

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht



- Neue Leitlinie Asthma
- Reha bei COPD
- BSG schützt Patientenrechte

Offizielles Organ von:

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

Vorankündigung
3. LUNGENTAGUNG
WORMS
22. September 2018

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,

kennen Sie noch den Slogan: „Unsere ... gewöhnen sich das Rauchen ab“? Altersmäßig müsste ich ihn noch kennen, aber vielleicht habe ich damals – wie vielleicht auch Sie – nicht so sehr mich darauf konzentriert. Gemeint waren – vor jetzt 50 Jahren – nicht unsere Väter, Mütter, Großeltern, Geschwister oder später unsere Kinder. Nein, die Deutsche Bundesbahn warb damit, als modernes (!) Unternehmen, statt für kohlebefeuerte Dampflokomotiven für umweltfreundlichere Loks. Es gab ein Dampflokomotiv-Verbot ab dem 27. Oktober 1977.

Für Zigaretten ist dies in Restaurants und vielen anderen Einrichtungen, sogar in romanischen Ländern wie Italien und Spanien Realität – obwohl von dort der Tabak nach Europa, Asien und Afrika kam. Von Kolumbus – der von Spanien das vermeintliche Indien erreichte – gibt es in seinem Logbuch vor jetzt 525 Jahren niedergeschrieben, den ersten Beleg zum Tabakrauchen. Dort heißt es zu einer Auffälligkeit der vermeintlichen Inder: „Kräuter, deren Rauch sie tranken“. Wie gut, dass wir die später „Sauferei des Nebels“ genannte Tabakrauchsucht nicht mehr überall ertragen müssen. Könnten wir nicht auch auf den Rauch aus Kohlekraftwerken verzichten?

Zigarettenrauch ist, zumindest in unseren Breiten, für COPD die Hauptursache dieser schweren Erkrankung. Rauchen ist aber auch nicht krankheitslindernd beim Asthma. Heute finden Sie in Ihrer „Luftpost“ einen ausführlichen Bericht zur kommenden neuen Asthma-Leitlinie. Sie wurde uns auf der wieder sehr erfolgreichen 2. Lungentagung Worms vorgestellt.

Ca. 3,5 Millionen, d.h. etwa 5 % der erwachsenen Gesamtbevölkerung unseres Landes, leiden an chronischem Asthma bronchiale. Bei Kindern ist der Prozentsatz mit etwa 10 % noch höher. Kinder haben aber auch die Chance, wenn sie rechtzeitig, d.h. oft schon im Vorschulalter, bei Asthma und häufigen krankheitsverschlimmernden Infektionen, richtig und konsequent behandelt werden, oft ab der Pubertät asthmafrei leben zu können.

Hier war jetzt der 16. November ein historischer Tag. Endlich werden auch die Kinder ab dem 2. Lebensjahr, auf Initiative der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in



das neu überarbeitete Disease-Management-Programm (DMP) Asthma der Krankenkassen zukünftig aufgenommen werden können. Diese besonders schutzbedürftige Altersgruppe kommt jetzt zu den inzwischen eingeschlossenen 850.000 Asthma-Patienten hinzu. Inhalte sind die krankheitsspezifische Betreuung unter besonderer Beachtung der leitliniengerechten Behandlung. Unser Dank gilt allen Beteiligten in den Gremiensitzungen und jetzt besonders den drei unparteiischen Vorsitzenden, die mit den Vertretern der Ärzteschaft dies gegen das Votum der Krankenkassen möglich machten.

Wie heißt es auf manchem T-Shirt: „Lebenslust trotz Atemnot!“

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

Vorschau: Luftpost Winter 2017

- Zur neuen COPD-Leitlinie
- E-Zigarette - wirksam beim Ausstieg?
- Aktuelle Impfempfehlungen
- Neuer Fragebogen zur Lebensqualität
- Untersuchung zur Selbsthilfe in Deutschland
- Fortsetzung der Serie „Lungenklinik“
- 20. Deutscher Lungentag
- Buchrezensionen

Editorial

- 3 Editorial

Asthma und COPD

- 6 Neue Deutsche Leitlinie für Asthma bronchiale
- 15 Notfallbehandlungen 2015
- 16 COPD und Asthma weltweit
- 18 Pneumologische Rehabilitation bei COPD
- 22 Asthma erhöht Risiko für Infektionen
- 22 Hustentechniken
 - Effektiv und schonend abhusten
- 24 Pneumologische Rehabilitation 2025

