Preis ab 2.876,00 €*

Inhalation

• **OxyHaler Membran-Vernebler** **ideal für unterwegs 345,00 €**
Klein - leicht (88 g) - geräuschlos - mit Akku. Verneblung von NaCl bis Antibiotika möglich.

• **Allegro** **78,50 €**
Mit 3 Düsen für die oberen, mittleren und unteren Atemwege.

• **Ultraschallvernebler U 3002-E**
Mit geschlossenem Sterilwassersystem. Perfekt für den Einsatz in Klinik, Pflegeheim, Arztpraxis und zu Hause.

• **Salivent** **85,70 €**
Feucht-warme Meersalz-Inhalation

Atemtherapiegeräte

• Alpha 300 zur IPPB-Therapie

Intermittierend Positive Pressure Breathing
- Zur Vorbeugung von Atelektasen
- Prä- und postoperatives Atemtraining
- Unterstützend mit gesteuerter Inhalation
- Verbessert das Sekretmanagement
- Reduzierung der Atemnot insbes. bei dynamischer Überblähung

GeloMuc/Quake/Respi-Pro **GeloMuc: 55,00 €***

PowerBreathe Medic/RC-Cornet
PersonalBest - Peak Flow Meter

Nicht nur für Allergiker:

• Raumluftreiniger AC4072/II

Mit intelligentem Sensor, mehrschichtigem Filter (deutsche, spezielle Filtertechnologie) für Räume bis 55 m². Zertifiziert durch die Europäische Stiftung für Allergieforschung ECARF. **499,99 €**

* solange der Vorrat reicht! **Finger-Pulsoxymeter, z.B. OXY 310 Aktion 35,00 €***

OXYCARE GmbH · Holzweide 6 · 28307 Bremen

Fon 0421-48 996-6 Fax 0421-48 996-99

E-Mail ocinf@oxycare.eu · www.oxycare.eu



Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA
Geschäftsstelle: Frau Kunze, Frau Fell, Adnet-Str. 14, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 - 3543, Telefax 06133 - 5738327, info@pat-liga.de, www.pat-liga.de

Bundesland, Ort	Ansprechpartner	Telefonnummer	Bundesland, Ort	Ansprechpartner	Telefonnummer
Baden-Württemberg Fellbach, Waiblingen, Backnang	Dieter Kruse	0711 / 510 92 94	Nordrhein-Westfalen Dortmund Duisburg Essen	Cornelia Schulz Geschäftsstelle DPLA Jürgen Frischmann	0231 / 126 376 06133 / 35 43 0160 / 4628961
Bayern Weiden, Neustadt, Vohenstrauß	Angelika Stahl-Grundmann	09651 / 918 409	Gelsenkirchen Hagen Lüdenscheid	Dr. Markus Wittenberg Werner Brand Marlene Dudanski Wilhelm Knitter	0209 / 364-3610 02330 / 12 792 02351 / 27 567 02353 / 43 93
Hessen Frankfurt am Main	Irmgard Gaus Ellen Herchen Ursula Schösser	069 / 175 08 144 069 / 523 507 06102 / 53 416	Moers-Niederrhein Rheda-Wiedenbrück Wuppertal	Helga Brach Heinz-Jürgen Belger Gabriele Reinhold	02842 / 59 20 05242 / 56 786 0202 / 705 598 13
Marburg	Friedhelm Stadtmüller Margit Nahrgang	06422 / 44 51 06424 / 45 73	Rheinland-Pfalz Alzey Bernkastel-Wittlich Bitburg	Jürgen Frischmann Inge Follmann Hildegard Trost Albertine Dunkel-Weires	0160 / 4628961 06573 / 574 06561 / 694 490 06564 / 22 72
Schwalmstadt	Frank Sachsenberg Klaus Pittich	06692 / 86 16 06698 / 911 933	Daun (Vulkaneifel)	Inge Follmann Renate Maisch	06573 / 574 06572 / 23 99
Wiesbaden	Lothar Wern	06122 / 15 254	Birkenfeld/ Idar-Oberstein	Winfried Walg	06785 / 77 70
Niedersachsen Region Hannover - Hannover - Neustadt am Rübenberge - Garbsen - Wunstorf - Wedemark	Michael Wilken Detlef Henning	05130 / 583 85 77 05032 / 964 090	Linz am Rhein Mainz Trier Worms	Jürgen Frischmann Jürgen Frischmann Ursula Eicher Jürgen Frischmann	0160 / 4628961 0160 / 4628961 0651 / 44611 0160 / 4628961
			Saarland Homburg / Saar	Dietmar Hecker Uwe Sersch	06841 / 162 2919 06873 / 669 284

Befreundete Selbsthilfegruppen



Nordrhein-Westfalen
Selbsthilfegruppe COPD-Atemwegserkrankungen Plettenberg
Kontakt: Horst Beyer
Tel.: 02391 - 9179409
E-Mail: copd-gruppe-plettenberg@t-online.de
http://www.copd-plettenberg.info/

