

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht



- 116 117:
Die Nummer, die hilft
- Inhalationstherapie
mit Verneblern
- Aktuelles vom
DGP-Kongress

Offizielles Organ von:

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

MIT
Programm
2. LUNGENTAGUNG
WORMS
23. September 2017

HEUTE
IST DER TAG,
AN DEM ICH
SELBST AKTIV
WERDE

HEUTE
IST DER TAG,
AN DEM MEIN
KAMPF GEGEN
IPF BEGINNT

HEUTE
IST DER TAG
DER NEUE
CHANCEN BRINGT

Die idiopathische Lungenfibrose (IPF) ist eine schwerwiegende Erkrankung der Lunge, die sich im Laufe der Zeit erheblich auf die Atmung und den Alltag der Betroffenen auswirkt.

Sind Sie selbst oder ist eine Ihnen nahestehende Person von IPF betroffen? Informieren Sie sich über die Erkrankung und beginnen Sie gleich heute den Kampf gegen die IPF. Für weitere Informationen besuchen Sie die Seite:



fightipf.de

KÄMPFEN. ATMEN.
LEBEN.

Liebe Leserinnen und Leser,

heute machen wir Ihre „Luftpost“, die Sie in Händen halten, mit der „Nummer, die hilft“ auf. Keine Angst, wir wollen nicht der „Bildungszeitung“ Konkurrenz machen. Aber möglicherweise haben Sie, wie auch ich, dass gebe ich hiermit zu, die „116 117“ noch nicht verinnerlicht. Wir alle kennen das Problem – ich denke da an einen abends beginnendes Fieber oder eine sich verschlimmernde Luftnot. Erst sind sie erträglich und dann, natürlich abends, am Wochenende oder vor einem Feiertag, werden sie richtig schlimm. Jetzt ist guter Rat teuer! Entweder man sucht einen Notfalldienst in einer Klinik auf oder versucht einen diensthabenden Arzt außerhalb seiner Sprechstunde zu erreichen. Hierfür gibt es jetzt die „Nummer, die hilft“, kostenlos und bundeseinheitlich. Ich hoffe, diesen Dienst brauchen Sie nie, aber wenn Not am Mann oder an der Frau ist, ist sie unkompliziert, schnell und extrem hilfreich.

Wenn Sie die „Luftpost“, was wir alle hoffen, schon länger lesen, kennen Sie auch unseren Ehrenvorsitzenden, Herrn Dr. Helmut Berck. Heute lässt er die 25-jährige Geschichte Ihrer „Luftpost“ kurz Revue passieren.

Natürlich waren wir mit unserem Stand der DPLA, wie schon Tradition, auf dem alljährlichen Kongress der Lungenfachärzte, diesmal in Stuttgart. Von diesem immer umfangreicheren Höhepunkt der deutschen Pneumologie kann man wirklich sagen, dass sich das „rote Segel der Lunge“ immer stärker aufbläht. Wir beginnen in dieser Ausgabe mit unseren Berichten zu wichtigen Vorträgen. Dort haben wir auch erfahren: Die neuen Leitlinien zu Asthma und COPD kommen! Wie Sie sicher wissen, regeln diese, fast wie ein Gesetz, die gesicherte medizinische Behandlung auf dem neuesten Stand für diese beiden Volkskrankheiten. In Ihnen sind die weltweiten neuen Erkenntnisse und Untersuchungen von der Diagnostik über die Therapie bis hin zur Rehabilitation enthalten. Natürlich sind sie entsprechend angepasst an unser deutsches Gesundheitswesen. Sie sind daher D I E Leitlinien für jeden behandelnden Arzt und Patienten bei diesen Krankheiten.

Ungeduldig haben wir Alle diese schon erwartet. Aber wenn man weiß, dass allein für die Asthma-Leitlinie 35 Autoren tätig waren und sich abstimmen mussten und dabei mehr als 700 medizinische Publikationen durchgesehen, bewertet und diskutiert haben, versteht man, dass dies Jahre dauert. Vollbracht wird das nicht von hauptamtlichen Wissenschaftsredakteuren, sondern von Ärzten und Wissenschaftlern in Kliniken und



Praxen, neben ihrer Hauptarbeit. So wird verständlich, welche ein Werk mit einer neuen Leitlinie „gestemmt“ werden muss. In Ihrer „Luftpost“ erhalten Sie dies dann auf wenige Seiten kondensiert und verständlich geschrieben. Dies ist ein weiterer Schritt, der von den Autoren großen persönlichen Einsatz verlangt. Wie gesagt, in der nächsten Ausgabe folgt die 1. Leitlinie.

Ganz aktuell, werden Sie auf unserer 2. Lungentagung in der NibelLUNGENstadt Worms, am 23. September die wichtigsten Änderungen in den neuen Leitlinien für Asthma und COPD aus höchst berufenem Munde von Herrn Professor Worth dargelegt erhalten. Es lohnt sich also wieder, nach Worms zu kommen! Übrigens haben wir für unsere 2. Lungentagung auch erstmals – quasi als Anerkennung – die Schirmherrschaft der offiziellen Fachgesellschaft der Deutschen Lungenärzte, der DGP, erhalten. Das aktuelle Programm hierzu und zum diesjährigen, bereits 20. Deutschen Lungentag, dessen Zentralveranstaltung voriges Jahr unsere 1. Lungentagung war, diesmal in Göttingen, finden Sie ebenfalls in Ihrer „Luftpost“.

Kommen Sie zu diesen für Sie kostenlosen Veranstaltungen, den Ihres Ortsverbandes und lesen Sie die „Luftpost“, dann trifft auf Sie nicht zu, womit 1910 die italienischen Futuristen in ihrem Manifest gedroht haben: „Wir werden die Sofas, auf denen wir sitzen, und die Sofas werden wir.“

Sprechen wir lieber mit Ulrich Grasnick: ...„filtern wir die Luft, daß ein Atemzug bleibt für ein Lächeln.“

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

Editorial

3

Asthma und COPD

- 6 Jubiläum 25 Jahrgänge der Luftpost
- 14 Inhalationstherapie mit Verneblern
- 20 Der Medikationskatalog zur Behandlung von Asthma und COPD
- 22 Lungenärzte empfehlen Lungenfunktions-tests für Raucher
- 24 Steigender Hitzestress erhöht Sterberisiko bei Patienten mit Lungenerkrankungen

Aktuell

- 5 2. Lungentagung Worms
- 8 Die Nummer für alles, was kein Notfall ist
- 12 Psychotherapie-Richtlinien: Das sind die Neuerungen

Allergie

- 22 Startschuss für den Allergieinformationsdienst

Über den Tellerrand hinaus

- 24 Die Selbsthilfe bei Lungenfibrose stellt sich vor

Lungensport

- 26 Atemphysiotherapie bei Fibrose

Deutscher Lungentag

- 30 Passivrauchen und Tabakkonsum im Kindes- und Jugendalter: Vorbeugen ist besser als Behandeln!

Zu Ihrer Information

- 34 Über die Behandlung der Diphtherie mit Behrings Heilserum
- 37 Risikofaktor: Zäher Schleim
- 38 Der Innovationsfond
- 45 Flyer der Atemwegsliga: E-Zigaretten

Selbsthilfe

- 42 10 Jahre „atemlos“ in Köln – Ein Blick hinter die Kulissen
- 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

Rubrik

- 50 Impressum
- 50 Abonnement
- 51 Vorschau und Termin Zentralveranstaltung Deutscher Lungentag 2017

DVD – 1. Lungentagung Worms

Fünf Professoren und ebensoviele namhafte Experten in den Workshops, hatten wir für Sie eingeladen und **S I E** sind gekommen. Bestellen Sie jetzt für 8,00 Euro (inkl. Versand) die komplette Aufzeichnung aller Vorträge zur Nachbetrachtung unserer **1. Lungentagung Worms** auf **DVD**.

Ihre Bestellung an:

Deutsche PatientenLiga
Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA
Geschäftsstelle –
Adnet-Str. 14
55276 Oppenheim
Telefon: 06133 / 35 43
E-Mail: info@pat-liga.de
8,00 Euro (inkl. Versand)
Rechnung anbei
Laufzeit: 175 Minuten





gemeinsam mit



2. Lungentagung Worms

COPD, Asthma bronchiale und die neuen Leitlinien

Informationen für Patienten mit Atemwegserkrankungen
und Ihre Angehörigen.

Samstag, 23. September 2017

9.30 Uhr – 15.00 Uhr

DAS WORMSER – Tagungszentrum in der NibelLUNGENstadt Worms

Rathenaustraße 11 · 67547 Worms



und



Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin e.V.

– Eintritt FREI –

Nach jedem Vortrag besteht immer die Möglichkeit zu direkten Fragen an die Referenten

ab 09:30 Uhr

Während der Tagung besteht die Möglichkeit zum Besuch der Ausstellung.

12:15 – 13:00 Uhr

Mittagspause für Imbiss und Ausstellungsbesuch

13:00 – 13:10 Uhr

Sportliche Auflockerung

10:30 – 10:40 Uhr

Begrüßung

Dr. Michael Köhler, Oppenheim
Vorsitzender der DPLA
und Leiter des
Organisationsteams



13:10 – 13:40 Uhr

Richtig inhalieren:

Was ist zu beachten?

Dr. Peter Haidl,
Schmallenberg



10:40 – 11:15 Uhr

Neue Leitlinien

für Asthma und COPD: Was ändert sich?

Prof. Dr. Heinrich Worth,
Fürth



13:40 – 14:10 Uhr

Reisen mit Asthma und COPD:

Was ist zu beachten?

Prof. Dr. Adrian Gillissen,
Bad Urach



11:15 – 11:45 Uhr

Lungenentzündung:

Erkennen und rechtzeitig behandeln

Prof. Dr. Joachim Lorenz,
Lüdenscheid



14:10 – 14:40 Uhr

Zusammenfassung und Ausblick

Prof. Dr. Heinrich Worth,
Fürth



11:45 – 12:15 Uhr

Schutzimpfungen bei Atemwegserkrankungen:

Welche? Wann? Wie oft?

Prof. Dr. Susanne Lang,
Gera



Parallel finden in weiteren Räumen fünf Workshops statt:

- Als Patient in der pneumologischen Praxis
- Neues vom Lungensport
- Selbsthilfe für sauerstoffpflichtige Patienten
- Lungenkrebs heute: Von der Genetik zur Immuntherapie
- Als Patient beim Arzt – Vorbereitung und Gesprächsinhalte

Jubiläum: 25 Jahrgänge der „Luftpost“

von Dr. Helmut Berck

In der Ausgabe „Herbst 2016“ der „Luftpost“ hat Christoph von Loeben über die Gründung der (heutigen) Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA berichtet. In seinen Erinnerungen schreibt er, dass die „Luftpost“ ihren Namen einer Idee seiner Ehefrau zu verdanken habe.

Wann die allererste Ausgabe der „Luftpost“ erschienen ist, ist heute nicht mit letzter Sicherheit feststellbar. In der Erstausgabe der „Luftpost“ – sie umfasste damals 16 Seiten – war das Schwerpunktthema „Cortison“. In dieser „Luftpost“-Ausgabe findet sich allerdings kein einziger Hinweis auf den Zeitpunkt ihres Erscheinens. Sicher ist allerdings, dass die zweite Ausgabe der „Luftpost“ im April 1989 erschienen ist. Die Unterlagen im Archiv der DPLA legen nahe, dass die erste „Luftpost“ wahrscheinlich im zweiten Halbjahr 1988 publiziert wurde, also vor fast 29 Jahren.

Dass wir 2017 den 25. Jahrgang der „Luftpost“ zählen, liegt daran, dass sie anfangs mit einem großen zeitlichen Abstand erschienen ist. Die „Luftpost“ in der heutigen Erscheinungsform, wie Sie sie gerade lesen, erschien erstmals im Herbst 2003.

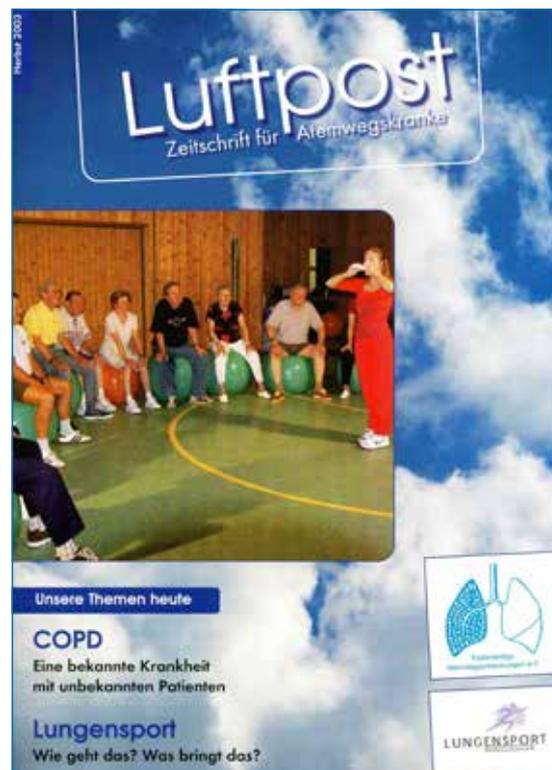
Alle Ausgaben der „Luftpost“, die seit dieser Zeit veröffentlicht wurden, finden Sie in vollem Umfang auf der Homepage der DPLA unter dem Button „Luftpost – Fachzeitschrift“. Nehmen Sie sich doch einmal die Zeit, in allen bisher erschienenen Heften zumindest virtuell zu „blättern“, wenn Sie sie nicht mehr selbst in Papierform besitzen. Beiträge, die für Sie vor dem Hintergrund Ihrer ganz persönlichen chronischen Atemwegserkrankung von Bedeutung sind, können Sie sich aber auch ausdrücken und in Ruhe lesen.

Es ist heute nicht mehr feststellbar, wie hoch die Auflage der „Luftpost“ in den ersten Jahren war. Aktuell werden von jeder Ausgabe 30.000 Exemplare gedruckt. Geht man davon aus, dass jede „Luftpost“ von mindestens zwei Personen gelesen wird, liegt ihre Reichweite bei rd. 60.000 Lesern. Die DPLA war von Anfang an intensiv bestrebt, den Kreis der Leser der „Luftpost“ durch eine Zusammenarbeit mit anderen Institutionen zu erweitern. Schon 1993 kam es zu einer Kooperation mit der Deutschen Atemwegsliga e.V. und ab 2003 mit der Arbeitsgemeinschaft (AG) Lungensport in Deutschland e.V. Die „Luftpost“ ist zudem das offizielle Organ für die Mitglieder der AG Lungensport in Deutschland e.V.

Seit Sommer 2015 ist die „Luftpost“ auch das offizielle Organ des Deutschen Lungentages e.V. (heute: Sektion



Erste Ausgabe der „Luftpost“



und Ausgabe „Luftpost“ Herbst 2003

Deutscher Lungentag in der Deutschen Atemwegsliga e.V.) Dieser Zusammenschluss von Patientenorganisationen und der pneumologischen Ärzteschaft ist zugleich der Organisator des seit über 20 Jahren jährlich stattfindenden Deutschen Lungentages.

Für einige Jahre war die „Luftpost“ auch das Organ der beiden Selbsthilfegruppen COPD Deutschland e.V. und der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland. Die umfassende gegenseitige Unterstützung der genannten Organisationen zum Nutzen ihrer Mitglieder und zur verlässlichen öffentlichen Information über die Volkskrankheiten COPD, Lungenemphysem und Asthma bronchiale war und ist letztlich auf den guten Ruf der „Luftpost“ bei Patienten und Ärzten zurückzuführen.

Mit der Herausgabe der „Luftpost“ hat die DPLA dasselbe Ziel verfolgt wie mit der Gründung ihrer ersten Ortsverbände, nämlich einen regelmäßigen Informationsaustausch zwischen betroffenen Patienten mit einer chronischen Atemwegserkrankung und erfahrenen und kompetenten Lungenfachärzten herbeizuführen. Seit der ersten Ausgabe der „Luftpost“ waren alle, die an ihrem Inhalt und Erscheinen beteiligt waren, stets besonders bemüht, dass die Artikel in einer für die Leser – also für Patienten als in der Regel medizinische Laien – verständlichen Sprache geschrieben waren. Die Autoren, neben Lungenfachärzten, überwiegend Sportmediziner, Atemphysiotherapeuten und in der Selbsthilfe engagierte Laien, mussten daher schon beim Verfassen ihrer Beiträge darauf achten, dass die Informationen, die sie an die Leser der „Luftpost“ weitergeben wollten, von diesen möglichst ohne ein medizinisches Wörterbuch und auf Anhieb verstanden wurden.

Die „Luftpost“ wollte aber von der ersten Ausgabe an bis heute eine Zeitschrift sein, deren Inhalte für die Patienten nicht nur verständlich, sondern deren Aussagen auch vertrauenswürdig sind. Die Leser durften immer davon ausgehen, was in der „Luftpost“ steht, entspricht dem jeweiligen Stand wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse und den aktuellen Möglichkeiten der Diagnose sowie der medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapie von chronischen Atemwegserkrankungen.

Die Sicherung einer gleichbleibenden hohen Qualität der Informationen in der „Luftpost“ war nur möglich, weil es über all die Jahre gelungen ist, kompetente Lungenfachärzte und weitere Experten für Atemwegserkrankungen zu finden, die für die „Luftpost“ in ihrer ohnehin knappen Freizeit und ohne Entgelt ihre Beiträge geschrieben haben. Dieses oft schon über zwei Jahrzehnte andau-

ernde persönliche Engagement einzelner Autoren ist und bleibt die Grundlage für die große Anerkennung, die die „Luftpost“ in Deutschland bei Patienten und Ärzten genießt. Ohne dieses ehrenamtliche Engagement vieler hätte es die „Luftpost“ nicht gegeben; ihnen gebührt an dieser Stelle unser besonders herzlicher Dank für ihre zuverlässige und freundschaftliche Unterstützung der DPLA bei der Herausgabe der „Luftpost“.

Zum Schluss noch einige persönliche Anmerkungen des Autors dieses Beitrags. Von der Ausgabe „Herbst 2003“ bis „Sommer 2014“ habe ich mich sehr intensiv bemüht, das Erscheinungsbild und den Inhalt der „Luftpost“ mitzuprägen. Das war nicht immer leicht; manchmal empfand ich es auch als belastend. Ich war schließlich kein Journalist, und schon gar kein Medizinjournalist.

Als Dank für unser Engagement ergaben sich viele wichtige Gespräche und gemeinsam erarbeitete Erfolge mit Christoph von Loeben, Frank Laschinski und Sabine Habicht. Diese drei Menschen – die Herren von Loeben und Laschinski als Inhaber einer Agentur bzw. eines Verlages für eine patientenorientierte Öffentlichkeitsarbeit sowie Frau Habicht als engagierte Medizinjournalistin – haben in unterschiedlichen Zeiträumen jeweils wesentlich dazu beigetragen, die „Luftpost“ zu einer Patientenzeitschrift zu machen, auf deren nächste Ausgabe die Leser immer gespannt sein konnten.

Mit der Lektüre der „Luftpost“ sollten stets die vielfältigen Möglichkeiten zur aktiven Selbsthilfe bei einer chronischen Atemwegserkrankung, also bei einer COPD, bei einem Lungenemphysem und einem Asthma bronchiale, vermittelt werden. Der Anspruch der „Macher“ der „Luftpost“ war immer, ihren Lesern „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu geben und damit möglichst zur Verbesserung der individuellen Lebensqualität des einzelnen Betroffenen beizutragen. Die vielen positiven Rückmeldungen, die wir in all den Jahren von den Lesern der „Luftpost“ erhalten haben, lassen den Schluss zu, dass wir diesem selbst gesetzten Anspruch nahe gekommen sind. Und so soll es auch in den nächsten Jahren bleiben. Getreu dem Motto unserer „Luftpost“: kompetent – verständlich – patientengerecht und dies in vier Ausgaben jährlich.

Der Autor:

Dr. Helmut Berck
Ehrendirektor der
Deutschen PatientenLiga
Atemwegserkrankungen e.V.



116 117: Die Nummer für alles, was kein Notfall ist

kostenlos-bundeseinheitlich

von Sarah Weckerling

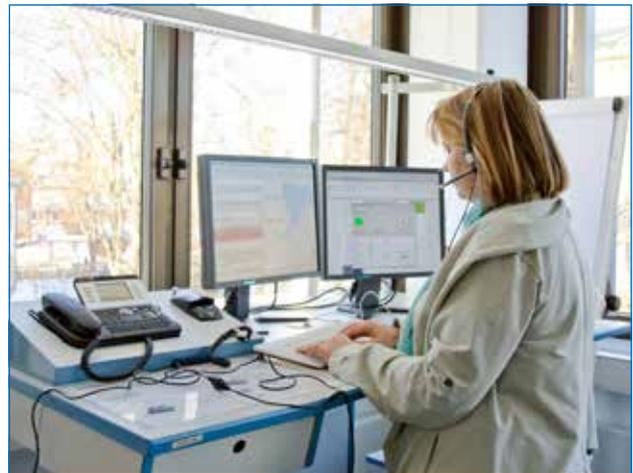
Den ärztlichen Bereitschaftsdienst für die Zeiten, in denen niedergelassene Ärzte normalerweise nicht in ihrer Praxis sind, organisieren die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland völlig unterschiedlich. Und trotzdem ermöglicht ein ausgeklügeltes System, was in einer föderalen Struktur unmöglich scheint: eine zentrale, bundesweit einheitliche Nummer für jeden, der akut einen Arzt benötigt.