Aktuell

- 30 Erstattung der Stromkosten für elektrische Hilfsmittel

Lungensport

- 32 Beschreibung des Berufsbildes „Atmungstherapeut“

Lungenklinik

- 34 Die Ruhrlandklinik

Lungentag

- 38 Lungentag für Patienten

Über den Tellerrand hinaus

- 40 Bundesverband der Asbestose-Selbsthilfegruppe stellt sich vor
- 43 Bundessozialgericht (BSG) schützt Patientenrechte

Zu Ihrer Information

- 44 Rehabilitation mit Zertifikat
- 46 Gesundheit als Markt
- 51 50 Jahre BAG SELBSTHILFE

Selbsthilfe

- 52 Mit Sauerstoff mobil durch Eigenkonstruktion
- 54 Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA
- 55 Befreundete Selbsthilfegruppen
- 56 Warum auch Sie Mitglied in der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – der DPLA – werden sollten
- 57 Mitgliedsantrag

Rubrik

- 53 Infolyer der Deutschen Atemwegsliga e.V.
- 58 Impressum
- 58 Abonnement

DVD – 2. Lungentagung Worms

Fünf namhafte Experten und Professoren haben Vorträge über

- die neuen Leitlinien bei Asthma und COPD,
- Lungenentzündung
- Schutzimpfungen
- das richtige Inhalieren und das
- Reisen mit Asthma und COPD

gehalten. Die komplette Aufzeichnung aller Vorträge zur Nachbetrachtung unserer 2. Lungentagung Worms auf 2 DVD's.

Die DVD zur 1. Lungentagung Worms ist ebenfalls noch zum Preis von 8,00 Euro bestellbar.

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: 187 Minuten





gemeinsam mit



Schirmherrschaft:



und



Vorankündigung: **3. Lungentagung Worms**

Asthma, COPD und häufige Begleiterkrankungen

**Informationen für Patienten mit Atemwegs-
erkrankungen und Ihre Angehörigen**

Samstag, 22. September 2018

9.30 Uhr – 15.00 Uhr

**DAS WORMSER – Tagungszentrum
in der NibeLUNGENstadt**

Rathenaustraße 11 · 67547 Worms

Tagungsleiter: Prof. Heinrich Worth, Fürth

5 Hauptvorträge

zusätzlich

5 praxisorientierte Workshops

– Eintritt FREI –

Und !

Eine Reihe von kostenlosen Serviceleistungen.

Infos unter www.pat-liga.de

Neue Deutsche Leitlinie für Asthma bronchiale: Was ändert sich? – Teil I

Nach einem Vortrag von Prof. Dr. H. Worth, Fürth,
auf der 2. Lungentagung Worms am 23. September 2017

Die bisher letzte gemeinsame Leitlinie zum Asthma bronchiale der Deutschen Atemwegsliga e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. erschien bereits vor mehr als 10 Jahren, 2006. Darauf wies unser Tagungsleiter der 2. Lungentagung Worms, Herr Professor Worth, Fürth, einleitend hin.

Im ersten Teil seines Vortrages stellte er dann die demnächst in den Druck gehende neue Leitlinie – und vor allem die Änderungen – vor.

Leitlinien sind danach Hilfen für den behandelnden Arzt. Sie geben Empfehlungen auf der Basis der aussagekräftigsten wissenschaftlichen Studien und der dort gewonnenen Daten zu den auf den Prüfstand gestellten diagnostischen oder therapeutischen Verfahren.

Diese Leitlinien sind eine Hilfe, aber sie ersetzen den Arzt und seine Erfahrung nicht. Das heißt, der behandelnde Arzt kann durchaus von der Leitlinie abweichen und das kann auch richtig sein, wenn in einer speziellen Situation ein anderer Weg besser für den Patienten ist.

Es gibt weltweit eine Reihe von Leitlinien zu Asthma und COPD. Nach einem kurzen Überblick ging er dann auf die noch nicht gedruckt vorliegende, aber bereits zum Verlag geschickte neue Deutsche Leitlinie ein.