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-City
Kontakt: Doris Krecké
Tel.: 0241-572438
E-Mail: d.krecke@copdundlunge.de
http://www.copdundlunge.de

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

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

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

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



Bayern
SHG Asthma- und COPD-Kranke Würzburg
Kontakt: Beate Beyrich
Tel.: 09306/984 46 02
E-Mail: info@foerdereverein-selbsthilfe.de
http://www.asthma-copd-wuerzburg.selbsthilfe-wue.de

SHG COPD&Lunge Region Bayern - Hof
Kontakt: Herr Gerhard Frank
Tel.: 09281-86653
E-Mail: g.frank@copdundlunge.de
http://www.copdundlunge.de

SHG COPD&Lunge Region Bayern - Selb
Kontakt: Christa Jäkel
Tel.: 09287-67800
E-Mail: c.jaekel@copdundlunge.de
http://www.copdundlunge.de

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

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

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

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

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



Hessen
ANAH Allergie-, Neurodermitis- und Asthmahilfe Hessen e.V.
Kontakt: Erika Seitz
Tel.: 0561/8709094
E-Mail: anah.hessen@web.de
http://www.anah-hessen.de/

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

Selbsthilfegruppe Asthma & Allergie Kronberg im Taunus e.V.
Tel.: 06173 / 63727
E-Mail: info@asthma-und-allergie.de
http://www.asthma-und-allergie.de

COPD Gruppe Rüsselsheim
Tel.: 06142 - 61842
E-Mail: hartmut.thienger@t-online.de
http://www.juergen-frischmann.de/ruesselsheim.pdf



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



Rheinland-Pfalz
**Lungensportclub der Selbsthilfegruppe
„DPLA Montabaur/Westerwald“**
Kontakt: geimon@t-online.de

ANZEIGE

Kennst Du das, sehnlichst auf jemanden zu warten?
Viele Blutkrebs-Patienten auch.
Rette Leben und registrier' Dich auf dkms.de

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

Die Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA – ist ein 1985 von Patienten gegründeter Verein zur organisierten gemeinsamen Selbsthilfe bei allen Erkrankungen der Lunge, insbesondere aber der Atemwege, wie Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Bronchitis (COPD) und Lungenemphysem. Wir sind seit 1986 als gemeinnützig anerkannt.

Wir sind bundesweit tätig und haben in Deutschland fast 30 Ortsverbände. In diesen finden regelmäßig Veranstaltungen wie Vorträge, Schulungen, Diskussionen und ein Erfahrungsaustausch zur organisierten gemeinsamen Selbsthilfe statt. Medizinisch verständliche Vorträge von kompetenten Fachleuten werden von uns organisiert. Wir fördern die gezielte, regelmäßige Physiotherapie und den in fast jedem Krankheitsstadium möglichen Lungensport – aber auch spezielle Atemtechniken.

Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen und die einbezogenen Angehörigen werden durch das Kennenlernen und Verstehen ihrer Krankheit zu besser informierten Betroffenen und verständnisvolleren Angehörigen. Ziel unserer Aktivitäten ist die Motivation zur gemeinsamen Selbsthilfe.

Eine wichtige Funktion kommt dabei auch der Wissensvermittlung durch unsere Patientenzeitschrift „Luftpost“ zu. Sie erscheint inzwischen im 24. Jahrgang und seit 2015 erstmals mit vier Heften jährlich. Allgemeinverständlich geschriebene Artikel von kompetenten Ärzten und Professoren, Physiotherapeuten und Fachleuten aus

dem gesamten Gesundheitswesen widmen sich nicht nur dem medizinischen, sondern auch dem persönlichen Umfeld von Patienten und ihrer Angehörigen. Zur Darstellung einer fundierten Diagnostik und Therapie auf der Basis gesicherter Tatsachen, wichtiger Selbsthilfetechniken und Erfahrungen kommen aktuelle Berichte zu bemerkenswerten medizinischen Neuerungen und Diskussionen. Als unser Mitglied erhalten Sie die „Luftpost“ immer aktuell per Post und für Sie kostenlos zugeschickt.

Ebenso **kostenlos** können Sie mehr als 45 schriftliche **Ratgeber** als Hilfen zu speziellen Fragestellungen erhalten, wie z.B.:

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

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

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA
Adnet-Str. 14, 55276 Oppenheim

Tel.: 06133 / 35 43 -

persönlich Mo. bis Do. von 8.30 bis 13.30 Uhr

Fax: 06133 / 573 83 27

Im Internet finden Sie uns unter: www.pat-liga.de

Unser jährlicher **Mitgliedsbeitrag** beträgt für Einzelpersonen 25,- Euro und für Familien 40,- Euro und ist steuerlich absetzbar. ■

FÜR MITGLIEDER

Diese und viele weitere Informationen sind für Sie als Mitglied erhältlich.