Die Morgensonne scheint durch die riesigen Glasfenster, draußen sieht man blauen Himmel und glitzernden Neuschnee. Es ist der sechste Januar. Dreikönigstag. In Bayern ein Feiertag. Die Arztpraxen haben geschlossen. Alle Patienten mit akuten Beschwerden, die keinen Krankenwagen brauchen, sind jetzt auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst angewiesen. Die Mitarbeiter des Gesundheitsdienstleisters „Gedikom“ in Bayreuth haben also alle Hände voll zu tun.

„Ärztlicher Bereitschaftsdienst 116117, mein Name ist Schneider, wie kann ich Ihnen helfen?“ So meldet sich Service-Mitarbeiterin Jeanette Schneider und wartet ein paar Sekunden ab. Am anderen Ende der Leitung ist eine zitternde Frauenstimme: „Ich habe seit einer Woche eine Ohrenentzündung, die geht einfach nicht weg. Und jetzt habe ich schon wieder Fieber. Ich glaube, ich muss doch zum Arzt.“ Schneider fragt: „Wo sind Sie jetzt? Aus welchem Postleitzahlengebiet rufen Sie an?“ Diese Frage ist wichtig, denn Schneider muss die Patientin an die richtige Stelle weiterleiten. „97424?“, vergewissert sich Schneider, „in Schweinfurt, ja?“ Sie rauscht in rekordverdächtig hoher Tippgeschwindigkeit über ihre Computer-Tastatur. „Moment, ich verbinde Sie mit den Kollegen von der Leitstelle. Bitte bleiben Sie in der Leitung, nicht auflegen.“

16 Bundesländer, eine Rufnummer

Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist in Deutschland Sache der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Sie wissen am besten, wie Sie die Versorgung in den einzelnen Regionen organisieren: In Flächenländern muss der Bereitschaftsdienst sehr viel größere Gebiete abdecken als in den Stadtstaaten. Bevölkerungsstruktur, Zersiedelungsgrad und Arztdichte spielen eine Rolle. Deshalb ist die Organisation des Bereitschaftsdienstes auf Landesebene gut aufgehoben. Mit



Dank ihrer Ausbildung als Pharmazeutin und Rettungsassistentin kann Gedikom-Mitarbeiterin Jeanette Schneider die Anrufer meist in weniger als einer Minute an den richtigen Ansprechpartner weiterleiten.

der Einrichtung der kostenlosen bundeseinheitlichen Nummer 116117 wurde allerdings etwas geschaffen, was lange Zeit unmöglich schien: eine zentrale Nummer für völlig dezentral organisierte Strukturen.

Per Callcenter zum Bereitschaftsarzt

Die Leitstelle, an die Schneider die Patientin übergibt, ist aufgrund der Postleitzahl die Vermittlungszentrale des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KV Bayerns. Würde die Patientin aus Frankfurt anrufen, wäre die KV Hessen zuständig, oder in Saarbrücken die KV Saarland. Schneider drückt eine Tastenkombination auf ihrem Apparat und stellt durch. Eine Mitarbeiterin in Bayern nimmt entgegen. Sie wird ein kurzes Anamnesegespräch führen, die Patientin über die nächstgelegene Bereitschaftspraxis informieren, telefonisch mit einem Arzt verbinden oder wenn nötig, einen Hausbesuch organisieren. Bei schweren Erkrankungen oder lebensgefährlichen Situationen kann sie in Sekundenschnelle einen Rettungsdienst alarmieren.

Jede Region macht den Bereitschaftsdienst anders

„Technisch gesehen ist die 116117 dabei mehr als ein reiner Weitervermittlungsdienst“, sagt Dr. Branko Trebar, Abteilungsleiter Versorgungsstrukturen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Zusammen mit Kommunikationsspezialisten und Gesundheitsexperten setzt er sich seit fünf Jahren für die optimale Umsetzung der Nummer ein. Was so einfach klingt, ist technisch nämlich alles andere als leicht: Mehr als 1.000 individuelle Bereitschaftsdienstregionen mit unterschiedlichen Feiertagen, verschiedenen sprechstundenfreien Zeiten und regionalen Unterschieden

in der Organisation des Bereitschaftsdienstes mussten unter einen Hut gebracht werden. So ist beispielsweise in Berlin, aber auch in Teilen von Sachsen, Sachsen-Anhalt und Niedersachsen der fahrende Bereitschaftsdienst üblich. Der diensthabende Bereitschaftsarzt bekommt den Anruf der KV also direkt auf sein Handy gespielt und macht sich auf den Weg zum Patienten. In Baden-Württemberg dagegen gibt es sogenannte Notfallpraxen, die von den Patienten selbstständig aufgesucht werden können. Die Öffnungszeiten der mehr als 100 Notfallpraxen variieren jedoch selbst innerhalb Baden-Württembergs. In Regionen, in denen keine Notfallpraxis zur Verfügung steht oder für Patienten, die nicht mobil sind, ist auch dort ein Hausbesuchsdienst zuständig. In manchen Planungsregionen gibt es darüber hinaus Kooperationen mit Kliniken. Dort wird um Mitternacht der Bereitschaftsdienst von der Rettungsstelle übernommen, weil sich der Betrieb einer eigenen Bereitschaft nicht lohnen würde. Hinzu kommt, dass in vielen Bundesländern der diensthabende Arzt jeden Abend wechselt, in anderen aber nicht. Und dann gibt es ja auch noch zentrale Bereitschaftsdienstpraxen, die an Kliniken angegliedert sind: Portalpraxis, Bereitschaftspraxis, Notfallpraxis – sie heißen überall anders und sind verschieden organisiert. Den für den Patienten richtigen Arzt in seiner Nähe herauszufinden, ist also eine große Aufgabe. „Es hat Jahre gedauert, dieses System und die dahinterliegenden Prozesse zu optimieren“, erklärt Trebar. „Aber seit die Datenbanken im Hintergrund die Arbeit aufgenommen haben, läuft alles deutlich reibungsloser.“

Nicht jeder Krankheitsfall ist so ernst wie er scheint

Und wenn der Anrufer sich doch in einer ernsten medizinischen Lage befindet? Dann ist die Vernetzung mit den Rettungsleitstellen jederzeit gewährleistet. „Wir legten dabei Wert auf eine ‚warme Übergabe‘, sagt Trebar und meint damit eine Dreier-Konferenzschaltung. Gemeinsam mit der Rettungsstelle, mit der KV-Leitstelle und dem Patienten wird beschlossen, was weiter passiert. „Man bewegt sich hier natürlich immer in einem Spannungsfeld“, erklärt Trebar, „die objektive Einschätzung des Arztes ist häufig eine andere als die subjektive des Patienten. Ein Schnupfen oder Fieber sind kein Fall für die Rettung und fürs Krankenhaus.“ Anders bei akuten Notfällen, in denen sich der Zustand deutlich verschlechtert oder lebensbedrohlich wird.

„Alle unsere Mitarbeiter im Bereich 116117 sind medizinisch ausgebildet, zum Beispiel als Arzthelfer oder Rettungsassistenten. Sie können schon anhand einer kurzen Beschreibung der Symptome erkennen,

wie ernst die Lage ist“, sagt Service-Bereichsleiter Florian Eagan. Als hundertprozentige Tochter der KV Bayerns übernimmt sein Arbeitgeber, die Gedikom GmbH, nicht nur die Koordinierung der bundesweiten 116117, sondern auch den Bereitschaftsdienst der KV Bayerns. „Der gesamte Bereitschaftsdienst des Landes wird zu 90 Prozent bei uns telefoniert“, sagt Eagan. Er ist auf dem Weg in den zweiten Stock, wo der bayrische Bereitschaftsdienst koordiniert wird. Auch diese Abteilung brummt vor Geschäftigkeit, gerade an Feiertagen. 35 Mitarbeiter sind gerade alle in ein Gespräch verwickelt. Zu ihnen werden jene Anrufer weitergeleitet, die aus einem bayrischen Postleitzahlgebiet bei der 116117 anrufen – entweder automatisch, oder durch die Callcenter-Agenten ein Stockwerk tiefer, wo Jeanette Schneider mit ihren bis zu 20 Kolleginnen und Kollegen arbeitet.

Technisch einfach ist es, wenn jemand von einem Festnetz-Telefon aus die Ziffern 116117 anwählt. Während die Bandansage „Willkommen beim ärztlichen Bereitschaftsdienst...“ läuft, wird der Anrufer über die automatische Rufnummernerkennung direkt der richtigen Vorwahl und damit der zuständigen KV-Leitstelle zugeordnet. Komplizierter wird es aber, wenn der Anruf von einem Mobiltelefon stammt. „Das System hinter der 116117 kann keine Sendemasten in der Nähe erkennen“, erklärt Trebar. „Hilfreich wäre, wenn wir die Mobilfunkortung nutzen könnten, doch das ist uns gesetzlich nicht erlaubt.“ Trebar bemüht sich seit mehreren Jahren um eine Lösung. Doch das Gesundheitsministerium ist offiziell nicht zuständig für Telekommunikation. Das Wirtschaftsministerium ist offiziell nicht zuständig für Gesundheitsfragen. Es fehlt also ein Ansprechpartner an der Schnittstelle zwischen beiden Bereichen, der der KBV erlauben könnte, das Gesetz für den guten Zweck zu umgehen.



Bei Günter Jauchs Prominenten-Quiz: Sänger Mark Foster kannte die Nummer 116117 nicht. Nach der Sendung liefen in der Zentrale in Bayreuth die Telefone heiß.

Die Geschichte hinter der Nummer

Auf dem Papier ist die 116117 schon fast zehn Jahre alt. Der „geistige Vater“ der Rufnummer ist Dr. Hans-Joachim Helming, ehemaliger Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Brandenburg. Helming war es leid, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst unzählige verschiedene Rufnummern in allen Regionen Deutschlands hatte. Daher kam ihm die Idee einer bundesweit einheitlichen Rufnummer, unter der man nahezu alle Haus- und Fachärzte im Bereitschaftsdienst erreichen kann.

Die 17 KVen und die KBV nahmen Helmings Projekt im Jahr 2006 erstmals zusammen in Angriff. Die Ziffern der Rufnummer standen relativ schnell fest: Die Europäische Kommission öffnete im Jahr 2007 die Leitungen für alle mit 116 beginnenden Nummern unter der Bedingung, dass diese ausschließlich für „harmonisierte Telefondienste mit sozialem Wert“ genutzt werden. Themenvorschläge für soziale Dienste wurden gesucht, man beschloss, einen Antrag auf die 116117 einzureichen. Es folgte eine Zeit der intensiven europäischen Lobbyarbeit. Denn um die 116117 mit Unterstützung der EU-Kommission nutzen zu dürfen, brauchte Deutschland die Unterstützung von fünf weiteren EU-Ländern. Drei Jahre dauerte es, bis sich schließlich Estland, Lettland, Malta, Rumänien und Ungarn bereit erklärten, das Projekt mitzutragen. Inzwischen haben sich noch mehr unterstützende Länder gefunden, darunter Österreich und Norwegen. Dort wurde die Rufnummer ebenfalls eingeführt.

Dank der Initiative der KV Brandenburg wurde die Rufnummer 116117 schließlich vor acht Jahren europaweit für den ärztlichen Bereitschaftsdienst reserviert. Bis man dort anrufen konnte, sollte es noch ein paar Jahre dauern. Zunächst musste die Rufnummer durch die Bundesnetzagentur vergeben werden, anschließend galt es im Rahmen einer Ausschreibung einen Telekommunikationsbetreiber und zwei Servicecenter für die Umsetzung zu finden. Die Aufgabe, das Netz hinter der Nummer zu betreuen, bekam die next-id GmbH mit Sitz in Bonn. Die beiden bundesweiten Servicecenter für die 116117 werden in Bayreuth von der Gedikom GmbH und in Halle an der Saale von der buw Holding GmbH & Co. KG betrieben.

Am 16. April 2012 ging die 116117 endlich an den Start. Dieses Jahr feiert die Bereitschaftsdienst-Rufnummer bereits ihr fünfjähriges Jubiläum. Der Bekanntheitsgrad der 116117 ist noch ausbaufähig. Um das zu ändern, startet die KBV in diesem Jahr als Teil ihrer Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“ eine Plakat-Offensive: So manche großformatige Werbefläche wird auf die Nummer aufmerksam machen, im Mai bundesweit und im Juni und Oktober nochmals in Berlin.



Sechs Millionen Anrufe in einem Jahr

Bis dahin braucht es aber Serviceangestellte wie Jeanette Schneider. Im bundesweiten Callcenter in Bayreuth landen all die Anrufer, bei denen die automatische Zuordnung nicht klappt. Das waren 2015 knapp 17 Prozent aller Anrufer. Unterstützend gibt es noch ein zweites bundesweites Callcenter in Halle an der Saale. Die Inanspruchnahme der 116117 ist in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Über sechs Millionen Anrufe waren es im Jahr 2016, mit einer Gesprächsdauer von insgesamt 20 Millionen Minuten. Aneinandergereiht ergäbe das eine Gesprächsdauer von 39 Jahren. Zu Spitzenzeiten wie samstags vor Ostern oder Weihnachten gehen über die 116117 bis zu 10.000 Anrufe in der Stunde ein – in dieser Zeit werden bis zu 800 Gespräche parallel geführt.

Nicht immer geht die Weiterleitung schnell und einfach. Das hört man bei einem Kollegen von Jeanette Schneider ein paar Tische weiter im selben Büro: „Nein, das sind nur vier Ziffern. Ich brauche ihre Postleitzahl, bitte“, erklärt Service-Mitarbeiter Nico Hirschmann geduldig. „Es kommt öfter vor, dass die Anrufer aufgeregt sind, aber wir helfen dann. Dafür sind wir da“, sagt Hirschmann. Seine Kollegen pflichten ihm bei. „Viele sind nervös und sagen erst mal ihre Vorwahl oder ihren Blutdruck an“, ergänzt Schichtleiterin Patricia Rieß. „Gerade ältere Menschen wissen oft ihre genaue Adresse nicht.“ Oder sie geben ihre Wohnortadresse an, befinden sich aber gerade im Urlaub im Schwarzwald. „Denen hilft es nicht, wenn ich ihnen einen Arzt in Kiel nenne. Hier muss man einfach nachfragen.“ Hinzu kommt, dass nicht alle Anrufer auch selbst Patienten sind: Jeden Tag erkundigen sich Dutzende beispielsweise für die 80-jährige Oma aus dem Nachbarort über die 116117 nach ärztlicher Hilfe und kommen dann mit ihrer eigenen Adresse nicht weit. Die häufigste Reaktion am Telefon sei jedoch: „Dankbarkeit. Die Patienten freuen sich, wenn Sie von uns erfahren, dass es einen Arzt in ihrer Nähe gibt,

auch zu Zeiten, in denen alles geschlossen hat", sagt Rieß. Viele der Anrufer riefen zum ersten Mal an und seien mit der Nummer noch wenig vertraut.

Die Nummer, die hilft – wenn man sie kennt

Das deckt sich mit den Erkenntnissen der KBV. „Die 116117 ist in der Bevölkerung noch immer zu wenig bekannt“, sagt Branko Trebar, „das ergibt unsere Versichertenbefragung, aber auch die Tatsache, dass immer noch zu viele Patienten in den Notaufnahmen der Kliniken sitzen.“ Die Münchner Gesundheitsökonomin Leonie Sundmacher hat ermittelt, dass 3,7 Millionen Krankenhausfälle vermeidbar wären. Laut einer Folgestudie des IGES-Instituts im vergangenen Jahr summieren sich die Kosten für die Aufnahme und die stationäre Behandlung von Menschen, denen ein niedergelassener Arzt gut hätte helfen können, auf knapp 4,8 Milliarden Euro jährlich. Darunter sind 1,7 Millionen Fälle mit Aufnahmeanlass „Notfall“. Die KBV will nun mit einer Kampagne auf die Rufnummer 116117 aufmerksam machen. „Es wäre doch schade, wenn sich diese Errungenschaft nicht durchsetzen würde“, sagt Trebar. „Bei der 116117 haben Patienten außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten einen Ansprechpartner, der ihnen weiterhilft. Ohne lange Wartezeiten.“

Anamnese in fünf Minuten

Auch unserer Patientin aus Schweinfurth wurde schnellstmöglich weitergeholfen. Innerhalb von fünf Minuten hat die KV-Mitarbeiterin das Anamnese-gespräch geführt und einen HNO-Arzt in der Nähe der Patientin ausfindig gemacht, der gerade Bereitschaftsdienst hat. Die Patientin bedankt sich, hörbar beruhigt, und legt auf. Bei Jeanette Schneider plopt eine Meldung auf ihrem Monitor auf „Fall abgeschlossen.“ „Solche Patienten sind uns die Liebsten“, sagt sie zufrieden, und drückt gleich den Knopf für den nächsten Anruf.

*Sarah Weckerling
Sabine Grüneberg*

Nach KBV klartext, 1. Quartal 2017

Die Autorin:

Sarah Weckerling
Redaktionsvolontärin
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
SWeckerling@kbv.de



HEMOCARE

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

Psychotherapie-Richtlinie: Das sind die Neuerungen

von Nicolas Ebert

Mit der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde die ambulante psychotherapeutische Versorgung neu strukturiert. Die Einführung psychotherapeutischer Sprechstunden ist eine dieser Neuerungen, die zum 1. April 2017 in Kraft treten. Patienten sollen so einen zeitnahen, niederschweligen Zugang zu entsprechenden Angeboten erhalten.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Bevor sie künftig eine Therapie beginnen, sollen sich Patienten in einer psychotherapeutischen Sprechstunde vorstellen. Der Psychotherapeut klärt dabei ab, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit besteht, ob der Patient eine psychotherapeutische Behandlung benötigt oder das Angebot einer Beratungsstelle oder Selbsthilfegruppe annehmen sollte. Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten müssen insgesamt 100 Minuten Sprechstundenzeit pro Woche anbieten – bei halbem Versorgungsauftrag mindestens 50 Minuten. Dabei können sie selbst entscheiden, ob sie ihre Sprechstunde offen oder mit Terminvergabe organisieren. Für Patienten ist der Besuch der psychotherapeutischen Sprechstunde ab April 2018 Pflicht: Sie können eine Behandlung erst beginnen, wenn vorher ein mindestens 50-minütiges Erstgespräch stattgefunden hat.

Telefonische Erreichbarkeit

Psychotherapeutische Praxen müssen ab April mindestens 200 Minuten in der Woche telefonisch erreichbar sein. Damit sollen Patienten die Möglich-



keit erhalten, schneller und einfacher einen Termin zu vereinbaren. Wie Therapeuten die telefonische Erreichbarkeit organisieren, ist ihnen freigestellt: Entscheidend ist, dass jemand die Anrufe persönlich entgegennimmt. Die Zeiten der Erreichbarkeit müssen den Kassenärztlichen Vereinigungen mitgeteilt werden.

Akutbehandlung

Neu ist auch die Möglichkeit einer Akutbehandlung. Sie ist für Patienten gedacht, die rasch psychotherapeutische Hilfe benötigen und ohne diese möglicherweise schwerer erkranken würden, nicht mehr arbeiten oder zur Schule gehen könnten oder in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssten. Patienten, bei denen eine Akutbehandlung nicht anschlägt, sollen so stabilisiert werden, dass sie eine Psychotherapie oder eine teilstationäre oder stationäre Behandlung erhalten können. Die Akutbehandlung muss die Krankenkasse nicht genehmigen, sodass diese schnell eingeleitet werden kann.

ANZEIGE



Espan-Klinik mit Haus ANNA

Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen



Gesundheitsarrangement
z.B. „Tief durchatmen“
1 Woche
ab 605,- C/p.P. im DZ zzgl. Kurtaxe

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 neusten medizinischen Leitlinien betreut.

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



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

Probatorische Sitzungen

Vor Beginn einer Kurz- oder Langzeittherapie müssen mindestens zwei probatorische Sitzungen stattfinden: für Erwachsene sind bis zu vier möglich, für Kinder und Jugendliche bis zu sechs. Ein Antrag auf Kurz- oder Langzeittherapie kann bereits nach der ersten probatorischen Sitzung gestellt werden, wenn für die zweite Sitzung ein Termin vereinbart ist. Die restlichen probatorischen Sitzungen können bis zum Beginn der beantragten Richtlinien-therapie durchgeführt werden.

Kurz- und Langzeittherapie

Veränderungen wurden auch bei Kurz- und Langzeittherapien vorgenommen. Diese betreffen vor allem die Therapieeinheiten sowie die Anzeige-, Antrags- und Gutachterpflicht. Kurzzeittherapien sind in zwei Abschnitte mit jeweils bis zu zwölf Stunden unterteilt. Die Therapien werden bei der Krankenkasse beantragt, sie sind grundsätzlich nicht mehr gutachterpflichtig. Nach Ablauf einer Drei-Wochen-Frist gilt die Therapie wie bisher auch ohne Bescheid als bewilligt. Für die Langzeittherapie wurde das erste Sitzungskontingent erweitert. Mit dem Fortführungsantrag wird künftig direkt das Höchstkongingent beantragt. Der erste Bewilligungsschritt bleibt antrags- und gutachterpflichtig. Ob Anträge auf Fortführung der Psychotherapie gutachterpflichtig sind, liegt im Ermessen der Krankenkassen.

Rezidivprophylaxe

Nach Beendigung einer Langzeittherapie kann eine Rezidivprophylaxe angeschlossen werden. Sie soll Rückfälle vermeiden. Dafür können die vom bewilligten Kontingent übriggebliebenen Stunden bis zu zwei Jahre

nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden.

Gruppentherapie

Die neue Richtlinie erleichtert auch den Zugang zu Gruppentherapien. In allen Verfahren wird die Mindestteilnehmerzahl von sechs auf drei Personen herabgesetzt. Die Obergrenze liegt bei neun Teilnehmern. Dabei ist es möglich, zwischen Einzel- und Gruppentherapie zu kombinieren.