Diese Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga, der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin wurde gemeinsam mit den österreichischen Kollegen erarbeitet. Weltweit am meisten verbreitet ist die Asthmaleitlinie von GINA (Global Initiative for Asthma), einer globalen Initiative für Asthma. Diese wird jährlich auf den neuesten Stand gebracht. Das ist ein riesiger Aufwand, der in Deutschland nicht in dieser Zeit geleistet werden kann. Dafür beinhaltet sie die Besonderheiten einer Therapie in Deutschland mit den hier verfügbaren Medikamenten, der speziellen Versorgungssituation und ist angepasst an das deutsche Gesundheitssystem mit seiner Versorgung über

Hausärzte, Fachärzte, über Kliniken bis hin zur Rehabilitation. Dies erklärt, warum eine jeweilige Neufassung mit einer Sichtung und Bewertung von vielen hundert Studien, einige Jahre Arbeit benötigt.

Die nationale Versorgungsleitlinie (NVL) ist eine deutschsprachige Leitlinie, die wiederum speziell für die Situation in Deutschland erarbeitet wird, sich aber primär an die Allgemeinärzte richtet – während sich die von ihm hier vorgestellte gemeinsame Leitlinie an die Fachärzte richtet. Dabei ist es wichtig, dass die Patienten und auch Ihre Angehörigen nicht nur wissen können, sondern auch sollen, wie und womit Asthma behandelt werden kann. Daher werden diese Leitlinien nicht nur in „Medizinerdeutsch“ erscheinen, sondern auch in einer patientenverständlichen Fassung, so dass auch zu Hause nachgelesen werden kann, was ärztlich empfohlen wurde.

Asthma in den Atemwegen:

Asthma – ist eine Erkrankung, die in Deutschland bei ca. 5 % aller Erwachsenen und etwa 10 % der Kinder vorkommt. Eine Entzündung der Atemwege, die gekennzeichnet ist durch eine Enge der Atemwege, d.h. Obstruktion, die wechselhaft sein kann und die – sehr häufig – einhergeht mit einer *Überempfindlichkeit* der Atemwege.

Was spürt der Patient mit Asthma? **Atemnot**, häufig anfallsartig, auch in der Nacht und in den frühen Morgenstunden. Mitunter auch **Husten** und zäher **Auswurf** (AHA-Regel).

Bei starker Ausprägung sind die Atemwege sehr stark durch zähen Schleim und ihre Schleimhaut durch entzündliche Veränderungen, eine Verkrampfung ihrer Muskulatur, stark angeschwollen. Sie können sogar von zähen Schleimpfropfen verschlossen werden. Normalerweise sind die Atemwege jedoch weit und gut luftdurchlässig.

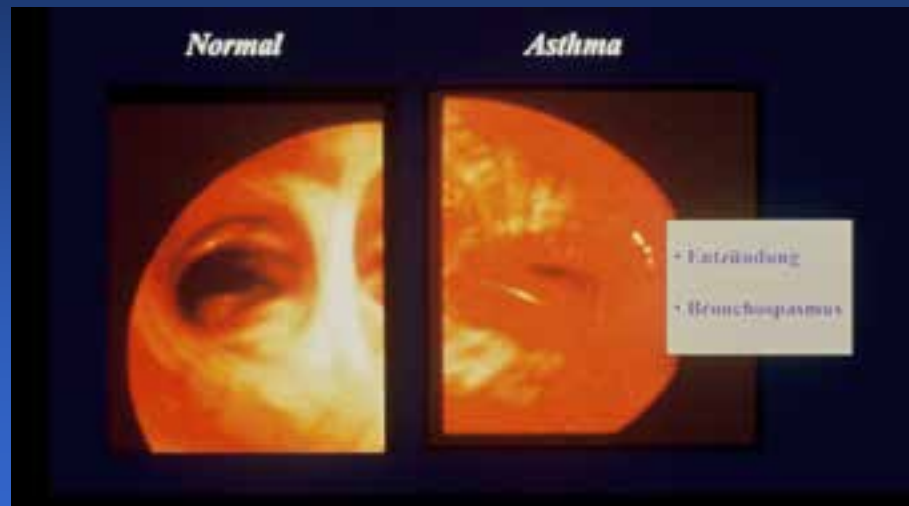
Das sind im Wesentlichen die Beschwerden, die auf ein Asthma hinweisen. Zur Klärung wird jedoch eine

Asthma bronchiale

Entzündliche Erkrankung der Atemwege,
charakterisiert durch bronchiale Hyperreaktivität
und variable Atemwegsobstruktion

- Symptome -

- Anfallsartig auftretende Atemnot
- Husten, Giemen
- Glasig-zähes Sputum



Lungenfunktion benötigt, mit der die Enge der Atemwege untersucht und bestimmt werden kann. Dafür sind zwei Werte erforderlich:

- *das Lungenvolumen*, das ist die Menge an Luft, die man zwischen maximaler Aus- und Einatmung hin- und her bewegen kann, die sogenannte *Vitalkapazität* und den
- *Atemstoßwert FEV₁*, das ist Luftvolumen, das man nach tiefster Einatmung, wenn man sich gewaltig anstrengt, in der ersten Sekunde der Ausatmung ausatmet.