Per Fax 06133 / 57 383 27 oder per Post

MITGLIEDSANTRAG



Deutsche PatientenLiga
Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA
Geschäftsstelle
Adnet-Str. 14
55276 Oppenheim

Telefon: 06133 / 35 43
Fax: 06133 / 57 383 27
E-Mail: info@pat-liga.de
www.pat-liga.de

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein:

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA

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

(freiwillige Angaben)

Lungenerkrankung/en: Asthma COPD Emphysem Weitere _____

Andere Erkrankungen: _____

Angehörige/r Nicht selbst erkrankt

gewünschter Ortsverband:

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für Einzelpersonen € 25,00 und für Familien € 40,00. Höhere Beiträge sind natürlich möglich.

Gewünschte Zahlungsweise:

Rechnung (Bitte überweisen Sie den Betrag erst nach Erhalt der Rechnung.)

Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag in Höhe von € _____ wird hiermit erteilt.

Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Datum, Unterschrift (für Einzugsermächtigung):

Datum: _____ Unterschrift: _____

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA

als gemeinnützig seit 1986 anerkannt

gültiger Freistellungsbescheid Finanzamt Mainz-Mitte: StNr. 26/675/0372/9-II/4 vom 28.10.2014

Mainzer Volksbank eG - IBAN: DE37 5519 0000 0001 0320 10 BIC: MVBMD55

Die "Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke" im 24. Jahrgang

unterstützt durch

- Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA
- AG Lungensport in Deutschland e.V.
- Deutsche Atemwegsliga e.V.
- Deutscher Lungentag e.V.

Herausgeber und Copyright:

SP Medienservice – Verlag, Druck und Werbung
Reinhold-Sonnek-Str. 12,
51147 Köln
Tel. 02203 – 980 40 31,
Fax 02203 – 980 40 33
www.sp-medien.de, E-Mail: sp@sp-medien.de

„Luftpost“-Redaktion

Adnet-Straße 14, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 – 5738327

Das Team:

Dr. med. Michael Köhler, Redaktionsleitung und Druckfreigabe, V.i.S.d.P.
Dr. med. Judith Düttmann †
Katrin Fell
Lothar Wern

Bildnachweise:

Titelbild:
Predigtstuhlbahn, Bad Reichenhall: © Kur-GmbH
Alle Bilder von den Autoren,
wenn nicht anders angegeben

Anzeigenvertrieb, Layout und Druck:

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

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors wieder. Die Redaktion behält sich vor, eingereichte Artikel zu redigieren. Anzeigen stehen in der Verantwortung des Inserenten. Sie geben daher nicht generell die Meinung des Herausgebers wieder. Die Beiträge der „Luftpost“ können das Gespräch mit dem Arzt sowie entsprechende Untersuchungen nicht ersetzen. Die „Luftpost“ dient der ergänzenden Information. Literaturnachweise können über Redaktion oder Autoren angefordert werden. Die „Luftpost“ erscheint viermal jährlich. Die nächste Ausgabe der „Luftpost“ erscheint Anfang Juni 2016.

Einzelpreis pro Heft:

Deutschland 4,50 Euro, Ausland 8,00 Euro
Jahresabonnement 10,00 Euro (Deutschland)
Auflage 35.000

kompetent · verständlich · patientengerecht

Abonnement der „Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke“

Hiermit abonniere ich die

„Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke“.

Die „Luftpost“ erscheint viermal jährlich (die Ausgabe „Frühjahr“ jeweils im März zum Jahreskongress der deutschen Lungenfachärzte (DGP), die Ausgabe „Sommer“ im Juni, die Ausgabe „Herbst“ im September und die Ausgabe „Winter“ Ende November). Der Bezugspreis pro Jahr beträgt 10,00 Euro, statt 18,00 Euro bei Einzelbezug, inklusive Porto und Versand innerhalb Deutschlands. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, falls es nicht schriftlich sechs Wochen vor Jahresende gekündigt wird.

Abonnement ab Ausgabe:

- Frühjahr Sommer Herbst Winter

Vorname, Name Telefon

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Abonnementbetreuung:
Domenica Kunze
Carl-Werner-Str. 2, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 – 924108, kunze@team-luftpost.de

Gewünschte Zahlungsweise:

- bargeldlos durch Bankeinzug

IBAN BIC

Geldinstitut

- gegen Rechnung (keine Vorauszahlung, bitte Rechnung abwarten)

Datum Unterschrift

Rücktrittsrecht:

Diese Bestellung kann innerhalb von 14 Tagen (Datum des Poststempels) schriftlich widerrufen werden

ANZEIGE

COPD[®]: Sind Sie trotz Behandlung außer Atem?



Sprechen Sie Ihren Arzt an!

Erneuerung als Unterstützung für Ihr Arztgespräch
erhältlich unter www.copd-stern.de





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

**Berold Z., 50 Jahre,
erbt im Herbst 2012 die Diagnose IPF**



ATMEN UM ZU LEBEN LUNGENFIBROSE

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

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



IPF CARE

Roche Pharma AG
Respiratory Division
79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland

© 2018