Terminservicestellen

Mit Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie am 1. April müssen die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen Patienten auch freie Termine bei Psychotherapeuten vermitteln. Dabei geht es um Termine für die Psychotherapeutische Sprechstunde und eine sich aus der Abklärung ergebende zeitnahe erforderliche Behandlung.

Detailliertere Informationen zu den Neuerungen finden Sie auf der Website der KBV unter www.kbv.de/psychotherapie.

Nach KBV klartext, 1. Quartal 2017

Der Autor:

Nicolas Ebert
Redaktionsvolontär
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
NEbert@kbv.de



ANZEIGE

Durchatmen

im Heilklimatischen Kurort Neubulach

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

Erleben Sie die Wirksamkeit der Natur unterm Tage und atmen Sie tief durch!

...auch für Kinder

Atmung • Allergie • Asthma

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

Anwendungszeitraum
Heilstollenkurbetrieb:
24.04. – 02.07.2017
31.07. – 03.10.2017

Inhalationstherapie mit Verneblern

von Dr. Peter Haidl

Die Inhalation von Salzlösungen mit einem Vernebler hat eine sehr lange Tradition und soll das Abhusten von zähem Bronchialsekret erleichtern.

„Mit der Inhalation von Salzlösung imitiert man quasi den Effekt eines Aufenthalts an der Meeresküste, wo typischerweise getrocknete Brandungsaerosole inhaled werden...“ (Dieter Köhler et al, Pneumologie 2015)

Über die Jahre sind neue Verneblersysteme in den Markt eingeführt worden, gleichzeitig haben sich neue Indikationen eröffnet. Der Beitrag möchte einen Überblick über diese neuen Entwicklungen geben.

Düsenvernebler

Ein Kompressor erzeugt Druckluft (Abb. 1), die über eine Düse beschleunigt wird. In der Umgebung der Düse entsteht ein Unterdruck (Venturi-Prinzip), der wiederum an der Oberfläche der in den Vernebler eingefüllten Flüssigkeit Tröpfchen abreisst (Primäraerosol). Speziell konstruierte Prallplatten modifizieren dann das Aerosolspektrum, das letztlich zur Inhalation zur Verfügung steht. Ein Kamin am Vernebler ermöglicht Zuluft während der Einatmung (Inspiration). Dies hat eine Trocknung des Aerosols mit einer Verkleinerung der Teilchengröße zur Folge. Durch Erhöhung des Einatemflusses kann die abgegebene Wirkstoffmenge erhöht werden.

Bei Patienten mit *schwerer COPD* kann es durch eine zu hohe Atemfrequenz und einen zu hohen Inspi-



Omron Comp Air NE-C28P-D

rationsfluss während der Inhalation zu einer Überblähung der Lunge und damit Luftnot kommen. Hier kann das Prinzip der Begrenzung des Einatemflusses durch ein im Vernebler befindliches Ventilplättchen sinnvoll sein. Gleichzeitig kann zwischen Mundstück und Vernebler ein Ring zur Reduzierung der Einatmung eingesetzt werden. Hierbei muss das Mundstück gewechselt werden, d.h. das Mundstück darf dann kein Ausatemventil besitzen. Auch dadurch wird die Überblähung vermindert und ebenso die Therapiezeit verkürzt.

Ultraschallvernebler

Die mechanische Schwingung eines *piezo-elektrischen* Kristalls erzeugt Schallwellen, die beim Auftreten an Oberflächen von Flüssigkeiten ein Aerosol bilden. Je höher die Schwingungsfrequenz (> 1 MHz), desto größer ist die Menge an inhalierbaren Teilchen. Die auftreffende Energie führt schließlich zu einer Erwärmung der Flüssigkeit, d.h. hier der Medikamentenlösung. Patienten empfinden dies als angenehm. Allerdings können dabei Eiweißstoffe (z.B. Dornase alpha) oder Enzyme zerstört werden. Ultraschallvernebler sind nur bedingt zur Verneblung von Suspensionen* (z.B. Kortison) geeignet.

Schwingmembranvernebler

Es werden *aktive* und *passive* Systeme unterschieden. Bei aktiven Inhalationssystemen (Devices wie Aeroneb®, eFlow®) werden Schwingungen eines elektrisch angeregten *Piezorings* auf eine dünne durchlöcherter Fläche übertragen. Die periodischen Druckschwankungen pressen die Medikamentenlösung durch die sehr feinen Poren und erzeugen so das Aerosol. Im Vergleich zu Ultraschallverneblern wird eine wesentlich geringere Frequenz benötigt. Damit werden die Wirkstoffe weder chemisch noch physikalisch verändert.

eFlow® rapid steht für verschiedene Substanzen zur Verfügung wie z.B. Colistin, Tobramycin DNase und hypertone Kochsalzlösung. Unter dem Namen Altera® existiert ein modifizierter eFlow® zur Verneblung des Wirkstoffs Aztreonam. Ein Display gibt eine Rückmeldung während der Inhalation. Die Inhalationszeit verkürzt sich so im Vergleich zu den Düsenverneblern

*Flüssigkeiten mit teilweise sichtbaren Teilchen

beispielsweise bei Antibiotika (Tobramycin) um ca. 50%, d.h. bei einer Füllmenge von z.B. 2,5 ml auf nur noch 2 – 3 Minuten. Mit dem PARI velox® steht eine kostengünstige Variante zur Verfügung.

Aeroneb® Pro ist ein Membranvernebler, der sowohl als tragbarer Vernebler als auch integriert in ein Beatmungssystem angewendet werden kann.

I-neb® (adaptive aerosol delivery) stellt ein passives System dar. Mit Hilfe eines Übertragungshorns werden die Vibrationen fortgeleitet, die dann die Flüssigkeit durch die Poren pressen und so das Aerosol erzeugen. Das System analysiert die jeweils letzten 3 Atemzüge und gibt dann das Aerosol z.B. während 50 – 80% des Einatemzugs ab. Dies Gerät zeigt durch eine Software dem Patienten eine Rückmeldung, wann die Medikamentenabgabe pro Atemzug beendet ist. So kann auch die Therapietreue aufgezeichnet werden.

Omron MicroAir NE-U22® ist ein weiterer *passiver* Membranvernebler ohne zusätzliche Steuerungselemente.

Membranvernebler sind leise und haben ein geringeres Restvolumen im Vergleich zu Düsen- und Ultraschallverneblern. Der Reinigungsaufwand ist grösser, da ein Verstopfen der sehr feinen Poren der Membran verhindert werden muss.

Falls für ein bestimmtes Medikament ein Wechsel von einem *Düsen- oder Ultraschallvernebler* auf einen *Membranvernebler* beabsichtigt wird, ist unbedingt auf die Dosierungsempfehlungen zu achten.



Pari Sinus

Bei gleicher Füllmenge kann sonst die Lungendosis auf das bis zu 5-fache erhöhen sein!

Schwingmembranvernebler sind deutlich teurer. Die Kassen tragen die Mehrkosten in der Regel bei Patienten mit zystischer Fibrose. Bei häufigen täglichen Inhalationen spielt die kurze Inhalationsdauer eine wichtige Rolle. Prinzipiell muss eine schlüssige Begründung vorliegen, die die Differenz zum Festbetrag für konventionelle Vernebler rechtfertigt.

Akita® Jet

Dieses System besteht aus einer Steuerungseinheit, die dem Patienten mit einer individuell programmierten Chip-Karte die Atemfrequenz und den Fluss vorgibt, sowie einem Vernebler. Das System verwendet einen Düsenvernebler. Der Anteil des inhalierten Medikamentes, das in der Lungen ankommt (Lungendeposition), kann so auf bis zu 50% der Füllmenge ansteigen.

ANZEIGE

Sauerstoff immer und überall

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

im Sortiment:
Inogen One G4 • Platinum mobile • Zen-O lite

Beratungstelefon
(0365) 20 57 18 18
Folgen Sie uns auf Facebook www.sauerstoffkonzentratoren.de

1 Stufe
3 Stufen
4 Stufen
5 Stufen
2 l/min permanent
6 Stufen
3 l/min permanent
9 Stufen
5 l/min permanent

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

24h NOTDIENST
URLAUBS
VERSORGUNG



I-NEB

Zusammenfassung

Von entscheidender Bedeutung sind bei der Verneblertherapie ein möglichst hoher Anteil an Teilchen, die bis in die Lunge eingeatmet werden bei gleichzeitig möglichst kurzer Verneblungszeit.

Die Kosten für einen Vernebler sind stets im Verhältnis zu den Kosten und der therapeutischen Breite der angewendeten Medikamente zu sehen. Für die Inhalation von Antibiotika oder Dornase -alpha sind daher höhere Anforderungen zu stellen als für z.B. die Verneblung von Salzen zur Schleimlösung.

Die einzelnen Vernebler variieren stark hinsichtlich des mit ihnen erreichbaren Anteils des inhalierten Medikamentes, das in die Lunge gelangt (Lungendeposition). Dieser Anteil liegt in der Regel zwischen 10 und 20% und ist damit vergleichbar dem bei Dosieraerosolen (MDI) oder Trockenpulverinhalatoren (DPI). Der Vorteil der Vernebler ist die individuellere Dosierbarkeit und die Möglichkeit, auch hohe Dosen zu inhalieren. So sind im Salbutamol-Fertiginhalat – ein kurz und schnell wirksames Beta-2-Mimetikum – 2500 µg enthalten. Mit einem Dosieraerosol müsste der Patient z.B. mehr als 12 Hübe eines Dosieraerosols – mit jeweils 200 µg Salbutamol inhalieren.

Generell sind die angegebenen Füllmengen zu berücksichtigen, um einen störungsfreien Gebrauch zu gewährleisten. Da im Vernebler nach erfolgter Inhalation bei Düsen- und Ultraschallverneblern eine Restmenge von ca. 1 ml verbleibt, kann die Wirkung allein durch die Erhöhung der Füllmenge gesteigert werden. Bei einer Füllmenge von 2 ml verbleiben 50% der Substanz im Vernebler, bei 4 ml sind es nur noch 25% (jeweils 1 ml). Diesem Vorteil steht die längere Inhalationsdauer gegenüber.

Verfügbar sind Atemzug-angepasste (getriggerte) oder kontinuierlich arbeitende Vernebler. Bei der kontinuierlichen Verneblung wird durch die Verwendung spezieller Filtersysteme ein guter Kompromiß zwischen Inhalationsdauer und Medikamentenverlust durch die Abatmung beim Ausatmen erreicht.

Im *Erwachsenenalter* sollte mit einem Mundstück und nicht mit einer Maske inhaliert werden. Die Nase stellt einen unüberwindlichen Filter für Aerosolpartikel über ca. 3 µm dar. Wenn eine *Maske* z.B. im Kindesalter benutzt wird, sollte diese nicht zu dicht auf das Gesicht gepresst werden und ggfs. Ventilöffnungen besitzen. Dadurch wird die Medikamentenablagerung im Gesicht und den Augen vermindert.

Eine plötzliche Verlängerung der gewohnten Inhalationszeit ist immer ein Hinweis auf eine Störung, wie z.B. eine Verstopfung von Düsen oder Membranen oder einen Leistungsabfall des Kompressors, die schnell behoben werden sollten.

Hygiene

Ein häufiger Diskussionspunkt ist die notwendige Hygiene. Unterschieden werden muss die *häusliche* Anwendung bei ein und demselben Patienten von der Verwendung bei vielen und wechselnden Patienten z.B. im *Klinikbetrieb*.

Im ersten Fall sollte der Vernebler einmal täglich mit Spülmittel und Leitungswasser gereinigt werden. Die Desinfektion erfolgt mit kochendem Wasser oder mit Wasserdampf in einem Vaporisator (wie z.B. auch bei Babyflaschen). Bei täglicher Anwendung sollten die Düsen-Verneblerköpfe einmal jährlich ausgetauscht werden.

PARI Vernebler sind grundsätzlich für die Mehrfachverwendung vorgesehen. In Krankenhäusern muss vor einem Patientenwechsel eine Dampfsterilisation erfolgen (mindestens 20 min. bei 121 °C). Aufgrund der dadurch entstehenden Kosten werden alternativ Einmalvernebler („disposable nebulizer“) in vielen Kliniken verwendet.

Ob Vernebler möglicherweise dazu beitragen, dass die Exazerbationsrate bei COPD-Patienten ansteigt, ist nicht untersucht. Dennoch wird dies häufig als Argument gegen den Einsatz von Verneblern angeführt. Bei einer schweren COPD ist in vielen Fällen von einer bakteriellen Besiedelung der Atemwege



Pari Boy SX

auszugehen. Somit sollten am Vernebler allenfalls nur die Keime gefunden werden, die bereits im Bronchialsystem vorhanden sind. Voraussetzung ist natürlich immer die vorschriftsmäßige Reinigung und Hygiene.

Anwendungsgebiete

Tabelle 1 zeigt die Vor- und Nachteile der Verneblertherapie.

COPD

Hauptindikation ist die Inhalation von schleimlösenden Substanzen, ggfs. in Kombination mit kurz wirksamen Betamimetika. Diese erweitern die Bron-

chien und erhöhen die Schlagfrequenz der Flimmerhärchen, sofern diese nicht durch das Zigarettenrauchen bereits unwiederbringlich geschädigt oder zerstört worden sind.

Weiter spielen auch konzentrierte (hypertone) Salzlösungen eine wichtige Rolle. Generelle Empfehlungen zur Verneblertherapie bei COPD liegen nicht vor. Letztlich ist die individuelle Wirksamkeit entscheidend. Falls durch die Inhalation die Sekretelimination (Entfernung) im Einzelfall verbessert und erleichtert wird, kann die Verordnung eines Verneblers gerechtfertigt sein. Dies gilt weiterhin für den Fall, wenn hochbetagte Patienten ein Dosieraerosol oder einen Pulverinhalator nicht mehr korrekt anwenden können.

Tracheotomierte Patienten entwickeln im Krankheitsverlauf meist eine chronische Bronchitis, da die Nase als Filter wegfällt. Dazu kommt, dass viele dieser Patienten vor der Tracheotomie Raucher waren. Aufgrund des fehlenden Verschlusses des Kehlkopfeinganges ist die bronchiale Reinigung durch den Hustenstoß erheblich reduziert. Die Inhalation von schleimlösenden Substanzen mit einem Vernebler kann sinnvoll sein. Spezielle Adapter (z.B. PARI LC Sprint®Tracheo) sind verfügbar.

Asthma

In der Regel erfolgt die Therapie des Asthma's mit einem Dosieraerosol oder Pulverinhalator, schon wegen der kurzen Anwendungszeit und ihrer Handlichkeit, die auch keine Energiequelle benötigen.

Tabelle 1: Vor- und Nachteile einer Verneblertherapie

Vorteile

- keine Koordination erforderlich
- Einsatz bei Kindern unter 4 Jahren möglich einsetzbar für Arzneimittellösungen, die weder in Dosieraerosolen noch in Pulverinhalatoren verfügbar sind
- Freie Mischbarkeit von Einzelsubstanzen (Pharmakologie beachten)
- Kombination mit Physiotherapiegeräten
- Einsetzbar in Beatmungssystemen

Nachteile

- abhängig von externer Energiezufuhr, ggfs. Batteriebetrieb möglich
- hohe Anschaffungskosten
- längere Inhalationsdauer
- regelmäßige Reinigung erforderlich

Ausnahmen können Patienten mit schwerem Asthma sein, die langfristig Steroidtabletten benötigen. Eine aktuelle Studie zeigte, dass die Inhalation eines Kortisons (Budesonid 2 mal täglich 1 mg) mit der AKITA den entsprechenden Tablettenbedarf im Vergleich zu Placebo oder einer Vernebelung dieses Kortisons (Budesonid) mit einem herkömmlichen Düsenvernebler deutlich senken konnte.

Bei stark übergewichtigen Patienten mit unkontrolliertem Asthma kann die fehlende Krankheitskontrolle durch eine zu geringe Dosis in der Lunge des Steroids bedingt sein. Bei sehr engem unterem Rachen ist die unerwünschte Anlagerung des Wirkstoffes im Mund- Rachenbereich sehr hoch. Dies kann durch die Verwendung einer Vorschaltkammer (Spacer), aber auch durch die Inhalation der Steroide mittels Vernebler drastisch reduziert werden. Der langsame Inspirationsfluss (ca. 30 l/min) bei der Anwendung des Verneblers senkt die unerwünschte Ablagerung des Wirkstoffes im Rachen. Dieses Phänomen kann durch die Verwendung der „PIF-Control“ weiter reduziert werden.

Bronchiektasen

Patienten mit krankhaften Erweiterungen der Bronchien (Bronchiektasen), die nicht an einer zystischen Fibrose (Mukoviszidose) leiden. Falls eine Besiedelung mit bestimmten Erregern (Pseudomonas-Stämmen) vorliegt, kann die Inhalation von Antibiotika erwogen werden. Nach Ansicht des Autors kann die Inhalation sekretverstopfte und mit diesen Keimen infizierte Bronchiektasen nicht erreichen, da diese nicht belüftet werden und damit der Inhalationen nicht zugänglich sind. Ziel einer Inhalationstherapie sind die weniger betroffenen und noch belüfteten Lungenbereiche. Die Verhinderung von Exazerbationen ist daher vorrangig. Die Zeit zwischen Antibiotikagaben sollte deutlich verlängert werden.

Neben den bisher bei der zystischen Fibrose verwendeten Substanzen (Tobramycin und Colistin) liegen aktuell Ergebnisse zur Inhalation von weiteren Antibiotika wie Gentamicin, Aztreonam und Ciprofloxacin vor. Alternativ sind hiermit die ersten Pulverinhalatoren auf dem Markt. Ob eine Überlegenheit für eines der Inhalationssysteme besteht, kann derzeit nicht beantwortet werden.

Zystische Fibrose (Mukoviszidose)

Vernebelt werden schleimaktive Substanzen (insbesondere konzentrierte Salzlösungen), Antibiotika und

Dornase - alpha. Aufgrund der häufigen täglichen Anwendung spielt die Inhalationsdauer eine wesentliche Rolle, so dass Membranvernebler vorteilhaft sind. Es gibt Hinweise, dass Patientendie Verneblertherapie bevorzugen.

Anwendung in der Hals-Nasen-Ohren Heilkunde

Der PARI – Sinus (Abb. 2) ist ein Düsenvernebler, der speziell für Inhalationen über die Nase bestimmt ist. Eine Besonderheit stellen pulsierende (pulsatile) Druckstöße dar. Dazu muss man als Patient geschult werden, da während der Inhalation das Gaumensegel zu schließen ist (z.B. durch das Phonieren des Konsonanten „K“). Ziel ist es, einen Luftaustausch mit den Nasenhaupthöhlen zu erreichen.

PARI Xlent®verfügt ebenfalls über einen hohen Anteil an Tröpfchen über 5 µm ohne Anwärmung und ist insbesondere für Kinder mit Pseudokrapp geeignet.

Zusammenfassung

Neben den bewährten Düsen- und Ultraschallverneblern stehen seit einigen Jahren vibrierende Schwingmembranvernebler zur Inhalationstherapie zur Verfügung. Weitere Neuerungen erlauben eine exakte und reproduzierbare pulmonale Wirkstoffinhalation in die Lunge.

Eine Indikation zur Verneblertherapie besteht u.a. bei Patienten mit

- COPD,
- Asthma,
- Bronchiektasen und
- zystische Fibrose (Mukoviszidose).

Zunehmendes Interesse findet diese Anwendungsform in der Behandlung von Erkrankungen der Nase und der Nasennebenhöhlen.

Der Autor:

Dr. med. Peter Haidl
Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft
Chefarzt Pneumologie II
Ärztlicher Direktor
Annostr. 1,
57392 Schmallenberg

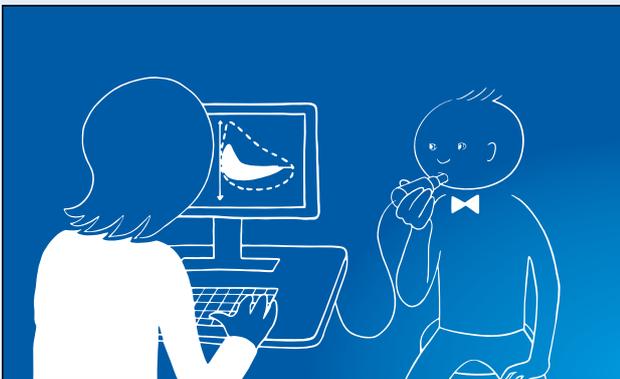


www.alpha1-mangel.de

Neues Portal zu Leben mit Alpha-1-Antitrypsinmangel

Das chronische Lungenleiden COPD (steht für „chronic obstructive pulmonary disease“) ist eine Volkskrankheit, aber bei etwa 19.000 Patienten in Deutschland ist die Ursache alles andere als „gewöhnlich“:¹ Ihre Beschwerden beruhen auf einem genetisch bedingten Alpha-1-Antitrypsin-Mangel (A1-AT-Mangel). Welche Rolle das Schutzprotein A1-AT in der Lunge spielt, Tipps zum Umgang mit der Erkrankung und vieles mehr können Patienten und Angehörige jetzt auf dem neuen Portal www.alpha1-mangel.de nachlesen. Die wenigsten Betroffenen wissen übrigens von ihrem A1-AT-Mangel. Alle COPD-Patienten sollten sich deshalb einmal im Leben darauf testen lassen.²

Gerade in der ersten Zeit nach der Diagnose stellen sich A1-AT-Mangel-Patienten und ihrem Umfeld viele Fragen: Wie entsteht ein Mangel? Welchen Verlauf hat die Erkrankung? Was können die Betroffenen für das eigene Wohlbefinden tun, wie können Freunde und Angehörige sie dabei unterstützen? Antworten auf diese und viele weitere Fragen liefert jetzt das neue Portal von CSL Behring. Darin geht es ebenso um medizinische Grundlagen wie um praktischen Rat und Hilfe. So finden sich auf dem neuen Patienten-Portal viele Kontaktadressen etwa zu Selbsthilfegruppen. Ein Animationsfilm bietet eine kurze Einführung und zeigt beispielhaft den Weg von den ersten Symptomen über die Diagnose bis zur Therapie.