Alle früheren Deutschen Leitlinien gingen als Kriterium von einem FEV₁-Wert unter 70 % aus. Das heißt, dass man in der ersten Sekunde der Ausatmung unter 70 % der Vitalkapazität als Gesunder wieder ausatmen kann. Bei bestehendem Asthma, d.h. bei einer Enge der Atemwege, kann nicht so viel Luft innerhalb einer Sekunde ausgeatmet werden und der Wert liegt daher deutlich unter 70 %.

Neu in der kommenden Deutschen Leitlinie ist, dass diese 70 % beim FEV₁-Wert nicht mehr der Dreh- und Angelpunkt sind. Dieser Wert stimmt bei einem 50-Jährigen Erwachsenen ziemlich gut – jedoch meist

nicht bei einem 80-Jährigen. Fälschlich wurden dann häufig Patienten „krank gemacht“, weil eben diese 70 %-Grenze nicht in jedem Lebensalter zutreffend war.

Bei *Kindern* ist es umgekehrt: Da werden Kinder, mit einem FEV₁-Wert von 75 % als gesund bezeichnet und sind in Wirklichkeit krank. Daher wurden *neue Norm- oder Sollwerte*, „lower limits of normal“ erhoben, die bei deutschen Patienten und bei Gesunden ermittelt wurden. Dies gilt auch für höhere Lebensalter, z.B. über 80 Jahre. In der neuen Leitlinie werden diese Werte zu Grunde gelegt, um klar entscheiden zu können, ob eine krankheitsbedingte Enge der Atemwege vorliegt oder nicht.

Wenn nun die Diagnose Asthma gesichert werden soll, werden zuerst die typischen Beschwerden: *Anfallsartig auftretende Atemnot* in erster Linie erfragt. Die körperliche Untersuchung zeigt, ob die Lunge überbläht, oder ob die Ausatmung behindert ist. Diese können aber auch ganz normal sein. Daher ist eine *Lungenfunktion* unbedingt erforderlich. Sie hilft zu erkennen, ob die Atemwege eingengt sind. So kann nach Inhalation eines atemwegserweiternden Medikamentes überprüft werden, ob sich die Atemwege bei seiner Anwendung wieder erweitern und die Atmung verbessert wird.

Im Lungenfunktionslabor kann die bei Asthma typische *Überempfindlichkeit der Atemwege* gemessen werden. Überempfindlichkeit heißt, dass ein Asthmatiker empfindlicher, bzw. stärker, auf *Reize wie Allergene, kalte Luft, Gase, Dämpfe* mit einer Verengung seiner Atemwege reagiert als ein Gesunder.

Neuerungen der Deutschen Asthmaleitlinie:

Heute wird gezielt nach Hinweisen auf eine chronische Entzündung der Atemwege gesucht. Ihre jeweilige Ausprägung und *spezielle Asthmaformen* (Subtypen) sind dabei stärker im Fokus als bisher.

Dies gilt z.B. für bestimmte Zellen im Blutbild, die sich mit einem speziellen Farbstoff rot anfärben lassen: Die *eosinophilen* Zellen. Hinzu kommt die NO-Konzentration (Stickstoffmonoxid) in der Ausatemluft. Sie kann man inzwischen bei vielen Lungenärzten relativ einfach messen. Eine Erhöhung findet sich typischerweise bei einem bestehenden Asthma, ganz besonders aber beim allergischen Asthma. Zeigt die NO-Messung in der Ausatemluft Werte um oder über 50 ppb (Teile pro Million), so ist das ein Hinweis, aber kein Beweis für ein bestehendes Asthma.