Szene aus dem Animationsfilm des neuen Patienten-Portals www.alpha1-mangel.de: Bei Verdacht auf eine Lungenerkrankung gehört zu den ersten diagnostischen Maßnahmen meist eine Spirometrie, um die Lungenfunktion zu testen. Ob es sich womöglich um A1-AT-Mangel handelt, kann dann ein Bluttest zeigen.

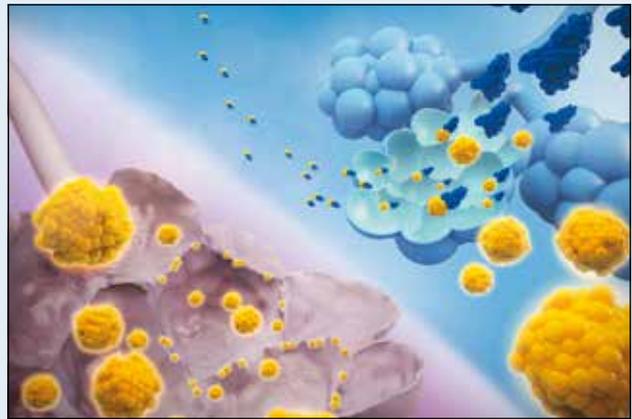
Lebensqualität bewahren

Wichtig für die Betroffenen ist es, sich die Lebensqualität zu erhalten. Dabei helfen eine gesunde Ernährung, körperliche Bewegung und spezielles Lungentraining. Auch dazu enthält www.alpha1-mangel.de weitere Informationen. Eine symptomatische Behandlung kann – wie bei „gewöhnlicher“ COPD – Atemnot und andere Beschwerden lindern. Bei schwerem A1-AT-Mangel mit Lungenemphysem (besonders schwere Lungenschädigung) kann zusätzlich eine Therapie mit A1-AT aus gespendetem Blutplasma erwogen werden: Es ist die

einzigste Therapie, die das Fortschreiten der Lungenschädigung deutlich verlangsamen kann.

Das neue Portal zeigt auch die Hintergründe der Erkrankung: Die Lunge wird vor schädlichen Einflüssen von einem komplexen Abwehrsystem geschützt, das sich unter bestimmten Umständen aber auch gegen den eigenen Körper richtet. Fehlt in der Lunge aufgrund eines angeborenen Gendefekts das Schutzprotein A1-AT, kommt es meist zu einem langsamen, aber anhaltenden Abbau von Lungengewebe und dem fortschreitenden Verlust der Lungenfunktion.³ Den Betroffenen bleibt meist schon in jungen Jahren, zwischen 30 und 40, öfter die Luft weg. Später kann Husten mit Auswurf dazukommen und die Kurzatmigkeit zunehmen.

Wie sich ein ausgeprägter Mangel von Alpha-1-Antitrypsin in der Lunge auswirkt, zeigt die linke Seite der Grafik:



Überschüssig vorhandene Neutrophilen-Elastase (gelb) – ein körpereigenes Enzym, das normalerweise schädliche Bakterien bekämpft – kann die Wände der Lungenbläschen zerstören. Anders in der rechten Hälfte: Befindet sich in der Lunge ausreichend A1-AT (blau), bindet dieses Schutzprotein an die Neutrophilen-Elastase, hemmt deren Funktion und schützt so die Lungenbläschen vor ihrem Angriff.

Viele Betroffene nicht erkannt

Von den hierzulande schätzungsweise 19.000 Menschen mit A1-AT-Mangel sind längst nicht alle diagnostiziert: Nicht immer wird daran gedacht und entsprechend getestet. Wegen der ähnlichen Symptome erhalten viele A1-AT-Mangel-Patienten anfangs die Diagnose „gewöhnliche“ COPD.³ Bis zur richtigen Diagnose vergehen häufig mehrere Jahre, oft besteht dann schon ein Lungenemphysem. Erkennen lässt sich die Erkrankung schon mit einem einfachen Bluttest beim Haus- oder Lungenfacharzt durch Bestimmung des A1-AT-Gehalts im Blutserum. Das Portal www.alpha1-mangel.de listet Anzeichen auf, die besonders für einen A1-AT-Mangel sprechen.

Mit freundlicher Unterstützung von
CSL Behring, Hattersheim

¹ Greulich T et al.: *Respir J* 2017;49:1600154

² Vogelmeier C et al.: *Pneumologie* 2007;61:e1-e40

³ Bals R, Köhnlein T, *Alpha-1-Antitrypsin-Mangel*, Thieme-Verlag, Stuttgart, New York, 2010

Der Medikationskatalog zur Behandlung von Asthma und COPD – ein Anschlag auf die personalisierte Medizin?



Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat eine Medikamentenliste erstellt und in diesem Medikationskatalog die auf dem Markt befindlichen Medikamente auch für die Behandlung von Asthma und COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) in drei Kategorien eingeordnet:

- Standardmedikamente,
- Reservemedikamente und
- nachrangige Medikamente.

Als „Standard“ wurden diejenigen Wirkstoffe definiert, die für den überwiegenden Anteil der Patienten zur Behandlung in Frage kommen.

Die „Reservewirkstoffe“ beziehen sich auf den Einsatz bei „relevanten“ Patientengruppen, für die die Standardwirkstoffe nicht geeignet sind.

„Nachrangig zu verordnende Wirkstoffe“ sind die übrigen für diese Indikation zugelassenen Wirkstoffe, die in bestimmten Behandlungskonstellationen Vorteile haben, aber in der „Gesamtschau“ als „nachrangig zu verordnen“ einzustufen seien.

Diese Einordnung erfolgte unter Hinzuziehung von medizinischen Leitlinien, Cochrane Reviews, dem IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) - Analysen, Entscheidungen des G-BA, der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft und des Arzneimitteltelegramms. Die Liste soll für die Allgemeinärzte eine Hilfe zur richtigen und wirtschaftlichen Verordnung von Medikamenten geben und nach Integration in den Praxiscomputer die bisherige Richtgrößenprüfung für die Wirtschaftlichkeit ablösen. Die *Standardmedikamente* sollten *bevorzugt verordnet* werden.

Obwohl die Zuordnung der Asthma- und COPD-Medikamente nicht willkürlich ist, sondern evidenzbasiert erfolgte, wurden für die Behandlung der Patienten wesentliche, ebenfalls mit Evidenz¹ belegte therapeutische Praktiken und Prinzipien – vor allem eine *Schweregrad orientierte Stufentherapie* – nicht hinreichend berücksichtigt.

¹ wissenschaftlich belegt



Nach den weltweit am häufigsten genutzten Empfehlungen zur Behandlung von Asthma der GINA (Global Initiative For Asthma; www.ginasthma.org) und COPD hier GOLD (Global Initiative For Chronic Obstructiv Lung Disease; www.goldcopd.org) wird der Einsatz der Medikamente zur Symptomkontrolle und zur Reduktion des Exazerbationsrisikos individuell, sozusagen „maßgeschneidert“ empfohlen, wobei die Verordnung der Medikamente auch von dem individuell vorliegenden Erkrankungsform des Patienten abhängt.

Eine starre Einteilung nach Standardmedikation für alle Patienten mit Asthma bzw. für alle Patienten mit COPD ist nicht vereinbar mit diesem Anspruch. Es gibt mehrere spezielle Therapien für Asthma und COPD, die für die betroffenen Patienten Standard darstellen aber in der Liste unter „nachrangig“ aufgeführt werden.

Langwirksame Beta-2-Adrenergika (LABA) wie Formoterol und Salmeterol gehören ohne Zweifel zur Standardmedikation des Asthma (wenn auch nicht auf der ersten Therapiestufe). Sie dürfen aber nicht ohne inhalative Kortikosteroide als Monotherapie verordnet werden. Es gibt keine Asthma - Leitlinie, die eine LABA Monotherapie befürworten würde. Zwar sind Beclometason und Budesonid, als inhalative Kortikosteroide (ICS) ebenfalls als Standardmedikation für das Asthma vorgesehen und könnten theoretisch zusammen mit Formoterol als zweitem Wirkstoff verschrieben werden. Die „Anwendungstreue“ von Inhalatoren mit ICS als alleinigem Inhaltsstoff ist aber schlecht. Eine solche Verordnung senkt drastisch

– wie zahlreiche Studien zeigen – die Anwendung dieser antientzündlichen Therapie und lässt die Asthmasterblichkeit ansteigen. Daher gehören ICS/LABA-Fixkombinationen für alle Patienten ab GINA Therapiestufe 3 zur Standardtherapie und nicht zur Reserve!

Auch bei COPD wird in der aktuellen GOLD- Empfehlung (2017) für Patienten, die mit einem langwirksamen Bronchodilatator (LAMA oder LABA) nicht hinreichend eingestellt werden können, die Kombination LAMA/LABA als Standard empfohlen, während die Einstufung als fixe Kombination in dem Medikationskatalog als „Reserve“ oder „nachrangig“ erfolgt ist.

Die GOLD- bzw. GINA- Empfehlungen bzw. die nationalen Leitlinien unterstützen nicht die Unterscheidung für die verschiedenen fixen LABA/ICS- oder LABA/LAMA-Kombinationen als „Reserve“ oder „nachrangig“; dort werden nur Wirkstoffgruppen, keine einzelnen Wirkstoffe empfohlen. Der wesentliche Grund hierfür dürfte darin liegen, dass keine direkten Vergleichsstudien („head-to-head comparison“) vorliegen. Damit ist ein „Wirksamkeits-“, basierter (Evidenz) direkter Vergleich der einzelnen Kombinationspräparate – wie im Medikationskatalog der KBV erfolgt – nicht sicher möglich.

Die Notwendigkeit einer individuellen Auswahl der Therapeutika gilt auch für die Inhalationssysteme. Es gibt unbestritten Patienten, die das eine oder andere Inhalationsgerät nicht einsetzen können,

weil sie z.B. das erforderliche Einatmungsvolumen (inspiratorischer Fluss) nicht aufbringen. Hier hilft auch keine Schulung. Daher wird von GINA (2016) ausdrücklich empfohlen, die Auswahl des Inhalationsgerätes individuell zu treffen und mit dem Patienten gemeinsam zu entscheiden.

Die Deutsche Atemwegsliga e.V. ist daher besorgt, dass eine starre Zuordnung von Asthma- und COPD -Medikamenten – mit Verknüpfung der Wirtschaftlichkeitsprüfung der verschreibenden Ärzte – die Versorgung der Asthma- und COPD- Patienten wesentlich verschlechtern wird. Es könnte ein wirtschaftlicher Druck auf die Ärzteschaft entstehen – ausgerechnet in der Ära der personalisierten Medizin– für alle Patienten möglichst nur Standard-Medikamente zu verschreiben.

Dies widerspricht auch den Intentionen der Disease Management Programme (DMP) für Patienten mit Asthma und COPD, die eine effiziente, jeweils der Schwere der Erkrankung individuell angepasste Behandlung befürworten. In diese umfassenden Krankheits-Behandlungs-Programme (DMP) sind in Deutschland rund 1,5 Millionen Patienten mit Asthma bronchiale und COPD eingeschrieben.

*Nach einer Stellungnahme
der Deutschen Atemwegsliga e.V.*

ANZEIGE

NEU
ab 01.04.17

RC CORNET^{PLUS}

**Tonangebend in
der Atemtherapie!**

Das PLUS für mehr Lebensqualität
bei Erkrankungen der Atemwege.



Löst Schleim, reduziert
Husten und Atemnot.

Erhältlich in Apotheken, Sanitätshäusern oder unter www.cegla-shop.de
PZN 12 419 336 | **Erstattungsfähig** unter Hilfsmittel-Positions-Nr.14.24.08.0013
Bitte vor der ersten Anwendung die Gebrauchsanweisung sorgfältig durchlesen.

CEGLA
MEDIZINTECHNIK

Teil +49 2602 9213-0
www.cegla.de

Klug entscheiden in der Pneumologie:

Lungenärzte empfehlen Lungenfunktionstests für Raucher

Stuttgart, DGP-Kongress 2017 – Jeder Raucher sollte eine Messung der Lungenfunktion erhalten, um bereits frühe Anzeichen der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) oder Lungenkrebs zu erkennen. Darüber hinaus sollte Rauchern mit einer chronischen Lungenerkrankung eine professionelle Tabakentwöhnung angeboten werden.

Diese und weitere Empfehlungen veröffentlichte die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) im Rahmen der Mediziner-Initiative „Klug entscheiden“. Wie Ärzte dazu beitragen können, Über- oder Unterversorgung von Lungenpatienten zu vermeiden, diskutierten Experten im Rahmen des 58. DGP-Kongresses in Stuttgart.

Zigaretten-Rauchen verursacht 85 Prozent aller Fälle der in der zweiten Lebenshälfte sehr häufigen Lungenerkrankung COPD. Eine ähnliche Quote gilt für den Lungenkrebs – die dritthäufigste und gleichzeitig sehr oft tödlichen Krebserkrankung in Deutschland. „Trotzdem ordnen die wenigsten Ärzte einen Lungenfunktionstest an, solange ihre Patienten keine Beschwerden haben“, sagte DGP-Präsident Professor Dr. med. Berthold Jany. „Dabei nehmen die meisten Raucher die frühen Symptome einer Lungenerkrankung – wie etwa Raucherhusten – kaum wahr, weil sie sich schon daran gewöhnt haben.“ Sobald Betroffene erste Beschwerden wahrnehmen, seien viele Lungenerkrankungen schon weit fortgeschritten. Eine frühe Diagnose dagegen erhöhe die Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung.

Jeder Patient, der an COPD, Asthma, Lungenkrebs oder Lungenfibrose leidet, sollte außerdem die Möglichkeit haben, an einem strukturierten *Tabakentwöhnungsprogramm* teilzunehmen, so die weitere Empfehlung der DGP. „Je schneller Betroffene das Rauchen aufgeben können, desto mehr verbessern sich Symptome wie Atemnot, Husten und Atemwegsentzündungen“, erklärte Professor Jany, der die Abteilung Innere Medizin des Klinikums Würzburg-Mitte am Standort Missioklinik leitet. Langzeitstudien zeigen außerdem, dass die frühe Sterblichkeit unter Patienten, die das Rauchen aufgeben, deutlich sinkt.



DGP-Präsident Prof. Berthold Jany

„Klug entscheiden“ ist eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), die zum Ziel hat, Über- und Unterversorgung in der Medizin zu vermeiden. Die DGP hat als eine von zwölf Mitglieds-Fachgesellschaften konkrete Handlungsempfehlungen ausgesprochen, welche medizinischen Therapien und Behandlungen bei Lungenerkrankungen sinnvoll und welche sogar unnötig sind. „Manchmal neigen Ärzte dazu, ‚sicherheitshalber‘ eine Untersuchung anzuordnen, die dem Patienten gar nicht nützt“, erklärte Jany.

Andersherum gäbe es Maßnahmen wie die *Tabakentwöhnung* oder die *pneumologische Rehabilitation*, die trotz erwiesenem Nutzen zu selten zum Einsatz kämen. „Mit ihren Empfehlungen möchte die DGP auf solche Über- und Unterversorgungen hinweisen und Ärzte ermutigen, Entscheidungen zu treffen, die dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung entsprechen“, so Jany.

Deutscher **Lungentag** Göttingen **2017**

Prävention: Vorbeugen ist besser als Behandeln

VORTRÄGE

PRÄVENTION

- Was kann ich vorbeugend tun?** Prof. Dr. M. Lommatzsch, Rostock
- Grippe und Co: Wie schütze ich mich oder mein Kind vor Infektionen?** Priv.-Doz. Dr. C. Lex, Göttingen
- Klima, Kur und Reha: Was kann ich erwarten?** Dr. R. Stachow, Sylt
- Aktuelle Maßnahmen zur Tabakrauchentwöhnung** Prof. Dr. T. Raupach, Göttingen
- Früherkennung Lungenkrebs: Wann gehe ich zum Arzt?** Dr. W. Körber, Göttingen
- Strukturierte Patientenschulung: Besseres Leben mit Asthma und COPD** Prof. Dr. H. Worth, Fürth

DIAGNOSTIK UND THERAPIE

- Atemnot bei Belastung: Ist es das Herz oder die Lunge?** Dr. C. Buck, Göttingen
- COPD: Diagnostik und Therapie** Prof. Dr. C.-P. Criege, Göttingen
- Maßgeschneiderte Chirurgie bei Lungenkrebs** Dr. M. Hinterthaler, Göttingen

WORKSHOPS

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Physiotherapie und Selbsthilfetechniken
(Praxis C. Baukowitz, Bovenden) | Lungensport: praktische Übungen zum Mitmachen
(ASC Göttingen) |
| Asthma bronchiale: Workshop für Kinder und Eltern
(M. Feindt, Göttingen und Dr. C. Stengel, Hann. Münden) | Inhalationstechniken für Erwachsene
(Dr. P. Kardos, Frankfurt) |
| Inhalationsschulung für Säuglinge und Kinder
(M. Feindt, Göttingen und Dr. C. Stengel, Hann. Münden) | Sauerstofftherapie, CPAP, nichtinvasive Beatmung:
Wer braucht was? (Dr. U. Olgemöller, Göttingen) |

KINDERPROGRAMM, MITMACHAKTIONEN, GESTALTUNGSWETTBEWERB, UVM.

Samstag, 16.9.2017 10:00 – 15:00 Uhr
Alte Mensa, Wilhelmsplatz 3, Göttingen

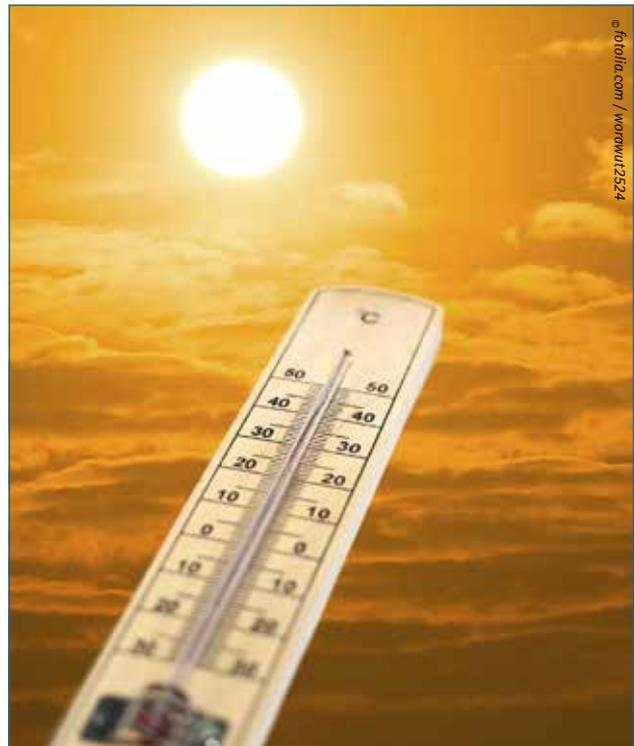
Steigender Hitzestress erhöht Sterberisiko bei Patienten mit Lungenerkrankungen in Zeiten des Klimawandels

Stuttgart, DGP-Kongress 2017 – Sommerliche Hitzewellen erhöhen das zusätzliche akute Sterberisiko bei Menschen mit chronischen Lungenerkrankungen um bis zu 14 Prozent, bei längeren Hitzewellen um bis zu 43 Prozent. Immer häufiger kommt es an heißen Tagen zu Verschlechterungen im Krankheitsverlauf, die nicht selten zu einer Aufnahme ins Krankenhaus führen.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) empfiehlt daher, Frühwarn- und Interventionssysteme zu erarbeiten und Lungenpatienten während der Sommermonate telemedizinisch zu betreuen. Wie das veränderte Klima auch in Deutschland Lungenpatienten belastet und wie diese vor den Folgen geschützt werden können, diskutierten Lungenfachärzte im Rahmen des 58. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP).

Zwischen drei und fünf Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Dabei kommt es zu chronischen Entzündungen in der Lunge, die immer mehr gesundes Lungengewebe abbauen. Verschlechterungen der COPD – sogenannte Exazerbationen – treten in Schüben auf und gehen mit Atemnot, Husten oder Schleimbildung einher. Nicht selten werden die Symptome so schlimm, dass die Betroffenen ins Krankenhaus müssen. „Exazerbationen häufen sich einerseits an Hitzetagen und andererseits in der kalten Jahreszeit“, erklärte Professor Dr. med. Christian Witt, Pneumologe an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. „Durch die Zunahme von Hitzewellen und -tagen kommt es zusätzlich auch im Sommer zu einem Anstieg der Exazerbationen“, so der Experte.

Lungenerkrankungen sind im Sommer mittlerweile der wichtigste Grund für Notaufnahmen ins Krankenhaus. Beobachtungen von COPD-Patienten während der Sommermonate zeigen, dass heiße Tage von 25 Grad Celsius oder mehr das Wohlbefinden und die Belastbarkeit von Lungenpatienten deutlich verringern. Bei Hitze gibt der Körper nicht nur über die Haut, sondern auch über die Lunge Wärme ab



– die Atemfrequenz erhöht sich leicht. Bei COPD-Patienten, deren Lunge durch die Erkrankung bereits stark geschädigt ist, ist dieser Wärmetransport jedoch eingeschränkt.

Zuverlässige Klimamodelle sagen vorher, dass ab 2050 jeder zweite Sommer in Hitzewellen verlaufen wird. „Vor allem in den Großstädten, wo die Hitze sich besonders stark staut, kann dies weitreichende Folgen für die Lungenpatienten haben“, warnte Professor Dr. med. Martin Kohlhäufel, Tagungspräsident des 58. DGP-Kongresses. „Wir brauchen deshalb Strategien, um Lungenpatienten während der heißen Sommermonate besser zu unterstützen, beispielsweise durch eine zusätzliche telemedizinische Betreuung.“ So könne der Zustand der Patienten rund um die Uhr – auch zu Hause – beobachtet werden, sodass der Arzt bei einer drohenden Verschlechterung schneller eingreifen kann. Im Krankenhaus erholen sich Lungenpatienten schneller, wenn sie in gut klimatisierten Zimmern untergebracht sind, wie eine Untersuchung der Charité – Universitätsmedizin Berlin, zeigte.

Ähnlich wie bei der COPD erwarten Experten vom Klimawandel auch häufigere Komplikationen bei Asthma-Patienten und Pollenallergikern.

Startschuss für den Allergieinformationsdienst

Am 13. April 2017 startete der Allergieinformationsdienst (www.allergieinformationsdienst.de), ein onlinebasiertes Informationsportal rund um das Thema Allergien. Das Helmholtz Zentrum München hat dieses Angebot mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) entwickelt. Es ist Teil eines Forschungsprojektes zur Erstellung und Evaluierung eines qualitätsgesicherten und allgemeinverständlichen Informationsangebots zum Thema Allergien.

In Deutschland leidet mindestens eine von fünf Personen unter einer Allergie. Gerade jetzt in der Pollenzeit erleben besonders viele Menschen, wie belastend Allergien sein können und wie sie das tägliche Leben auf vielfältige Weise beeinträchtigen. Der neue Allergieinformationsdienst im Internet bietet eine wertvolle Orientierungshilfe zum Thema Allergien, so Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU). Durch die so verbesserten Informationen stärkt man die Patientinnen und Patienten und bringt Vorbeugung (Prävention) und die Behandlung weiter voran.

Aktuelles Wissen direkt aus der Wissenschaft

Trotz des starken Anstiegs allergischer Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten sei ihre Erforschung bislang nur unzureichend vorangekommen, erklärt Professor Dr. Günther Wess, wissenschaftlicher Geschäftsführer des Helmholtz Zentrums München. Das Helmholtz Zentrum München hat zusammen mit seinen Partnern ein Allergieforschungsprogramm für die nächsten Jahre entwickelt. Ein großes Anliegen sei es dabei, mit dem Allergieinformationsdienst das *Wissen zu Allergien* aktuell, unabhängig und direkt aus der Wissenschaft an die Patienten weiterzugeben.



Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

Erklärvideos, Patienteninformationstage und eine Plattform für klinische Studien

Die Freischaltung des onlinebasierten Angebots stellt den ersten Schritt zu einem umfassenden Informationsangebot dar. Die Informationen auf der Internetseite (www.allergieinformationsdienst.de) z.B. zu den Krankheitsbildern und Therapien werden in den nächsten zwei Jahren schrittweise ausgebaut. Zusätzlich sollen ein monatlicher Newsletter, eine Nachrichten-App, Erklärvideos und Informationen zu aktuellen klinischen Studien erstellt sowie Patienteninformationstage und Telefonaktionen durchgeführt werden.

*Nach einer Pressemitteilung
des Lungeninformationsdienstes*

ANZEIGE



MIT INHALATION GUT
GESCHÜTZT

PARI NaCl
Inhalationslösung zur
Befeuchtung der Atemwege

PARI BOY® SX Familie
Für die individuelle Inhalationstherapie



www.pari.com

Die Selbsthilfe bei Lungenfibrose stellt sich vor

von Dagmar Kauschka

Das Wesen der Selbsthilfe ist die wechselseitige Hilfe auf der Basis gleicher Betroffenheit. Allein zu wissen, dass es noch jemanden gibt, der weiß wie man sich fühlt, ist tröstlich. Auf unserer Internetseite: www.lungenfibrose.de findet man bereits bestehende Selbsthilfegruppen für von Lungenfibrose Betroffene.

Was ist Lungenfibrose?

Das Wort „Lungenfibrose“ ist ein Oberbegriff für verschiedene Formen dieser Krankheitsgruppe. Das bedeutet die Auslöser sind unterschiedlich, wie z.B. Rheuma oder die Asbestose. Es gibt allerdings auch die Form: „Idiopathische pulmonale Lungenfibrose“ (IPF). Bei ihr ist der Auslöser unbekannt. Im Gegensatz zur rheumatischen Lungenfibrose ist die IPF noch nicht heilbar und zum jetzigen Zeitpunkt gibt es nur zwei Medikamente um die Erkrankung zu verlangsamen.

Bei einer Lungenfibrose vernarbt das Bindegewebe der Lunge und die Lunge wird somit unbeweglicher. Das bedeutet für Betroffene, dass sie schlechter

atmen können. Dadurch wiederum kommt es zu einer Sauerstoffunterversorgung im Körper und der Sauerstoffgehalt im Blut fällt bei Belastung stark ab. Bei fortgeschrittener Erkrankung ist das auch schon in Ruhe der Fall. Der Patient muss über ein Sauerstoffgerät zusätzlich mit O₂ versorgt werden, um das Defizit im Körper einigermaßen ausgleichen zu können.

Leider ist die Lebenserwartung von IPF –Patienten durch diese oft fortschreitende Krankheit sehr eingeschränkt. Für die IPF-Behandlung gibt es in Deutschland einige spezialisierte Zentren. Es sind aber – unserer Meinung nach – noch nicht genug. Mit den bestehenden Zentren arbeiten wir allerdings eng zusammen. So können Betroffene, wenn sie den Kontakt mit uns aufnehmen, schneller eine bestmögliche Therapie erhalten. Dies ist gerade bei der IPF zwingend erforderlich.

In Selbsthilfegruppen finden sich IPF-Patienten und Angehörige, die als ein gemeinsames Thema ihre Erkrankung verbindet, mit ihren speziellen Krankheitsproblemen, ihrer Behinderung oder ihren seelischen Konfliktsituationen besser zusammen.

Es ist oft sehr hilfreich zu erkennen und zu wissen, wie andere Patienten und ihre Angehörigen, die Krankheit gemeinsam bewältigen. Sie geben wertvolle Tipps und Hilfsmittel, die es leichter machen, trotz Lungenfibrose Lebensqualität zu erhalten. Betroffene können anderen Tipps und Erfahrungen weitergeben und so die Krankheitsbewältigung und die aktiv Selbsthilfe in der Gruppe (SHG) unterstützen.

Es ist wichtig, dass die Mitglieder kontinuierlich und aktiv am Gruppenleben mitarbeiten. Selbsthilfegruppen sind Zusammenschlüsse, bei denen Betroffene Erfahrungen austauschen und weitergeben und Informationsmaterialien erhalten können. Sie werden aber überfordert, wenn sie ausschließlich als Auskunft- und Hilfeinstanz in Anspruch genommen werden. Die Gruppen können nur funktionieren, wenn es zu einem wechselseitigen Geben und Nehmen kommt. Sie brauchen das aktive Mittun der Ratsuchenden, denn sie arbeiten in der Regel freiwillig, unentgeltlich und mit einem hohen Einsatz privater Zeit und das trotz eigener Erkrankung.



Die Wirkungen von Selbsthilfegruppen bei Lungenfibrose

Durch die gemeinsame Arbeit in einer Selbsthilfegruppe können:

- soziale, psychische und/oder krankheitsbedingte Belastungen oft leichter bewältigt werden.

Mitglieder der Selbsthilfegruppen Lungenfibrose können:

- sich gegenseitig beim Meistern ihrer Schwierigkeiten unterstützen
- neue Kenntnisse über die Bewältigung persönlicher Problemsituationen erwerben
- andere Herangehensweisen mit ihren Problemen entwickeln
- soziale Isolierungen und Ängste abbauen
- gemeinsame Aktivitäten unternehmen
- einen selbstsicheren Umgang mit den Professionellen (z.B. mit Ärzten) erlernen
- neue Lebensinhalte und Perspektiven entwickeln und
- sich gegenseitig ermutigen, ihre Rechte auch einzufordern

Unsere Mitglieder, die in Selbsthilfegruppen organisiert sind, haben die Erfahrung gemacht, dass sie viele Belastungen so besser bewältigen können. Häufig gehen sie selbständiger und selbstbewusster als andere Menschen in vergleichbaren Situationen mit ihren Problemen um.

In diesen Städten gibt es bereits SHGs für von Lungenfibrose Betroffene:

Bonn, Brandenburg, Chemnitz, Essen, Greifswald, Hamburg, Heidelberg, Kassel, Köln, Magdeburg, Stuttgart - weitere Gruppen sind im Aufbau.

Der Lungenfibrose e.V. führt bundesweit Patiententage zum Thema Lungenfibrose, z.B. in Würzburg am 20.09.2017 durch. Weitere Termine findet man auf: www.lungenfibrose.de. Der Verein erstellt 3-4mal jährlich das Magazin „AtemIO2®“. Mitglieder erhalten dies kostenlos. Ein Verein oder eine Selbsthilfegruppe(SHG) kann vieles. Aber ein Verein oder eine SHG kann auf keinen Fall die ärztliche Beratung ersetzen! Der Lungenfibrose e.V. kämpft europaweit für die einheitliche Diagnostik und Therapie und den Zugang zu allen Medikamenten die zurzeit zur Verfügung stehen. Als 1. Vorsitzende bin ich ebenfalls dem Vorstand der europäischen Gesellschaft zur Lungenfibrose als beratende Beisitzerin angeschlossen.

LUNGENFIBROSE e.v.

BEITRITTSERKLÄRUNG

Keine Krankheit kann zu selten sein, um ihr die Aufmerksamkeit zu verweigern!
Nur mit I.H.R.E.R. Bereitschaft zu einer Mitgliedschaft oder Spende kann es uns gelingen, unsere Ziele zu verwirklichen!

(Wird vom Vorstand ausgefüllt)		

Machen Sie mit - Helfen Sie mit, damit wir gemeinsam für die Forschung kämpfen können!

Der Verein ist als gemeinnützig, und besonders förderungswürdig anerkannt.
Finanzamt Essen-Süd - Steuernummer:

<input type="checkbox"/> ... als Lungenfibrose-Patient	Jahresbeitrag (mind.)	30,00 EUR
<input type="checkbox"/> ... als Freund & Förderer	Jahresbeitrag (mind.)	50,00 EUR
<input type="checkbox"/> ... als Förderndes Unternehmen	Jahresbeitrag (mind.)	5.000,00 EUR
<input type="checkbox"/> ... als Botschafter/in	Jahresbeitrag (mind.)	100,00 EUR
<input type="checkbox"/> ... als wissenschaftlicher Beirat	Jahresbeitrag (mind.)	100,00 EUR

(zutreffendes bitte ankreuzen) Das Spendenkonto ist NICHT für Einzahlungen von Mitgliedsbeiträgen
Wir freuen uns auch über einen freiwilligen höheren Betrag.
Für sozialschwache Betroffene ist eine Ermäßigung durch den Vorstand möglich.

Name: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ PLZ, Ort: _____
 Telefon/Fax: _____ E-Mail: _____
 Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
 Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____ (oder Erziehungsberechtigter)

Bitte geben Sie uns außerdem Ihre Krankenkasse bekannt:
 Anschrift der Krankenkasse: _____

Einzugsermächtigung:
 Hiermit ermächtige ich den Luft e.V., widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag in Höhe von: _____ EUR
 1x jährlich zu Lasten meines Kontos abzubuchen. **X muss ausgefüllt werden!**
 Name des Geldinstituts: _____
 X Kontonummer: _____ X Bankleitzahl: _____
 X IBAN: _____ BIC: _____
 Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____ (Kontoinhaber)

Ich erkläre mich damit einverstanden, die Interessen des Vereins zu wahren und zu vertreten.
 Die Vereinssatzung wird bei einer Mitgliedschaft automatisch zugesandt, eine Zuwendungsbescheinigung (ZWB) wird zum Jahresende erstellt. Ich benötige keine ZWB
 Auf den Verein bin ich aufmerksam geworden durch _____

Beitrittserklärung bitte an: Lungenfibrose e.V. • D. Kauschka, 1. Vors. • Postfach 15 02 08 • 45242 Essen
 Spendenkonto: Lungenfibrose e.V. Commerzbank AG IBAN: DE52 3604 0039 0399 7277 01 BIC: COBADE33XXX
 VR: 5341- Steuernummer: 112/5750/1353

Wenn auch Sie unsere Arbeit unterstützen möchten, können Sie sich auf der Internetseite: www.ipfcharter.org/die-charta-ger eintragen und die erarbeitete Patienten-Charta auf dem europäischen Parkett so unterstützen. Gern können Sie auch in Ihrem Familien- und Bekanntenkreis Interessierte und Betroffene ansprechen, die unsere Bemühungen unterstützen wollen. Eine Liste, auf der die Namen der Unterstützer eingetragen sind, kann angefordert werden: Lungenfibrose e.V., Postfach 150208, 45242 Essen. Der Lungenfibrose e.V. trägt Ihre Sammlung auf der europäischen Seite ein.

Es freut uns und hilft uns Allen weiter, wenn Betroffene den Kontakt mit dem Lungenfibrose e.V. aufnehmen. Wir versuchen dann kompetent und konkret zu helfen.

Die Autorin:

Dagmar Kauschka

1. Vorsitzende des Lungenfibrose e.V.
 Tel.: 0201-48 89 90;
 Fax: 0201-94 62 48 10
 Dienstags -Donnerstag:
 10.00 Uhr – 14.00 Uhr



Atemphysiotherapie bei Fibrose

von Sabine Weise



Die Broschüre „Atemphysiotherapie bei „Fibrose“, die kürzlich von der Deutschen Atemwegsliga herausgegeben wurde, wendet sich an Patienten und ihre Therapeuten. Sie stellt Behandlungsziele mit den entsprechenden Selbsthilfetechniken übersichtlich und mit anschaulichen Abbildungen dar.

Der Begriff „Lungenfibrose“ bezeichnet Erkrankungen, bei denen z.B. durch Entzündungen gesundes Lungengewebe in Bindegewebe umgebaut wird. Diese krankhafte Vermehrung von Bindegewebe schränkt die Dehnfähigkeit der Lunge ein und behindert den Gasaustausch. Die Lebensqualität der Betroffenen ist erheblich eingeschränkt. Sie leiden unter Atemnot besonders bei körperlicher Belastung, quälendem Reizhusten und wiederkehrenden Atemwegsinfekten.

Ein wichtiges Ziel physiotherapeutischer Behandlung bei Lungenfibrose ist es deshalb, über Vermittlung von Selbsthilfetechniken die Lebensqualität von Betroffenen aktiv zu verbessern.

In dieser Broschüre werden unterstützende Selbsthilfetechniken zur Erreichung folgender Ziele vorgestellt:

- Minderung von Atemnot bei körperlicher Belastung, z.B. beim Treppensteigen
- Linderung von Atemnot durch kurzzeitig kontrollierte Zwerchfellatmung

- Vermeidung und Reduzierung von quälendem Reizhusten
- Beherrschung des plötzlichen Einatmungsstopps und des Erstickungsgefühls
- Reinigung der Atemwege bei Infektionen mit starker Sekretbelastung
- Regeneration der überlasteten Atemmuskulatur
- verbesserte Mobilisation von Gewebestrukturen und Gelenken des Brustkorbs
- Stärkung der Beinmuskulatur
- Verbesserung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit

Diese Broschüre ist hilfreich und unterstützt erfolgreich die tägliche Umsetzung dieser Behandlungsziele. Sie kann bei der Deutschen Atemwegsliga e.V. bestellt werden.

Die Autorin:

Sabine Weise
Atem- und Physiotherapie Solln,
 Aidenbachstraße 137a,
 81479 München,
 Tel: 089 / 74567127
 E-mail: info@atem-physio.de





Advertorial

Die stärkste Alpha-1-Patientin der Welt

Karen Skålvolls Geschichte ist eindrucksvoll und gibt Hoffnung: Die in Deutschland lebende Norwegerin leidet unter Alpha-1-Antitrypsin-Mangel und erbringt trotz der mit der Erkrankung einhergehenden Einschränkungen als Sportlerin Höchstleistungen. Mit einer medikamentösen sowie einer Substitutionstherapie und der Unterstützung durch direkte Sauerstoffzufuhr meistert sie ihren Alltag und ist über Deutschlands Grenzen hinaus mobil unterwegs.

Bei der erblich bedingten Stoffwechselerkrankung besteht vor allem bei Erwachsenen im Krankheitsverlauf ein erhöhtes Risiko für eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Auch Karen Skålvoll hatte schon in jungen Jahren das Gefühl, dass sie sich beim Sport mehr anstrengen musste als ihre Altersgenossen.

Erst viele Jahre später, als die Erkrankung bereits weit fortgeschritten war, bekam sie die richtige Diagnose. Auf den Schock folgte Trotz und kurze Zeit später der absolute Wille, ihr Schicksal selbst in die Hand zu nehmen. Sport gehörte immer schon zu ihrem Leben, doch nun bedeutete er für sie ein möglicherweise längeres Überleben.

Karen begann langsam wieder mit dem Training und steigerte sich kontinuierlich, Schritt für Schritt. 2013, vier Jahre nach der Diagnose, lief sie ihren ersten Dreikilometer-Lauf. Ein Jahr später folgte ein Lauf über zehn Kilometer und in diesem Jahr will sie sogar einen Halbmarathon (21 km) meistern. Mit ihrem Team, den Alpha 1 Athletes, und ihrer weltweiten Präsenz als Sportlerin und Sprecherin macht Karen dabei auf ihre Erkrankung aufmerksam und gibt anderen Patienten Mut.

Ein weiter Weg und eine schwere Aufgabe

2014 begann Karen neben dem Laufen mit dem Kraftsport, ihrer heutigen Parade-Disziplin. Beim ersten Training bereitete es ihr noch Mühe, die 20 Kilogramm schwere Stange zu halten, was ihrer Motivation aber keinen Abbruch tat. Ganz im Gegenteil: Mit ihrer Beharrlichkeit wuchsen die Gewichte und 2017 war es so weit, dass sie bei den „Arnold Classics“ (gegründet von Arnold Schwarzenegger) in der neuen Kategorie „Menschen mit Behinderungen“ 125 Kilogramm hob – mehr als jede andere Teilnehmerin und damit Weltrekord!

Für genügend Sauerstoff auf Reisen und bei jeglichen Aktivitäten des Alltags ist für Karen Skålvoll der SimplyGo Mini von Philips das System der Wahl. „Der SimplyGo Mini gibt mir den Sauerstoff, den ich brauche, um aktiv zu sein – im Alltag, auf Reisen und sogar beim Gewichtheben“, sagt die Powerfrau. „Das kleine Gerät kann ich problemlos überall mitnehmen, egal ob ins Fitnessstudio oder ins Flugzeug, wenn ich auf dem Weg zu einem Wettkampf bin.“

Aufgrund dieser Eigenschaften wird sie der SimplyGo Mini weiterhin begleiten und sie unterstützen, neue Herausforderungen zu meistern. Denn auch in Zukunft wird Karen niemals aufgeben und immer wieder versuchen ihre eigenen Grenzen zu verschieben, um über sich hinauszuwachsen.

Die Vorteile von SimplyGo Mini auf einen Blick

	SimplyGo Mini
geringes Gewicht	2,3 kg (Standard-Akku) 2,7 kg (erweiterter Akku)
lange Akkulaufzeit*	4,5 Stunden (Standard-Akku) 9 Stunden (erweiterter Akku)
flexible Lademöglichkeiten	vorhanden
einfache Bedienung	Touchscreen
Modi	Pulsmodus
FAA Flugzulassung	vorhanden



Mit einem Gewicht von nur 2,3 kg liefert der atemzuggesteuerte SimplyGo Mini bis zu 1.000 ml/min Sauerstoff und bietet bei seiner Größe somit eine sehr hohe Sauerstoffkapazität. Die Leistung kann, dank eines größeren Akkus, auf bis zu 9 Stunden verdoppelt werden*. In der dazugehörigen Tragetasche oder wahlweise im Rucksack fällt der Konzentrator auf Reisen oder bei anderen Aktivitäten zudem nicht sofort als medizinisches Gerät ins Auge.

innovation you

PHILIPS
RESPIRONICS

*bei Pulsmodus 2 und 20 AZ/min

Passivrauchen und Tabakkonsum im Kindes- und Jugendalter: Vorbeugen ist besser als Behandeln!

von Dr. Christiane Lex



Erfreulicherweise kann vielen Lungenerkrankungen aktiv vorgebeugt werden und so die Entstehung von Krankheiten verhindert werden. Das Motto des diesjährigen Deutschen Lungentages lautet daher: „Prävention: Vorbeugen ist besser als Behandeln“.

In vielen Städten werden im September zeitgleich Veranstaltungen stattfinden, um interessierte Zuhörer über aktuelle Erkenntnisse und Entwicklungen in der Diagnostik und Therapie von Lungenerkrankungen zu informieren.

Am **16. September 2017** findet bereits zum **20. Mal der Deutsche Lungentag** statt. Die diesjährige Zentralveranstaltung wird in Göttingen ausgerichtet. Zahlreiche Experten aus Göttingen und ganz Deutschland bieten vor Ort Vorträge und Workshops zu diversen Aspekten der Prävention sowie Diagnostik und Therapie an. Dazu gehören Themen wie Rauchentwöhnung, Allergie- und Asthmaprävention oder die Vermeidung von Infektionserkrankungen.

Wichtig ist: Prävention muss früh anfangen, um effektiv zu sein!