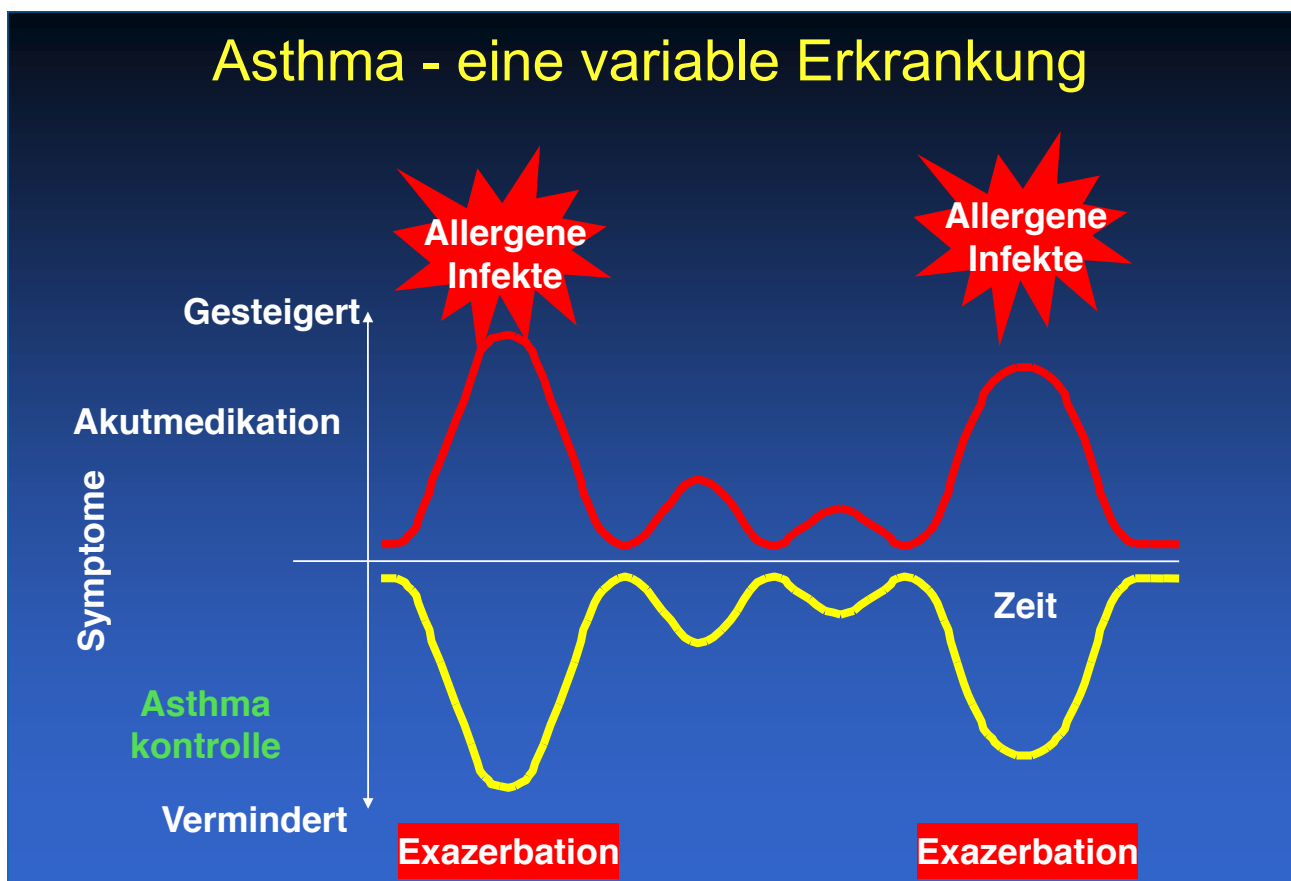
Dieser Hinweis kann die Verdachtsdiagnose Asthma unterstützen. Bei diesen Patienten findet sich meist

eine gute Wirksamkeit von *inhalativem* Kortison. Tritt nach zwei bis drei Wochen keine Besserung ein, ist zu überprüfen, ob der Patient sein Kortison richtig oder überhaupt inhaliert!

So kann teilweise überprüft werden, ob das verordnete Medikament auch angewandt wird oder nicht. Dies ist besonders beim Kortison, nach dessen Inhalation man keinen unmittelbaren Effekt bemerkt, ein großes Problem. Zusätzlich kann aber auch diese NO-Konzentrationsbestimmung in der Ausatemluft zur „Steuerung“ der Therapie – ergänzend zu den Peak-Flow-Messungen und der Erhebung der Asthma-Beschwerden – durchaus nützlich sein. Es muss ja – insbesondere beim älteren Menschen – unterschieden werden zwischen Asthma bronchiale und einer COPD. Das ist nicht immer einfach.