Daher werden bei dem diesjährigen Lungentag auch ganz gezielt Familien mit Kindern und Jugendlichen

angesprochen. Ein Hauptthema in diesem Alter ist natürlich die Aufklärung zu den Schäden des Zigarettenrauchens. So wurde vor kurzem von der Sektion Deutscher Lungentag in der Deutschen Atemwegliga e.V. ein Video veröffentlicht, das eindringlich über die Risiken des inhalativen Rauchens im Kindes- und Jugendalter berichtet und möglichst weit verbreitet werden soll (www.lungentag/videos.de)

Aktives oder passives Zigarettenrauchen spielt eine ganz entscheidende Rolle bei der Entstehung von Atemwegs- und Lungenerkrankungen.

Im Tabakrauch befinden sich mindestens 200 giftige Substanzen, die einen nachhaltigen Effekt auf die Gesundheit der Lunge haben. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) sterben weltweit rund sechs Millionen Menschen jährlich an den Folgen des Rauchens. In Deutschland verzeichnet die aktuelle Statistik gut 120.000 Todesfälle pro Jahr. Bei Rauchbeginn im Alter von 14 bis 15 Jahren, gehen – statistisch gesehen – bis zu 20 Lebensjahre „verloren“.

Die Auswirkungen des Rauchens bereits im Kindes- und Jugendalter sind aber hauptsächlich durch das sogenannte Passivrauchen bedingt, das unfreiwillige Einatmen von Tabakrauch im häuslichen Umfeld.

Dies fördert nachweislich die frühe Entstehung von chronischen Atemwegsinfekten und Erkrankungen wie Asthma bronchiale. Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind leider zuhause dem Tabakrauch ausgesetzt. Die negativen Effekte fangen schon in der Schwangerschaft an, wenn die Mutter raucht. Dann schädigt sie bereits die Lungenentwicklung ihres ungeborenen Kindes und legt den Grundstein für eine verschlechterte Lungenfunktion.

Die Wahrscheinlichkeit an einem plötzlichen Kindstod zu versterben, ist dreimal so hoch wie in der allgemeinen Bevölkerung. Frühgeburten sind deutlich häufiger und damit ist die Lungenreife deutlich reduziert. Kinder, insbesondere Kleinkinder, erkranken häufiger an Bronchitis, Lungenentzündungen und Mittelohrentzündungen als Kinder, die keinem Tabakrauch ausgesetzt sind. Auch das Auftreten von Asthma ist generell erhöht.

Hier hilft nur nicht zu rauchen!

Rauchen im Auto ist besonders schädlich. Forscher fanden heraus, dass hier die Konzentration an Schadstoffen besonders hoch ist, auch bei geöffnetem Fenster. Gefährdet sind alle Mitfahrenden, besonders hoch ist das Risiko für Kinder.

Die Gefahr des Passivrauchens wird unterschätzt!

In den Sprechstunden der Kinderärzte berichten viele Eltern, dass sie „nur“ auf dem Balkon oder vor der Tür rauchen. Sie denken, dass damit keine Gefahr mehr für ihre Kinder besteht. Das ist allerdings auf keinen Fall so richtig. Forscher haben nachgewiesen, dass die Substanzen aus dem Rauch sich an Haaren und Kleidung festsetzen. Auch in Wohnräumen, die danach gelüftet werden, kann man die giftigen Substanzen noch lange nachweisen. Vor etwa 25 Jahren wurden erstmals Schadstoffe im Hausstaub von Rauchern nachgewiesen. Säuglinge sind besonders gefährdet, da sie in der Wohnung auf Teppichen krabbeln und viele Gegenstände in den Mund nehmen. Dieses Phänomen nennt man im Englischen „Third hand smoking“. Der Begriff ist recht neu und wird im Deutschen auch zunehmend gebraucht.

Besonders das aktive Rauchen von Kindern und Jugendlichen hat schon kurzfristig negative Folgen auf die Gesundheit der Lunge. Wir konnten in einer Schulstudie nachweisen, dass rauchende Schüler bereits nach drei Jahren eine schlechtere Lungenfunktion hatten als ihre nichtrauchenden Mitschüler.

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

Beatmung mit speziellen Modi

prisma VENT40/VENT50

- AT-C: AirTrap Control gegen Lungenüberblähungen (Intrinsic PEEP) insb. bei COPD
- Expiratorische Druckrampe, Wirkprinzip ähnlich der sog. „Lippenbremse“
- LIAM: Lung Insufflation Assist Maneuver (VENT50)

NEU
mit COPD-Modi



BiPAP A40 Silver Series

Mit Modus AVAPS-AE, ähnlich der „dynamischen Lippenbremse“ mit automatischer Anpassung des EPAP



Sauerstoffversorgung

- Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

- **SimplyGo** mit Dauerflow 2 l/min
- **SimplyGo Mini** nur 2,3 kg
- **Inogen One G3 HF 8 Cell** nur 2,2 kg
- **Inogen One G4, 4 Cell** nur 1,27 kg

Mieten
möglich



Inhalation

Inogen One G4
Shop-Preis ab 2.895,00 € *

OxyHaler Membran-Vernebler

Klein - leicht (88 g) - geräuschlos - mit Akku
Verneblung von NaCl bis Antibiotika möglich

ideal
für unterwegs
Shop-Preis
238,50 €



Sekretolyse

VibraVest

Methode HFCWO (High Frequency Chest Wall Oscillation) **ohne Kompression** des Brustkorbes.
Mobilität durch Akku. Für Kinder und Erwachsene,
in 6 Größen erhältlich.



Hustenassistent:

mit Vibrationsmodus, für Kinder und Erwachsene

- **Pulsar Cough 700** neues Modell
- **Cough Assist €70** von Philips Respironics



Atemtherapiegeräte

IPPB Alpha + PSI

- Intermittend Positive Pressure Breathing
- Prä- und postoperatives Atemtraining
- Unterstützend mit gesteuerter Inhalation
PSI = Pressure Support Inhalation
- Als Entblähhilfe bei COPD, Atelektasen,
Bronchiektasen etc.

2.375,00 €



GeloMuc/Quake/Respi-Pro/ PowerBreathe Medic/ RC-Cornet/PersonalBest

Shop-Preis
Gelumuc
55,00 € *



Mobilität

Rollstuhl FreedomChair A08 der faltbare, elektrische Rollstuhl

- **Gewicht nur 23,5 kg**
- Geschwindigkeit 6 km/h
- Bedienung mit Joystick
- Bis zu 3 Akku gleichzeitig
möglich (15-45 km Reichweite)

NEU
ideal für unterwegs
3.398,00 €



* Aktionspreis
solange Vorrat reicht

SOS-WC für die Handtasche
für Sie und Ihn **3er-Set 4,95 €**

Erfreulicherweise gibt es aber seit neuestem einem Trend zum Nichtrauchen!

Derzeit rauchen in der Gruppe der 12-17 jährigen Kinder- und Jugendlichen ca. 10% der Befragten. Noch vor 10 Jahren waren es doppelt so viele Jugendliche. Wir können also in dieser Gruppe einen starken Rückgang des Rauchens erkennen.

Wichtig ist: Je früher Kinder und Jugendliche mit dem Rauchen beginnen, desto schneller werden sie auch abhängig.

Präventionsprogramme müssen also in der Zeit vor der Pubertät ansetzen, um nicht erst in die Abhängigkeit zu kommen. Ein wichtiger Baustein in der Prävention war die Einführung „rauchfreier Schulen“. So konnte die Anzahl an Kindern deutlich erhöht werden, die noch nie in ihrem Leben geraucht haben. Vor 10 Jahren wurde ein Rauchverbot in öffentlichen Räumen, Gaststätten und am Arbeitsplatz eingeführt. Das hat nicht nur die Raucherrate reduziert, sondern auch das Ausmaß an Lungenerkrankungen im Kleinkindalter.

Wichtig ist auch Aufklärung auf den Zigarettenpackungen mit Schockbildern. Ganz entscheidend lässt sich Prävention aber auch über den Preis der einzelnen Zigarette gestalten. Wünschenswert wäre aber noch ein Rauchverbot im Auto, wenn Kinder mitfahren! Ein solches Gesetz gibt es bereits in vielen anderen Ländern.

Leider sind nun Wasserpfeife und E-Zigarette voll im Trend!

Unter den 12- bis 17-Jährigen haben 30% bereits mindestens einmal in ihrem Leben Wasserpfeife geraucht, 9% konsumieren regelmäßig Wasserpfeife! Auch das Rauchen von E-Zigaretten scheint „cool“ zu sein. Jugendliche sind hierfür besonders empfänglich, da sie peppig aussehen. Geschmackssorten wie

Karamell, Erdbeere, Vanille oder andere Geschmacksrichtungen erinnern eher an Eis oder Bonbons als an Zigaretten. Die Frage wird oft gestellt, ob Shishas und E-Zigaretten eine weniger schädliche Alternative zum Zigarettenrauchen sind. Das ist höchstwahrscheinlich zu verneinen! Wir wissen im Moment nicht, wie giftig diese „Alternativen“ langfristig sind, insbesondere für junge Menschen. Das Problem besteht nicht nur darin, dass E-Zigaretten für Jugendliche schädlich sein können, wenn Flüssigkeiten verdampft werden, die Nikotin enthalten, sondern vor allem darin, dass Kinder abhängig werden. Experten befürchten, dass Kinder und Jugendliche, die E-Zigaretten rauchen, später mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auch Zigaretten rauchen. Es gilt daher ab 1. April 2016, dass E-Zigaretten und E-Shishas nicht mehr an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren verkauft werden dürfen. Auch dürfen sie von diesen nicht mehr in der Öffentlichkeit geraucht oder gedampft werden.

Leider werden wir erst in vielen Jahren wissen, welche gesundheitlichen Auswirkungen E-Zigaretten und Shishas bei Kindern und Jugendlichen im Einzelnen haben.

Seien Sie jetzt aber schon ein Vorbild! Verzichten Sie selbst auf das Rauchen auch von E-Zigaretten und Co, um sich selbst und Kinder und Jugendliche zu schützen!

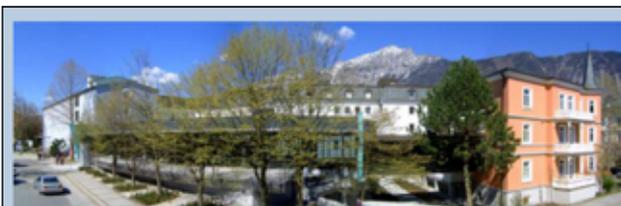
Die Autorin:

Priv.-Doz. Dr. Christiane Lex

Leiterin Schwerpunkt
Kinderpneumologie-/allergologie
Klinik für Pädiatrische Kardiologie,
Neonatalogie, Intensivmedizin und
Pneumologie, Zentrum Kinderheilkunde
und Jugendmedizin
Universitätsmedizin Göttingen



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



- Behandlung von Patienten mit Erkrankungen der Atmungsorgane wie Asthma, Bronchitis, COPD, Emphysem, Lungenfibrosen, Atemwegsallergien sowie orthopädischen Erkrankungen und internistischen Begleiterkrankungen in ganztäglicher 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 rollstuhlgeeigneten 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

Mehr Lebensqualität mit dem RC-Cornet® PLUS

Das PLUS an Effizienz und Komfort in der Atemtherapie

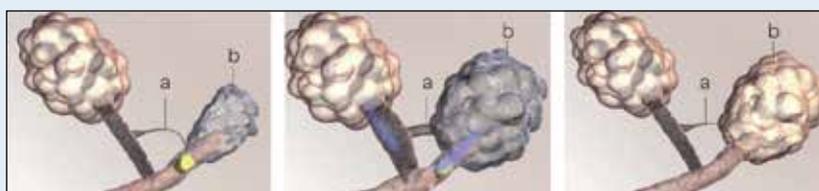
Chronische Atemwegspatienten können aufatmen: Das neue RC-Cornet® PLUS von CEGLA Medizintechnik reduziert wirkungsvoll Atemnot bei Krankheitsbildern wie COPD, Asthma oder Mukoviszidose. Es nutzt die gesamte Ausatemluft, um Patienten nachhaltig von feststehendem Bronchialschleim zu befreien. Das RC-Cornet® PLUS erweitert die Atemwege und erleichtert das Abhusten, unabhängig von der jeweiligen Ausatemleistung des Patienten. Es ist erstattungsfähig unter Hilfsmittel-Positions-Nr. 14.24.08.0013.



Produkt RC-Cornet® PLUS (PZN 12 419 336)

Das Hilfsmittel bietet über Einstellungen am Mundstück zwei Behandlungsformen an:

In **Einstellung 1** erweitert der stabilisierende Ausatemdruck mit Vibrationen die Atemwege und **reduziert Atemnot**. Verlegungen werden geöffnet, Überblähungen reduziert und der Gasaustausch verbessert. Darüber hinaus werden kleine, nicht belüftete Verbindungen zwischen den Lungenbläschen geöffnet und minderbelüftete Bereiche wieder aktiviert (Kollaterale Ventilation).



Wirkung der Kollateralen Ventilation bei Anwendung des RC-Cornet® PLUS

In **Einstellung 2** löst der mobilisierende Ausatemdruck mit Vibrationen zähen Bronchialschleim von den Bronchialwänden und verflüssigt diesen. Der gelöste Schleim kann dann effektiver abgehustet werden. Danach **reduziert** sich meist auch deutlich der **Husten**.



Anwendung RC-Cornet® PLUS (PZN 12 419 336)

Zudem ist das RC-Cornet® PLUS mit individuell vom Patienten wählbaren Widerständen ausgestattet. Damit kann die Intensität der Therapie innerhalb der beiden Einstellungen an die Bedürfnisse des Patienten angepasst werden. Dies ermöglicht oft selbst Patienten mit sehr eingeschränkter Lungenfunktion die Atemtherapie mit dem RC-Cornet® PLUS.

Das RC-Cornet® PLUS verfügt zusätzlich über einen **integrierten Vernebleranschluss** für die Inhalation. Dies ermöglicht die gleichzeitige Durchführung von Atem- und Inhalationstherapie. So kann die **Therapiedauer reduziert** und die **Deposition der Medikamente verbessert** werden.

Dazu bietet das RC-Cornet® PLUS zwei Produktvarianten: NASAL für die Atemphysiotherapie der oberen Atemwege sowie TRACHEO für tracheotomierte Patienten mit Kanüle (Tubus).

Über die Behandlung der Diphtherie mit Behrings Heilserum¹

von Dr. Ulrike Enke

Zum 100. Todestag des Immunologen Emil von Behring am 31. März 2017

Ein historischer Fall: Luise Schulz

Am 26. März 1894 wird die zehnjährige Luise Schulz in die Kinderabteilung des Instituts für Infektionskrankheiten in der Berliner Schumannstraße gebracht. Luise erbricht, hat hohes Fieber und klagt über Kopf- und Halsschmerzen.

Ihr Zustand ist ernst, und die Angehörigen sind auch deshalb besonders alarmiert, weil drei Tage zuvor die Schwester der kleinen Patientin nach nur zweitägiger Krankheit gestorben ist. Zusätzliche Sorge bereitet den leidgeprüften Eltern eine dritte Tochter, die vor zwei Wochen eine Halsentzündung hatte und bei der nun eine Nierenentzündung und Herzschwäche diagnostiziert wurden.

Der Status bei Aufnahme wird mit Mattigkeit, schwachem Puls und hohem Fieber beschrieben. Luisens Mandeln sind stark geschwollen und wie die Gaumenbögen von einem dicken, grauweißen Belag bedeckt. Über die Diagnose besteht kein Zweifel: Es handelt sich um Diphtherie. Der Befund wird durch den Nachweis des Erregers mittels Bakterienkultur bestätigt.

Sofort wird die Behandlung eingeleitet: Zunächst erhält Luise zur Linderung der Halsbeschwerden Eisstückchen sowie Gurgelwasser, darüber hinaus aber verabreicht der Arzt seiner Patientin im Abstand von wenigen Stunden Injektionen eines neuartigen Heilmittels, das aus dem Blut immunisierter Ziegen gewonnen wurde. Bei dem Mittel, das bereits in mehreren Berliner Krankenhäusern getestet wurde, handelt es sich um das von dem am Institut tätigen Arzt Emil Behring (1854-1917) entwickelte Diphtherieheilserum. Das neue Verfahren beruht auf Behrings Entdeckung, dass die im Blut immunisierter Tiere enthaltenen Antitoxine die vom Diphtheriebakterium gebildeten Gifte unschädlich machen.

Im Abstand von zunächst zwei, dann drei, dann vier Stunden erhält Luise die Blutseruminjektionen, und

schon am Nachmittag hat das Erbrechen aufgehört. Am kommenden Tag ist das Fieber auf 37,7°C gesunken, und die Drüsenschwellung klingt ab.

Drei Tage nach Beginn der Serumbehandlung wird ein großes Membranstück, das sich auf Mandeln und Rachen gelegt hatte, abgestoßen. Temperatur und Puls sind im Normbereich. Luise kann zwei Wochen nach Aufnahme entlassen werden. Ihre an Nierenentzündung und Herzschwäche erkrankte Schwester, die ebenfalls mit der Diphtherie infiziert war, aber zu spät behandelt wurde, ist in der Zwischenzeit verstorben.

Die Diphtheriebehandlung in den Medien

Der hier vorgestellte Krankenbericht ist der 1894 erschienenen Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten entnommen; der Berichterstatter, Dr. Hermann Kossel (1864-1925), später Professor für Hygiene an den Universitäten Gießen und Heidelberg, beschreibt weitere einundzwanzig Fälle der von ihm auf der Diphtheriestation behandelten Kinder. Zwei Kinder sterben, da sie erst eine Woche nach Auftreten der ersten Symptome und damit zu spät in seine Behandlung gekommen sind. Die Obduktion zeigt körperliche Veränderungen, die in der damaligen Zeit eine Heilung ausschlossen. Alle anderen Kinder können als von der Diphtherie geheilt entlassen werden.

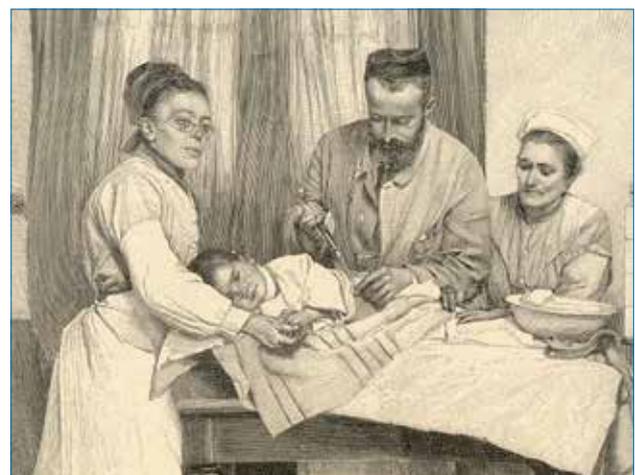


Abb. 1: Einimpfung des Diphtherieheilserums in die Bauchfalte (Ausschnitt). Aus: Das Buch für Alle, Heft 10 [o. J.], S. 249.

¹ Bei dem Beitrag handelt es sich um die leicht verkürzte Fassung des Aufsatzes „Luise Schulz 10 Jahre - 11. April geheilt entlassen.“ Über eine frühe Behandlung der Diphtherie mit dem Behringschen Heilserum. – Für die freundlich erteilte Genehmigung zum Wiederabdruck danken die Herausgeber der ‚Luftpost‘ der Hansischen Verlagskontor GmbH.

Der 1894 in Ungarn stattfindende Internationale Kongress für Hygiene und Demographie widmet der Diphtherie eine eigene Sektion, und die ärztlichen Journale berichten über positive Krankheitsverläufe, die auf den Einsatz des neuen Heilmittels zurückgeführt werden.

Das Blutheilsersum gegen die Diphtherie

Die Diphtherie, deren Erreger *Corynebacterium diphtheriae* 1884 durch Friedrich Löffler (1852-1915) entdeckt wurde, war neben der *Tuberkulose*, dem *Typhus*, den *Masern* und der *Ruhr* eine der am weitesten verbreiteten Infektionskrankheiten in Preußen und der Hauptstadt Berlin.

Durch Tröpfcheninfektionen oder die Berührung von infizierten Gegenständen übertrug sich die Krankheit. Dass Luise Schulz in nur kurzem Abstand zu ihren beiden Schwestern erkrankte, war keine Ausnahme, sondern die Regel. Betroffene verloren auf diese Weise oft alle Kinder. Die Krankheit beginnt meist unspezifisch mit Abgeschlagenheit, Übelkeit und Schluckschmerzen. An den Mandeln entwickelt sich ein gelblich-weißer Belag, der sich schnell im ganzen Rachenraum ausbreiten kann und zu *Atemnot* ja bis zum Erstickten führt. Aufgrund dieses Symptoms wurde die Diphtherie auch drastisch als „Würgeengel der Kinder“ bezeichnet, der man mit einem chirurgischen Eingriff der Eröffnung der Luftröhre, der Tracheotomie, zu begegnen versuchte. Dies Vorgehen war jedoch nur symptomatisch, weil das Fortschreiten der Krankheit auf diese Weise nicht verhindert wurde.

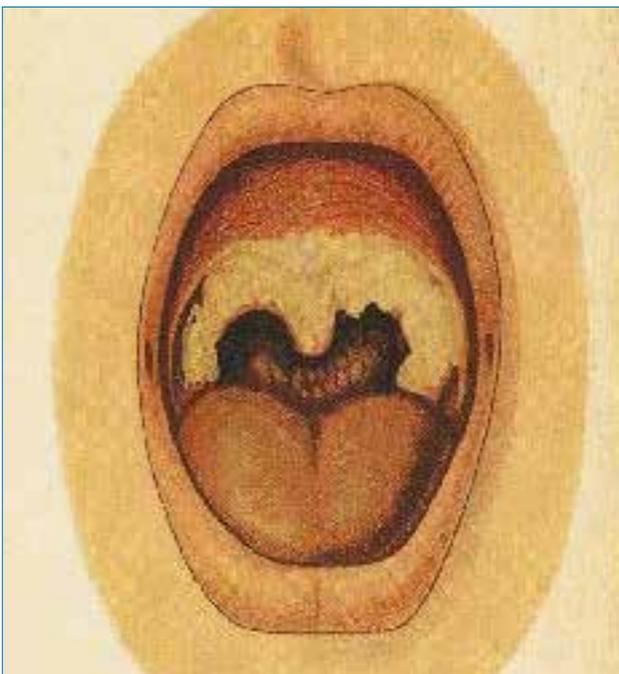


Abb. 2: Halskrankungen – Diphtherie. Aus: Leo Langstein, Fritz Rott: *Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes*, Lübeck 1918. *Tafel 84, Ausschnitt.*

Von 1881 bis 1886 starben allein in Preußen jährlich durchschnittlich 25.000 Säuglinge und Kleinkinder bis zu drei Jahren an Diphtherie. Die Kindersterblichkeit schuf nicht nur großes individuelles Leid, sondern stellte auch ein nach Lösungen rufendes bevölkerungs- und gesundheitspolitisches Problem dar, dem sich städtische und staatliche Behörden annehmen mussten. Die Erforschung der Krankheitserreger und die Entwicklung von Heilmitteln lag in den Händen staatlicher und universitärer Forschungsinstitute wie dem 1891 eröffneten Königlichen Institut für Infektionskrankheiten, das unmittelbar dem preußischen Staat unterstand und von dem Bakteriologen Robert Koch (1843-1910) geleitet wurde.

Die Entwicklung eines neuen Heilmittels

Seit 1888 war bekannt, dass nicht das Diphtheriebakterium, sondern das vom Bakterium gebildete Gift die Krankheitssymptome auslöste. In Berlin konzentrierten sich Emil Behring und der japanische Gastwissenschaftler Shibasaburo Kitasato darauf, im Tierversuch ein Antitoxin gegen die Bakteriengifte zu finden, das man im Blutserum erkrankter Tiere vermutete. Am 4. Dezember 1890 erschien unter dem Titel „Über das Zustandekommen der Diphtherie-Immunität und der Tetanus-Immunität bei Thieren“ in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift ein kurzes Resümee der von Behring und Kitasato durchgeführten Versuche. Die Wissenschaftler erläuterten hier ihre bahnbrechende These, dass die Blutflüssigkeit immuner Tiere die giftigen Substanzen, die von den Bakterien produziert werden, „unschädlich machen“ kann. Die im Tiermodell gewonnenen Ergebnisse eröffneten die Möglichkeit, das Antitoxin für therapeutische Zwecke, also auch für die Behandlung erkrankter Menschen, einzusetzen.

Produziert wurde das antitoxinhaltige Blut in Tierställen durch größere Tiere wie Hunde, Ziegen und Schafe, später Pferde. Die erste Erprobung an kindlichen Patienten erfolgte Ende 1891 in der Berliner Chirurgischen Universitätsklinik, wo üblicherweise Tracheotomien bei diphtheriekranken Kindern durchgeführt wurden. Die ersten und folgenden Einsätze konnten jedoch nicht überzeugen, da die anfangs verwendeten Wirkstoffmengen zu gering waren.

Durchgehend positive Resultate bei der Krankenbehandlung konnten erst verzeichnet werden, als die notwendige Dosierung gefunden war. Dies war die Leistung von Robert Kochs Assistenten, Paul Ehrlich (1854-1915). Ihm gelang auch die Standardisierung der Heilseren. Schließlich, am 7. September 1894, berichtete der Kinderarzt Otto Heubner, der seit November 1892 Diphtherieheils-

rum von Behring bezog, auf dem Internationalen Hygiene-Kongress in Budapest über seine Erfahrungen am Krankenbett. Das von Behring entwickelte Mittel konnte dank der guten Wirksamkeit die damals klassische Behandlung durch Tracheotomie ablösen und führte, wie nicht nur Luises Fall eindrucksvoll belegte, in den überwiegenden Fällen zur Heilung der betroffenen Kinder.

Industrielle Produktion in Höchst und internationale Anerkennung

Ab August 1894 wurde Behrings Diphtherieheils Serum in den Farbwerken vormals Meister Lucius & Brüning in Höchst am Main produziert. Der Vertrieb, von dessen Gewinnen Behring zunächst eine fünfzigprozentige Beteiligung erhielt, machte den Wissenschaftler zu einem wohlhabenden Mann. „Behring's Diphtherie-Heilmittel dargestellt nach Behring-Ehrlich" wurde weltweit vertrieben. Wegen der recht hohen Kosten wurde es jedoch nicht in allen Bevölkerungsschichten gleichermaßen eingesetzt. Briefe an den „Retter der Kinder" erhielt Behring nicht nur aus Deutschland; zu den dankbaren Eltern gehörten Künstler, Rechtsanwälte und Kaufleute aus Europa, ja selbst aus Moskau, Philadelphia und Buenos Aires.

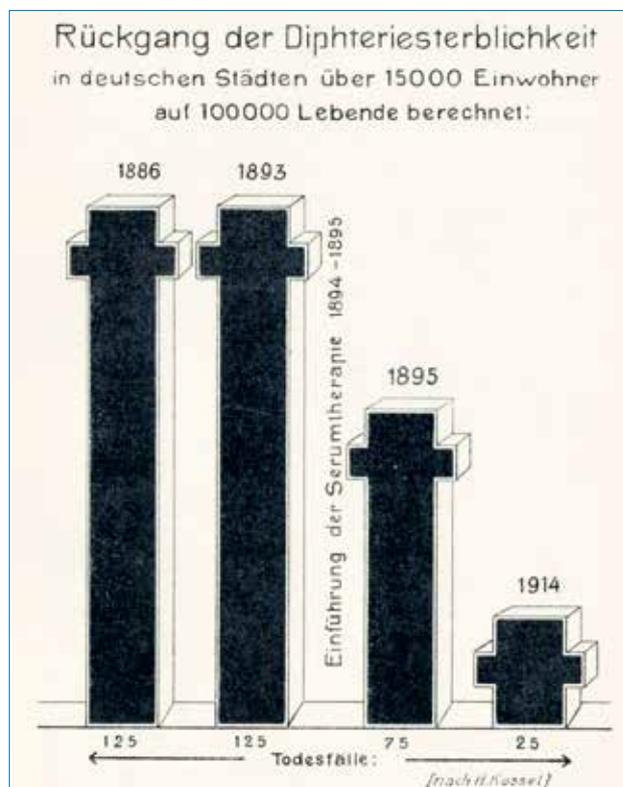


Abb. 3: Rückgang der Diphtheriesterblichkeit seit 1894, nach Hermann Kossel © Behring-Archiv, Philipps-Universität Marburg

Für die Entwicklung der Serumtherapie erhielt Behring den 1901 erstmals vergebenen Nobelpreis für Physiologie oder Medizin mit der Begründung:

„für seine Arbeiten über Serumtherapie, besonders ihre Anwendung gegen die Diphtherie, womit er neue Wege in den medizinischen Wissenschaften eingeschlagen hat und der Wissenschaft eine wirksame Waffe gegen Krankheit und Tod in die Hände gegeben hat.“

Behring starb am 31. März 1917 – hoch angesehen und weltweit geehrt als „Retter der Kinder" – gerade 63-jährig nach langer Krankheit an den Folgen einer Lungenentzündung.



Abb.: Emil von Behring im Jahr 1902.

© Behring-Archiv, Philipps-Universität Marburg

Die Autorin:

Dr. Ulrike Enke
Arbeitsstelle für Geschichte der Medizin
Philipps-Universität Marburg
Bahnhofstraße 7
35037 Marburg



Risikofaktor: Zäher Schleim

Bei der Entstehung von allergischem Asthma spielt die Beschaffenheit der Lungenschleimhaut eine entscheidende Rolle. Dies konnten Heidelberger Wissenschaftler nun im Tiermodell nachweisen. Ihre Ergebnisse und eine neue Behandlungsstrategie veröffentlichten sie im ‚Journal of Allergy and Clinical Immunology‘.

Asthma bronchiale, meist einfach als Asthma bezeichnet, zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Rund 300 Millionen Menschen sind weltweit davon betroffen. Bei Asthma-Patienten reagiert das Immunsystem übermäßig stark auf äußere Reize in der Atemluft, wodurch es zu einer chronischen Entzündung der Atemwege und schließlich zur Verengung der Bronchien kommt. Bis heute ist nur wenig darüber bekannt, wie die übersteigerte Reaktion des Immunsystems in der Lunge ausgelöst wird.

Das Team um Prof. Dr. Marcus Mall vom Universitätsklinikum Heidelberg hat nun untersucht, welche Rolle die Befeuchtung der Atemwegsschleimhaut bei der Entstehung von Asthma spielt. Hierzu wurden im Tiermodell Tests mit allergieauslösenden Stoffen (Allergenen) wie Schimmelpilzen und Partikeln von Hausstaubmilben durchgeführt. Tiere, die durch einen genetischen Defekt eine deutlich trockenere Lungenschleimhaut besitzen, zeigten in den Untersuchungen eine sehr viel stärkere allergische Entzündung der Atemwege als die Kontroll-Tiere mit normal feuchtem Lungensekret. Die Forscher nehmen an, dass der zähe Schleim, ausgelöst durch die trockene Lungenschleimhaut, einen schnellen Abtransport der Allergene verhindert und so eine viel stärkere Reaktion des **Immunsystems** auslöst.

Durch den zähen Schleim konzentrieren sich die allergieauslösenden Stoffe auf den Schleimhäuten der Lunge und reizen die dortigen Schleimhautzellen. Diese sondern daraufhin Botenstoffe wie Interleukin-13 (IL-13) ab und aktivieren so bestimmte Immunzellen (T-Helferzellen, Typ2), was schließlich zu einer Entzündung führt. Die allergische Entzündung beruht danach scheinbar nicht in erster Linie auf einer Fehlfunktion der Immunzellen. Vielmehr sind es die Schleimhautzellen der Lunge, die das Immunsystem zu stark reizen und schließlich aktivieren.



*Schematische Darstellung der Luftröhre mit Schleimpfropfen
(Foto: Naeblys/fotolia)*

Hinweise auf eine mögliche neue Behandlungsstrategie fanden die Heidelberger Wissenschaftler in einem weiteren Versuchsansatz: Nach Inhalation des Wirkstoffes Amilorid* sank die Menge des Botenstoffes Interleukin-13 in der **Lungenschleimhaut** und die allergische Entzündung war deutlich reduziert. Amilorid erhöht die Befeuchtung der Schleimhaut, wodurch eingeatmete Allergene auf den Schleimhäuten der Lunge dann besser aus der Lunge abtransportiert bzw. abgehustet werden können. Ob diese Behandlungsstrategie bei Patienten mit Asthma genauso gut wirkt wie im untersuchten Tiermodell müssen weitere Studien zeigen.

Nach einer Pressemitteilung
des Lungeninformationsdienstes.

* Amilorid ist ein Arzneistoff aus der Gruppe der Entwässerungsmittel (Diuretika) und wird seit etwa 50 Jahren (in Kombination) bereits eingesetzt.

Der Innovationsfond

- Eine enorme Chance für die Versorgungsforschung der Betroffenen und zur Verbesserung der Patientenversorgung

von Dr. Susanne Bethge

„...300 Millionen Euro über vier Jahre, also 1,2 Milliarden Euro, sind eine gigantische Summe...“

Prof. Hecken, G-BA-Vorsitzender in einem Interview

1. Hintergrund: Versorgungsforschung in Deutschland

Aus der Patientenperspektive ist es unerlässlich, dass alle Innovationen, die den Patientennutzen erhöhen, auf einer methodisch tragfähigen Grundlage stehen, auf ihre Wirksamkeit hin geprüft und im Anschluss allen Betroffenen schnellstmöglich zur Verfügung gestellt werden. Gerade im Gesundheitswesen ist es wichtig einen kontinuierlichen Innovationsprozess durchzuführen und neue Versorgungsmodelle in die Regelversorgung zu überführen (Amelung und Wolf 2014). In Deutschland wurde dafür ein in dieser Form einzigartiges Förderprogramm aufgesetzt. Mit dem am 11. Juni 2015 beschlossenen Versorgungsstärkungsgesetz wurde zunächst für vier Jahre der Innovationsfond eingeführt. Ziel ist die Förderung von innovativen Versorgungsformen und deren sach- und fachgerechte kritische Untersuchung (parallele Evaluation). Ziel ist es, innovative Versorgungskonzepte zu erproben und ggf. in die (Regel-) Versorgung zu überführen, wenn diese nachweislich die Versorgung verbessern.

2. Struktur und Inhalt des Innovationsfonds

Insgesamt stehen für die Gesamtlaufzeit von vier Jahren 1,2 Mrd. € Fördergelder zur Verfügung. Die Fördersumme wird dabei auf 300 Millionen Euro jährlich aufgeteilt. Diese jährliche Fördersumme wird dabei nochmals unterteilt in 225 Mio. € für die Förderung neuer Versorgungsformen und 75 Mio. € für die Versorgungsforschung (siehe Abbildung 1). Die jeweiligen Förderbereiche werden nachfolgend näher beschrieben.

Der Innovationsfond ist darauf ausgerichtet, die oft angemahnten Reibungsverluste durch die Trennung z.B. zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (sektorale Trennung) zu überwinden. Dabei fördert der sog. „InnoFond“ insbesondere Vorhaben, die diese sektorenübergreifende Versorgung verbessern und eine



Abbildung 1: Aufteilung der Förderbereiche

bessere Vernetzung, Koordination und Kooperation schaffen.

Die Bereitstellung der Mittel für den Innovationsfond erfolgt dabei aus Mitteln der derzeit 113 gesetzlichen Krankenkassen (Gesundheitsfonds) also Beitragsgeldern der Versicherten. Für die Durchführung der Förderung wurde beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Berlin die Geschäftsstelle des Innovationsausschusses gegründet. Hier ist auch eine Stelle für die Patientenvertretung angesiedelt. Für eine detaillierte Beschreibung des Innovationsausschusses sei auf eine Publikation hingewiesen (Mitglieder des Innovationsausschuss 2017).

2.1 Förderbereich: Neue Versorgungsformen

In diesem Förderbereich geht es darum, bestehende Versorgungsangebote für Patienten zu überprüfen. Hierfür steht jährlich ein Fördervolumen von 225 Mio. Euro zur Verfügung. Anliegen ist es für die jeweilige Versorgungsform den Nachweis zu erbringen, dass diese die bestehende Versorgung verbessert und in die Regelversorgung oder einen Selektivvertrag aufgenommen werden kann.

Themenfeld	Anzahl eingereicherter Anträge	Anzahl geförderter Projekte
1. Versorgungsmodelle in <i>strukturschwachen</i> oder <i>ländlichen</i> Gebieten	12	4
2. Modellprojekte zur <i>Arzneimitteltherapie</i> sowie <i>Arzneimitteltherapiesicherheit</i>	17	4
3. Versorgungsmodelle unter Nutzung von <i>Telemedizin</i> , <i>Telematik</i> und <i>E-Health</i>	34	6
4. Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen	(40)	(10)
a. <i>ältere</i> Menschen	6	2
b. Menschen mit <i>psychischen</i> Erkrankungen	11	1
c. <i>pflegebedürftige</i> Menschen	5	2
d. <i>Kinder</i> und <i>Jugendliche</i>	11	4
e. Menschen mit <i>seltenen</i> Erkrankungen	7	1
5. Themenoffen	17	5

Tabelle 1: Übersicht 1. Förderwelle neue Versorgungsformen

Wichtig bei Förderprojekten in diesem Bereich ist es, dass die Vorhaben auf einer geltenden Rechtsgrundlage (z.B. Selektivvertrag, Modelvorhaben etc.) erbracht werden oder erbracht werden können. Im Idealfall sollten erste Pilotprojekte zu der neuen Versorgungsform bereits vorhanden sein.

2.2 Ergebnisse der Förderrunde 2016

Im ersten Förderjahr des Innovationsausschusses wurde im Bereich der neuen Versorgungsformen eine Förderbekanntmachung ausgeschrieben und beschieden. Dabei war die Förderausschreibung in einen themenspezifischen und einen themenoffenen Bereich unterteilt. Die Inhalte und Antragseinreichungen sowie finale Förderungen der 1. Welle sind in der Tabelle 1 abgebildet:

Über die zu fördernden Anträge der ersten Welle „neue Versorgungsformen“ hat der Innovationsausschuss im Oktober 2016 entschieden. Zur Förderung wurden insgesamt 29 Projekte ausgewählt.

Eine Einzelauflistung der geförderten Projekte ist unter dem Link im Anhang abrufbar https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/47/Neue-Versorgungsformen_Uebersicht-gefoerderte-Projekte-2016.pdf

Im Bereich der *Atemwegserkrankungen* sei beispielsweise auf das Projekt RESIST: Resistenzvermeidung durch angemessenen Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen im Feld Modellprojekte zur Arzneimitteltherapie verwiesen. Ziele des Projektes sind u.a.:

- die Optimierung des indikationsgerechten Antibiotika-Einsatzes
- die Optimierung der übergreifenden Versorgung der im ambulanten Bereich häufigen Infektionen und
- die Verhinderung fortschreitender Resistenzentwicklung.

2.3 Förderbereich: Versorgungsforschung

Förderfähig im Bereich der Versorgungsforschung sind vor allem Projekte und Forschungsvorhaben, die auf einen Erkenntnisgewinn bei der Verbesserung der bestehenden gesundheitlichen Versorgung zielen. Hierfür stehen jährlich 75 Mio. Euro zur Verfügung. Dies gilt auch für Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Überprüfung von Richtlinien des G-BA.

2.4 Ergebnisse: Förderrunde 2016

Die Förderausschreibung der Versorgungsforschung war im ersten Antragsjahr in die folgenden vier Bereiche unterteilt:

1. Versorgungsforschung mit Themenschwerpunkten
2. Versorgungsforschung themenoffener Bereiche
3. Evaluationsvorhaben für besondere ambulante ärztliche Versorgung und besondere Versorgung und
4. Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Überprüfung von Richtlinien des G-BA (zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung).

Themenfeld	Anzahl eingereicherter Anträge	Anzahl geförderter Projekte
1 Versorgungsforschung mit Themenschwerpunkten		
1.1 Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und/oder Patientensicherheit in der Versorgung	47	15
1.2 Verbesserung von Instrumenten zur Messung von Lebensqualität für bestimmte Patientengruppen	8	5
1.3 innovative Konzepte patientenorientierter Pflege unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitsteilung und der Schnittstellen sowie der Integration ausländischer anerkannter Pflegefachkräfte in den Versorgungsalltag	4	2
1.4 Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit und/oder Wirtschaftlichkeit der GKV-Versorgung	17	2
1.5 Ursachen, Umfang und Auswirkungen administrativer und bürokratischer Anforderungen im Gesundheitswesen auf die Patientenversorgung	1	1
1.6 Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten	27	12
2. Themenoffener Bereich	38	10
3. Evaluation von Selektivverträgen	9	4
4. Überprüfung der spezialisierten Ambulanten Palliativversorgungsrichtlinie	10	3
5. Themenoffen	17	5

Tabelle 2: Inhalte und Antragseinreichungen sowie geförderte Projekte

Als Ergebnis konnte der Innovationsausschuss für 62 Projekte eine Förderung aussprechen. Die Einzelaufstellung der geförderten Projekte ist unter dem Link <https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/50/Versorgungsforschung-Uebersicht-gefoerderte-Projekte-2016.pdf> abrufbar.

Im Bereich der Atemwegserkrankungen wird die Versorgungsforschung im Projekt: Lebensqualität im Disease Management Programm (DMP) COPD, sowie die Verbesserung von Instrumenten zur Messung von Lebensqualität für bestimmte Patientengruppen gefördert.

Grundüberlegung dieses Projektes ist, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität, eine zentrale Zielgröße der Disease Management Programme (DMPs) ist. Diese wird bislang nur stichprobenartig erfasst. Am Beispiel des DMP-COPD wird untersucht, wie das Versorgungsmanagement durch patientenbezogene Lebensqualitätsdaten verbessert und weiterentwickelt werden kann. Die Daten zur Lebensqualität dienen als Maß zur Beurteilung

des DMP-Erfolgs. Therapieplanung dieser Krankheit und das Selbstmanagement der Patienten sollen so gefördert und das krankheitsspezifische COPD-Versorgungskonzept optimiert werden.

Ferner sei auf das Projekt IMPRESS verwiesen. Dieses soll der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und/oder Patientensicherheit in der Versorgung dienen. Das Projekt untersucht anhand einer speziellen Studie die Wirksamkeit eines Verfahrens zur Senkung der Sterblichkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen. Auch hier konkret am Beispiel der COPD.

Alle Mitglieder der Selbsthilfeorganisationen in diesem Bereich möchten wir aufrufen, sich aktiv an den geförderten Projekten zu beteiligen. Nur gemeinsam können bestmögliche patientenorientierte Ergebnisse erzielt werden.

3. Diskussion

Der neu ins Leben gerufene Innovationsfonds hat bereits allein durch die Bekanntmachung und die

Aussicht auf die finanzielle Förderung viel Bewegung ins deutsche Gesundheitssystem und in die betreffende Forschung gebracht. Neue Partner haben sich zusammengeschlossen und der Dialog zwischen den unterschiedlichen Professionen und Sektoren wurde enorm gefördert. Innovative Ideen wurden zu Projekten ausgearbeitet und eingereicht.