Unterschiede zwischen Asthma und COPD

Typisch für ein Asthma bronchiale ist der Beginn in der Kindheit oder Jugend. COPD ist regelhaft eine Erkrankung der zweiten Lebenshälfte und häufig eine Folge langjährigen Zigarettenrauchens. Rauchen ist bei Asthma verschlimmernd, jedoch meist nicht Ursache wie bei der COPD. Allergien spielen beim Asthma eine viel größere Rolle als bei der COPD. Auch der Verlauf beim Asthma ist anders: Die Beschwerden



Leitliniengerechte Asthmatherapie

Medikamente

Nichtmedikamentöse Maßnahmen

- Patientenschulung (↑↑↑)
- Körperliches Training (Schulsport, Lungensportgruppen) (↑↑)
- Physiotherapeutische Atemtherapie als flankierende Maßnahme (↔)

sind *viel variabler*, was auch für die Einschränkung der Lungenfunktion gilt. Bei der COPD besteht eine dauerhafte *Einengung der Atemwege*, die im Laufe der Zeit zunimmt und dem Patienten das Atmen immer schwerer macht.

Die Überempfindlichkeit der Atemwege beim Asthma kann meist sehr gut mit Kortison behandelt werden. Dies ist ein wichtiger Unterschied in der Behandlung einer COPD: Hier ist die *Art der Entzündung* eine andere und nur etwa 10 % der Patienten profitieren von inhalativen Kortikosteroiden. Inzwischen hat man auch eine *Überlappungsgruppe* zwischen den beiden Krankheiten Asthma und COPD charakterisiert. Diese bezeichnet man daher als „Asthma-COPD overlap“ (Überlappung, Überschneidung). Als eigenständiges Krankheitsbild bezeichnet man diese jedoch nicht mehr.

Die Behandlung von Asthma:

Leider kann man Asthma nicht heilen. Jedoch kann man diese Krankheit in Schach halten, d.h. ihre Symptome *optimal kontrollieren*. Optimale Kontrolle bedeutet: Der Patient ist nahezu beschwerdefrei und in seiner körperlichen Aktivität nicht eingeschränkt. Das bedeutet, er muss möglichst wenig sein Bedarfs- oder Notfallspray benutzen. Das spricht für eine gute Kontrolle, oder wie es jetzt in der neuen Asthma-Leitlinie heißen wird: Ein gut kontrolliertes Asthma.

Ziel ist, dass sich die Krankheit nicht verschlechtert, d.h. stabil bleibt und es zu keinen *Exazerbationen* kommt. Wichtig ist auch, dass die medikamentöse Behandlung möglichst wenige Nebenwirkungen (unerwünschte Wirkungen) verursacht. Ziel bleibt es, eine möglichst alters- und normgerechte Lungenfunktion zu erhalten. Dies ist beim Asthmatiker und einem öfters sehr wechselhaften Krankheitsverlauf nicht immer einfach. Wenn bei einem allergischen Asthma Allergene eingeatmet werden, kann sich die Situation nicht nur schnell, sondern sogar dramatisch verschlechtern. Ein akuter Atemnotanfall, d.h. eine schwere Exazerbation, erfordert dann sofortige ärztliche Behandlung.

Es gibt aber auch Krankheitsphasen, in denen ein Asthmatiker gut behandelt nahezu beschwerdefrei ist. Hier gilt es die Behandlung entsprechend anzupassen. Sie muss intensiviert werden bei Zunahme der Beschwerden. Aber sie kann auch reduziert werden, wenn das Asthma stabil, d.h. gut kontrolliert ist. Dies geht nur, wenn der Patient zugleich Partner des Arztes ist und entsprechend mitwirkt.

Neben den allgemein gut wirksamen Medikamenten gibt es eine Reihe nicht medikamentöser Maßnahmen, die ähnlich wirksam sind, die teilweise in Deutschland aber noch zu wenig genutzt werden. Die *Patientenschulung* ist ein ganz wichtiges Element, ebenso die

Medikamentöse Behandlung von Asthma

Ziel: - Bestmögliche **Asthma-Kontrolle** durch Unterdrückung der asthmatischen Entzündung,

- Verminderung der Überreaktion der Atemwege
- Verringerung der Atemwegseinengung (Obstruktion).
- Einteilung der Medikamente nach:
Daueranwendung und Bedarfsanwendung.
- **Anwendung als Inhalation**, da so höhere Konzentration in der Lunge und meist weniger Nebenwirkungen.
- **Stufenplan** nach Schweregrad der Erkrankung Häufigkeit der Anwendung zur bestmöglichen Asthmabeherrschung.
- **Medikamentenreduktion** bei stabilem Asthma über längere Zeit

Bewegungstherapie und das *körperliche Training* (Lungensport). Asthmatiker sollten fast immer, z.B. als Kinder, am Schulsport teilnehmen. Voraussetzung ist jedoch ein stabiles Asthma, das gut kontrolliert ist. Auch die Atemphysiotherapie ist bei Asthma sehr hilfreich.

Wichtigste Basis der Behandlung sind die in der Regel inhalative Medikamente. Zum einen sind es Medikamente, meist inhalatives Kortison, das die dem Asthma zugrundeliegende Entzündung in Schach hält. Es ist die Basis in der Behandlung und für die Kontrolle der Erkrankung. Durch die inhalative Anwendung gelangen sie direkt in das „Zielorgan“ Lunge. Dies ermöglicht eine sehr deutliche Reduktion ihrer Dosis im Vergleich zur Einnahme als Tablette. Allerdings: Raucher benötigen weit mehr inhalatives Kortison – z.B. in einer Studie das Fünffache – um eine vergleichbare Wirksamkeit zu erzielen. Hier ist auch das Rauchen ein Problem!

Inhalation heißt aber auch, dass man diese Technik beherrschen können muss. Daher sollte jeder Patient mit einer inhalatonspflichtigen Atemwegserkrankung ausführlich geschult und seine Inhalationstechnik in Abständen überprüft werden.

Immer gilt, die Dosis der Medikamente soll der Schwere der Erkrankung angepasst werden. Dies bedeu-

tet eine Erhöhung der Zahl der Inhalationen oder ihrer Dosierung bei Verschlechterung der Erkrankung. Andererseits wird aber auch eine Reduktion beim Erreichen einer längerfristig stabilen, d.h. gut kontrollierten Krankheit meist möglich.

Beim *allergischen Asthma* gibt es zusätzlich die Möglichkeit, den Organismus durch eine Hyposensibilisierung mit einer spezifischen Immuntherapie „umzustimmen“. Diese Therapie ist nur beim allergischen Asthma und nur bei einem Teil der Patienten möglich. Allergenkarrenz heißt, dass man das Allergen, wenn es als Ursache des Asthmas gesichert ist, praktisch aus dem Bereich des allergischen Patienten entfernt. Das ist nicht immer einfach oder möglich.

Neben dem inhalativen Kortison werden ebenfalls inhalativ *Atemwegserweiterer* eingesetzt. Diese bewirken eine Erweiterung der Bronchien, d.h. der Atemwege, auf unterschiedliche Weise. Zum einen sind dies die *Beta2-Sympathomimetika* – oder auch *Beta-Mimetika*. Sie bewirken über die Beta2-Rezeptoren eine Erschlaffung der Muskulatur der Atemwege und stellen damit die Atemwege weit. Zum anderen sind es die *Anticholinergika*, die den Vagusnerv hemmen und damit auch zu einer Erweiterung der Atemwege führen.

Beta-Mimetika werden häufig abgekürzt als SABA oder LABA:

- SABA steht für kurzwirksame *Beta-Mimetika* und
- LABA für langwirksame *Beta-Mimetika*.

Bei den *Anticholinergika* heißt es ähnlich:

- SAMA sind die kurzwirksamen,
- LAMA die langwirksamen Anticholinergika.

Kurzwirksam bedeutet dabei etwa sechs Stunden Wirkdauer, bei den Anticholinergika vielleicht auch acht Stunden. Die langwirksamen Substanzen sind zwölf oder sogar vierundzwanzig Stunden lang wirksam.

Hinzukommen die *Kombinationspräparate*, wie z.B. ein:

- Inhalatives Kortison (ICS) und langwirksames Beta-Mimetikum (LABA)

Die Vielfalt der Präparate aus diesen wenigen Wirkstoffgruppen macht die richtige Auswahl den behandelnden Ärzten oft schwer. Es gilt zu verhindern, dass nicht zwei gleiche Wirkstoffe lediglich mit anderen Präparate-Namen gleichzeitig verordnet und inhaliert werden.

Im Fall einer akuten Atemnot sind die raschwirksamen Beta-Mimetika wie Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin und auch Formoterol, am wirksamsten. Letzteres wirkt zusätzlich auch lang. Dies sind die Medikamente der ersten Wahl im Fall einer plötzlichen Verschlechterung. Es gibt aber auch Alternativen bei Nichtverträglichkeit von Beta-Mimetika. Jedoch sind diese Alternativen meist Medikamente mit schwächerer Wirksamkeit oder langsamerem Wirkungseintritt. Sie sollten in der Regel nur ausnahmsweise eingesetzt werden.