Bisher noch offen ist die Frage der Überführung der künftigen Ergebnisse aus bewilligten Forschungsprojekten in die tägliche Krankenversorgung. Es darf nicht passieren, dass nach zwei bis vier Jahren exzellenter Versorgungsforschung mit Erarbeitung innovativer Konzepte diese keine Umsetzung in die tägliche Patientenversorgung finden. Die bisherigen Antrags- und Beratungsverfahren haben eine mehrjährige Durchlaufzeit (Köster-Steinebach 2016). Die an diesem Prozess beteiligten Patientenorganisationen fordern daher eine funktionsfähige Überführung der künftigen Studienergebnisse in die tägliche Krankenversorgung. Es bleibt abzuwarten, welche Weichen hier vom Gesetzgeber noch gestellt werden.

4. Fazit und Ausblick

Das erste Jahr des Innovationsfonds ist erfolgreich abgeschlossen. Die für das Förderjahr 2016 zur Verfügung stehenden 300 Mio. € konnten vollständig in die Förderung und Entwicklung neuer Versorgungsmodelle und in die Versorgungsforschung fließen.

Die ersten Ausschreibungen im Jahr 2017 für den Bereich der Versorgungsforschung und den Bereich der neuen Versorgungsformen laufen (Einreichungsfrist: 23. Mai 2017). Die Entscheidung über die Förderung ist für den Herbst 2017 vorgesehen. Ergänzend ist eine weitere Förderbekanntmachung angedacht, die voraussichtlich Ende 2017 veröffentlicht wird (Mitglieder des Innovationsausschuss 2017).

Sehr erfreulich aus Patientensicht ist, dass bei den Anträgen an den Innovationsausschuss eine direkte Beteiligung von Patienten, Patientenvertretern und Patientenorganisationen gewünscht ist. Diese wurde bereits von vielen Antragstellern umgesetzt. Patienten, Patientenvertreter und Patientenorganisationen werden in unterschiedlichster Form an den Förderprojekten z.B. als Experten, in Fokusgruppen oder Einzelinterviews beteiligt. In diesem Zusammenhang möchten wir auch gern dazu ermuntern, bei entsprechenden Anfragen aktiv zu kooperieren.

Die Patientenvertretung ist in allen Gremien des Innovationsausschusses und bei allen Beschlussfassungen vertreten und wird aktiv einbezogen.

Der Innovationsausschuss ist aus Patientensicht eine enorme Chance für die Versorgungsforschung und Verbesserung der Patientenversorgung. Es ist dabei sehr zu begrüßen, dass sowohl in den Anträgen als auch im Entscheidungsprozess der Förderung die Patienten aktiv einbezogen werden und hier die Teilhabe gelebt wird. Alle Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen und auch alle anderen Akteure hoffen nun auf einen optimalen Erkenntnisgewinn.

Anmerkung:

Teile dieses Beitrages wurden bereits in einem Artikel in der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen veröffentlicht.

Referenzen:

Amelung, Volker, und Sascha Wolf. 2014. ‚Innovationsfonds–Von der guten Idee zur richtigen Umsetzung‘, *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*, 67: 49–52.

Köster-Steinebach, I. 2016. ‚Innovationsfond: Lösung für ein Patientenproblem?‘, *Monitor Versorgungsforschung*, 04/16: 25–26.

Mitglieder des Innovationsausschuss. 2017. ‚Die Grundlagen des Innovationsfonds‘ in Volker Eric Amelung, Susanne Eble, Helmut Hildebrandt, Franz Knieps, Ralph Lägell, Susanne Ozegowski, Rolf-Ulrich Schlenker and Ralf Sjuets (eds.), *Innovationsfond: Impulse für das deutsche Gesundheitssystem (Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin)*.

Die Autorin:

Dr. Susanne Bethge (M. Sc., B. Sc. in Public Health and Administration)
Geschäftsstelle des
Innovationsausschusses beim
Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
Stabsstelle Patientenbeteiligung
Referentin



10 Jahre „atemlos“ in Köln – Ein Blick hinter die Kulissen

von Michael Stolzenburg

Seit 10 Jahren besteht die „Selbsthilfegruppe atemlos Köln – leben mit COPD“. Sie wurde im März 2007 von Hannelore Seeharsch und Horst Mielke gegründet und wird seit April 2011 von Michael Stolzenburg geleitet. In diesen 10 Jahren hat sich einiges getan. Michael Stolzenburg nimmt dies zum Anlass, uns einen Blick hinter die Kulissen zu gewähren.

Der Weg in die Selbsthilfegruppe

Michael Stolzenburg ist ein selbst von COPD Betroffener, einer chronisch fortschreitenden Lungenerkrankung, die nicht heilbar ist. Er benötigt seit 2012 eine Langzeit-Sauerstoff-Therapie und seit 2014 eine nächtliche Maskenbeatmung, um die „Atempumpe“ zu entlasten. Die Diagnose COPD erhielt Michael Stolzenburg 1997 im Alter von 38 Jahren im Rahmen einer Studie der Uniklinik Köln. „Damals wurden Männer gesucht, die produktiven Husten haben“ erinnert er sich. „Insgesamt habe ich 14 Jahre an verschiedenen Studien zum Thema COPD teilgenommen. Dabei ging es um Medikamente, aber auch um Langzeitstudien zum Thema Entwicklung der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität. Durch die engmaschige ärztliche Kontrolle und die regelmäßigen Fitnessstests war ich immer über meinen aktuellen Gesundheitszustand informiert. Allerdings wählte ich mich auch in falscher Sicherheit. Da mir stets ein hervorragender körperlicher Zustand für mein Erkrankungsstadium bescheinigt wurde, sah ich auch keinen Grund, etwas an meiner Lebensweise zu ändern. Mit dem Wissen von heute würde ich sicherlich einiges anders machen“ erklärt Michael Stolzenburg. 2010 kam dann der große Schock: Reha, Infekt, Intensivstation – die Krankheit

verschlimmerte sich rapide und er wurde im Alter von 51 Jahren erwerbsunfähig und Frührentner. „Das war wie ein Schlag ins Gesicht. Mein ganzes Lebenskonzept war von heute auf morgen auf den Kopf gestellt. Wie soll es weitergehen? Auf was muss ich mich einstellen? Was kommt als nächstes? Das waren nur einige Fragen, die mich Tag und Nacht beschäftigten“ erinnert er sich. „So nahm ich im Januar 2011 Kontakt zur SHG atemlos Köln auf. Der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen half mir sehr. Ich bekam dort Informationen und viele Antworten auf meine Fragen. Als die damaligen Gruppenleiter 3 Monate später aus gesundheitlichen Gründen einen Nachfolger suchten, erklärte ich mich gerne bereit. Meine Arbeit als Gruppenleiter hat mir in zweifacher Hinsicht geholfen: zum einen habe ich viel gelernt über das Leben mit der COPD und die Bewältigung der Krankheit. Zum anderen hatte ich eine sinnvolle Aufgabe. Schließlich ist es nicht einfach, „von jetzt auf gleich“ aus dem Berufsleben gerissen zu werden.“

Selbsthilfe – was ist das?

Sinn und Zweck einer Selbsthilfegruppe (SHG) ist es, dass Betroffene ihre Erfahrungen austauschen und dadurch besser mit ihrer Krankheit leben können. Auch Angehörige und Freunde sind in der SHG willkommen, da sie mit betroffen sind. Die Weitergabe von seriösen Informationen ist ein wichtiger Bestandteil der Gruppenarbeit. Dabei geht es nicht nur um die COPD selbst, sondern auch um alles, was damit zusammenhängt. „Schließlich haben Ärzte heute nicht mehr die Zeit, jeden Patienten individuell intensiv und umfassend über Reha, Hilfsmittel, Gesetzeslage und neue medizinische Erkenntnisse aufzuklären. Das findet dann bei uns statt. Dabei profitiert jedes Mitglied vom Wissen und den Erfahrungen der anderen Gruppenmitglieder“ erklärt Michael Stolzenburg.“ Bestimmte Bereiche sind für uns jedoch tabu: Für Rechtsberatung, medizinische Diagnosen und geeignete Medikation müssen sich unsere Mitglieder an die jeweiligen Fachleute wenden. Hier können, wollen und dürfen wir uns keine Kompe-



Referenten-Vortrag

tenz anmaßen.“ Ergänzend finden Referate von Experten wie Ärzten, Therapeuten und Hilfsmittel-Anbietern statt. Auch sie profitieren von der Selbsthilfegruppe, da aufgeklärte, mündige Patienten therapietreuer und motivierter sind. „Nicht zuletzt motivieren wir uns auch gegenseitig. Schließlich wissen wir, wovon unser Gegenüber redet und verstehen seine Problem- und Gefühlslage aus eigener Erfahrung. Ebenso wichtig ist der soziale Kontakt. Durch die Krankheit können wir oft am normalen sozialen Leben nur erschwert teilnehmen.“ ergänzt Michael Stolzenburg. „Unser **Credo** lautet: „Ärgere Dich nicht über das, was nicht mehr geht – Freue Dich an dem, was Du noch kannst“

Die SHG atemlos Köln bietet aktuell drei monatlich stattfindende Gruppentermine an unterschiedlichen Standorten, regelmäßige Angehörigentermine, Telefon- und Mail-Kontakt und eine Homepage an. Dort sind Informationen, Ankündigungen, Patientenratgeber und vieles mehr zu finden. Im Laufe der Jahre ist ein gutes Netzwerk zu Krankenhäusern, Ärzten, Therapeuten und Hilfsmittelanbietern entstanden. „Wir gelten mittlerweile als seriöser Ansprechpartner und werden sogar zu Ärztefortbildungen und Infoveranstaltungen als Referenten eingeladen.“

Entwicklung der SHG atemlos Köln

Der Weg dahin war nicht immer problemlos. Michael Stolzenburg erinnert sich: „Da bei immer mehr Menschen eine COPD diagnostiziert wurde, bekamen wir regen Zulauf. Das stellte mich vor neue Herausforderungen: Zum einen mussten dringend neue geeignete Räumlichkeiten her; größer, barrierefrei, gut zu erreichen und möglichst kostengünstig. Allen Ansprüchen gerecht zu werden war schier unmöglich. Zum zweiten konnte ich nicht mehr jeden neuen Interessenten zuhause aufsuchen. Schließlich hatte mein Tag auch nur 24 Stunden und ich war durch meine Krankheit einfach nicht mehr so leistungsfähig. Da eine erste Information jedoch dringend notwendig ist, bevor die „Neuen“ in die konstruktive Gruppenarbeit mit einbezogen werden können, richtete ich einen gesonderten monatlichen Termin für Erstinteressierte und Ratsuchende ein. Die Fragen und Probleme von „Neulingen“ ähneln sich doch sehr und nicht jeder Ratsuchende ist in der Lage, an den Treffen der Gruppe teilzunehmen. Trotzdem möchten wir auch diese Menschen unterstützen.“ Bald wurde eine Teilnehmerzahl erreicht, die die Gruppenarbeit sehr mühsam machte. Also erweiterte die SHG atemlos ihr Angebot. Neben einem monatlichen rechtsrheinischen Treffen und dem „Erstlingstermin“



Daniela Stolzenburg bei einer Infoveranstaltung

wird nun auch linksrheinisch ein Gruppentermin angeboten. Zusätzlich organisiert Daniela Stolzenburg regelmäßig Treffen speziell für Angehörige von COPD-Betroffenen.

Lust und Frust

Als Resümee der vergangenen Jahre meint Michael Stolzenburg: „Die Tätigkeit für die Selbsthilfegruppe erfordert viel Zeit, Engagement, Geduld und Motivation. Das hat auch Auswirkungen auf mein Privatleben. Zum Glück steht mir seit Beginn meine Frau Daniela immer zur Seite. Durch ihre Arbeit als Sozialarbeiterin bringt sie viel hilfreiches Hintergrundwissen mit und unterstützt mich sehr. Ich habe hohe Ansprüche an mich und die Arbeit der SHG. Nur zu genau erinnere ich mich an den gravierenden Einschnitt in meinem Leben durch die Krankheit. Diese Zeit möchte ich anderen Betroffenen erleichtern. Ich weiß, dass ich nicht jedem helfen kann, denn letztendlich kann ich den Betroffenen nur das Werkzeug an die Hand geben, um ein qualitativ möglichst befriedigendes Leben mit der Krankheit zu führen. Tätig werden müssen sie dann selbst. Aber wenn ich auch nur einen von 10 Interessierten dabei unterstützen kann, besser mit seiner Erkrankung zurecht zu kommen, bin ich schon zufrieden.“ Dass er dieses Ziel erreicht, zeigt sich an vielen Einzelheiten: Gruppenmitglieder und Ärzte, die die Gruppe weiter empfehlen - Anrufe von Gruppenmitgliedern, die sich für die Unterstützung bedanken - Einladungen als Referent zu Veranstaltungen. „Es rührt mich immer, wenn ein trauernder Angehöriger mich anruft und mir erzählt, wie hilfreich die Gruppe für den Verstorbenen und die Familie war“ meint Michael Stolzenburg.

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

Juan Gutierrez,
Servicemitarbeiter bei GTI medicare



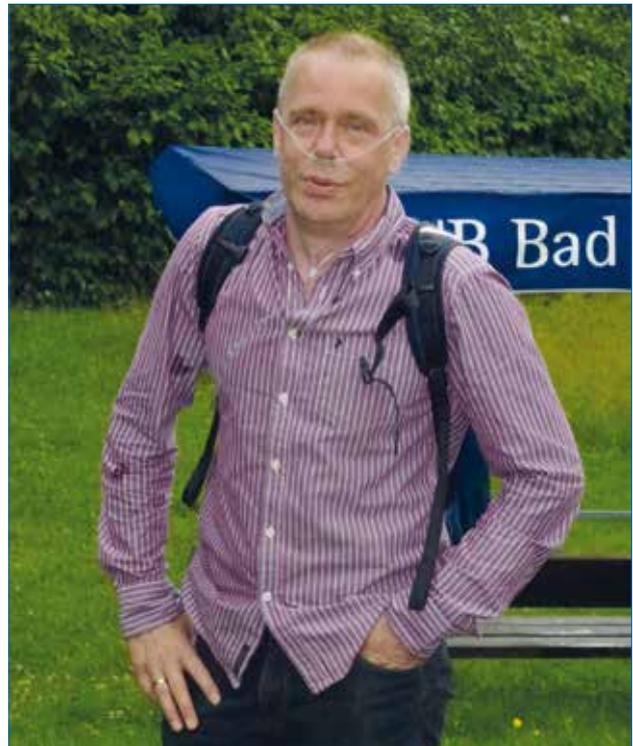
JETZT AUCH
URLAUBS-
VERSORGUNG
IN ITALIEN!

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



Michael Stolzenburg

Allerdings kann die Arbeit eines Gruppenleiters auch sehr frustrierend sein. „Wenn ich auf Wunsch der Gruppenmitglieder einen Referenten zu einer bestimmten Thematik organisiere und sich das Interesse dann in Grenzen hält, ärgert mich das schon sehr. Oder wenn ich den Gruppenmitgliedern Zugang zu allen möglichen Informationen verschaffe und manche zu bequem sind, diese zu lesen. Stattdessen rufen sie uns an und wollen ausführlich telefonisch informiert werden. Vereinzelt werden Erwartungen an mich gestellt, die ich einfach nicht erfüllen kann. Schließlich bin ich auch nur ein Betroffener, der mit seiner Erkrankung kämpft.“

Ich bin auf die Mitarbeit der anderen Gruppenmitglieder angewiesen. Schließlich lebt eine SHG von den eingebrachten Erfahrungen der einzelnen Mitglieder. Aber überwiegend macht mir die Selbsthilfegruppe schon sehr viel Freude. Ich werde sie im Rahmen meiner Möglichkeiten so lange wie möglich leiten, auch wenn es durch meine fortschreitende Erkrankung immer anstrengender wird“ schließt Michael Stolzenburg.

Wer nähere Informationen über die Selbsthilfegruppe atemlos Köln sucht, findet sie auf folgendem Weg:

auf der Homepage: www.selbsthilfe-atemlos.de
per Mail: selbsthilfe-atemlos@email.de
per Telefon: 0221 / 35 62 206

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

E-Zigaretten als eine Alternative zu den tabakhaltigen Zigaretten? Informationen zu den Inhaltsstoffen, möglichen Nebenwirkungen und der Rechtslage finden sich in dem Flyer: „E-Zigarette“

Warum ist die Umstellung von tabakhaltigen Zigaretten auf E-Zigaretten (elektronische Zigaretten) eventuell weniger krebserregend aber dennoch, z.B. wegen des Gehaltes an Nikotin, Propandiol und anderen Inhalts- und Aromastoffen nicht unproblematisch? Antworten hierzu gibt der aktuelle Flyer „E-Zigarette“ der Deutschen Atemwegsliga e.V.

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

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



Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA
 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 Gelsenkirchen Hagen Lüdenscheid	Cornelia Schulz Geschäftsstelle DPLA Jürgen Frischmann Dr. Markus Wittenberg Werner Brand Marlene Dudanski Wilhelm Knitter	0231 / 126 376 06133 / 35 43 0160 / 4628961 0209 / 364-3610 02330 / 12 792 02351 / 27 567 02353 / 43 93
 Bayern Weiden, Neustadt, Vohenstrauß	Geschäftsstelle	06133 / 35 43	Moers-Niederrhein Rheda-Wiedenbrück Wuppertal	Helga Brach Heinz-Jürgen Belger Gabriele Reinhold	02842 / 59 20 05242 / 56 786 0202 / 705 598 13
 Berlin (in Gründung) Potsdam	Praxis Dr.med. Hilger Müller	0331 / 960668	 Rheinland-Pfalz Alzey Bernkastel-Wittlich Bitburg Daun (Vulkaneifel)	Jürgen Frischmann Inge Follmann Jürgen Frischmann Inge Follmann Renate Maisch	0160 / 4628961 06573 / 574 0160 / 4628961 06573 / 574 06572 / 23 99
 Hessen Frankfurt am Main	Ellen Herchen Ursula Schösser	069 / 523 507 06102 / 53 416	Birkenfeld/ Idar-Oberstein Linz am Rhein Mainz Trier Worms	Winfried Walg Jürgen Frischmann Jürgen Frischmann Ursula Eicher Jürgen Frischmann	06785 / 77 70 0160 / 4628961 0160 / 4628961 0651 / 44611 0160 / 4628961
Marburg	Friedhelm Stadtmüller	06422 / 44 51			
Schwalmstadt	Margit Nahrgang Geschäftsstelle	06424 / 45 73 06133 / 35 43			
Wiesbaden	Lothar Wern	06122 / 15 254			
 Niedersachsen Region Hannover - Hannover - Neustadt am Rübenberge - Garbsen - Wunstorf - Wedemark	Michael Wilken Detlef Henning	05130 / 583 85 77 05032 / 964 090	 Saarland Homburg / Saar	Dietmar Hecker Uwe Sersch	06841 / 162 2919 06873 / 669 284

ANZEIGE



SP Medienservice

Verlag, Druck & Werbung



Wir sind seit über 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

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>

COPD-Selbsthilfegruppe-Hagen für Nicht Sauerstoffpatienten

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

Selbsthilfegruppe atemlos Köln

Kontakt: Michael Stolzenburg
 Telefon: 0221 – 35 62 206
 E-Mail: selbsthilfe-atemlos@email.de
www.selbsthilfe-atemlos.de

**Bayern****SHG Asthma- und COPD-Kranke Würzburg**

Kontakt: Brigitte Ritz-Darkow
 Tel.: 0931/46772927
 E-Mail: brdger@web.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
 Mobil: 0152 – 217 86 886
 E-Mail: c.jaekel@copdundlunge.de
christa50oldi@gmail.com
<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 / 63865
 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

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

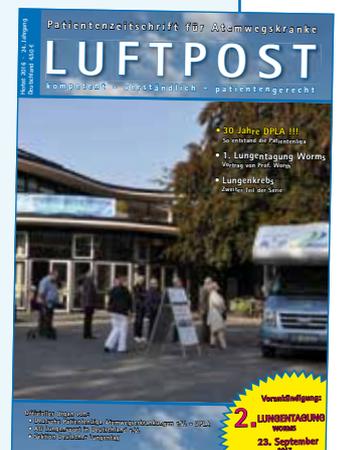
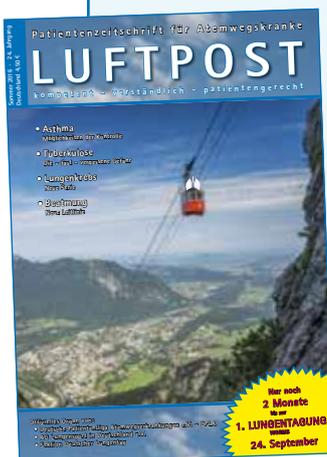
Fax: 06133 / 573 83 27

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):
Geburtstag:	Eintrittsdatum:

(freiwillige Angaben)

Lungenerkrankung/en: Asthma COPD Emphysem Weitere _____Andere Erkrankungen: _____Angehörige/r Nicht selbst erkrankt

gewünschter Ortsverband:

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

Gewünschte Zahlungsweise: Rechnung (Bitte überweisen Sie den Betrag erst nach Erhalt der Rechnung.) Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag in Höhe von € _____ wird hiermit erteilt.

Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Datum, Unterschrift (für Einzugsermächtigung):

Datum: _____ Unterschrift: _____

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA

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: MVBMDE55



Wir sind Teva Atemwege

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

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

COPD*

Sind Sie trotz Behandlung außer Atem?

Sprechen
Sie Ihren
Arzt an!



**Vielen mit der Diagnose COPD geht es wie Ihnen.
Jetzt Info-Broschüre gratis anfordern unter: www.copd-atemnot.de**

*Chronisch obstruktive Lungenerkrankung