Die Steuerung der Behandlung erfolgt heute nach dem Grad der *Asthmakontrolle*. In jeder Patientenschulung erfährt man, was es mit den *Ampelfarben* Grün, Gelb und Rot auf sich hat.

- **Grün** heißt, der Patient befindet sich im grünen Bereich: Er ist gut kontrolliert, es sind keine weiteren Maßnahmen erforderlich.
- **Gelb** heißt, dass die Krankheit (sprich Atemnot) nicht so gut kontrolliert ist, dass sie nicht vollständig stabil ist, dass noch immer Beschwerden da sind. Dann muss man überlegen, die Medikamentendosis zu erhöhen oder zusätzliche Medikamente einzusetzen.

- **Rot** heißt unkontrolliert. Hier sind Sofortmaßnahmen – ärztliche Hilfe(!) – erforderlich.

Wichtig ist, dass es unterschiedliche Inhalte dieser Aussagen gibt:

Bei *Kindern* wird eine ganz strikte Kontrolle gefordert. Der Patient darf keine Beschwerden haben, weder am Tage noch in der Nacht und keine Notfallmedikation benötigen. Das Kind soll in seiner Aktivität nicht eingeschränkt sein, die Lungenfunktion soll normal sein, erst dann befindet sich das Kind im grünen Bereich, d.h. sein Asthma ist stabil und damit gut kontrolliert.

Bei den *Erwachsenen* ist es zulässig, gelegentlich, d.h. ein- bis zweimal pro Woche, Beschwerden tagsüber zu haben und auch sein Bedarfspray bis zu zweimal pro Woche anzuwenden.

Wenn nur *eines* oder schon *zwei* dieser Kriterien nicht erfüllt sind, dann spricht man von einem *teilweise kontrollierten Asthma*. Bei mindestens *drei* nicht erfüllten Kriterien sind *Sofortmaßnahmen* erforderlich.

Die **Langzeitbehandlung von Asthma** erfolgt nach einem fünfstufigen Schema. Es ist praktisch eine Treppe, die man sowohl hinauf- als auch hinuntergehen kann. Das heißt, man kann die Medikamentendosis erhöhen, d.h. verstärken oder auch vermindern. Das hängt in erster Linie vom individuellen Beschwerdebild ab.

Im *Bedarfsfall* werden Medikamente wie die kurzwirksamen Beta-Mimetika, die sehr rasch wirken eingesetzt. Alternativ ist auch eine *Kombination aus inhalativem Kortison und einem rasch und gleichzeitig langwirksamen Beta-Mimetikum*, möglich. Diese setzt man auch bei den höheren Asthma-Schweregraden ein, wenn ein Patient zusätzlich ein inhalatives Kortison dauerhaft benötigt.

Bei Patienten, die sehr selten Beschwerden haben, kann erwogen werden, ein ganz niedrig dosiertes inhalatives Kortison einzusetzen. Alternativ kann vor allem bei *Kindern und Jugendlichen*, *statt eines inhalativen Kortisons (ICS) auch Montelukast*, ein Leukotrienerzeptor-Antagonist (LTRA), der ebenfalls entzündungshemmend wirkt, eingesetzt werden. Dies ist ein Medikament, das häufig bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt wird, um ein inhalatives Kortison und die mögliche Beeinträchtigung des Längenwachstums beim Kind zu vermeiden. Die Differenz kann durchaus 1-2 cm betragen.

Asthma-Behandlung heute ist mehr als nur die Anwendung von Medikamenten

- Ausführliche Schulung des Patienten
- Selbstständige Kontrolle des Schweregrades der eigenen Erkrankung durch z.B. Peak-Flow und Asthma-Tagebuch
- Vermeidung von Krankheits-Auslösern, z.B. bei Allergie
- Absprache eines persönlichen Behandlungsplanes für die Langzeittherapie
- Absprache der Behandlung bei Asthma-Anfällen (Exazerbationen)
- Gewährleistung der regelmäßigen Krankheitskontrolle

Bei den meisten Patienten wird eine Kombination aus inhalativem Kortison mit einem Beta-Mimetikum eingesetzt. Diese Kombination hilft sehr vielen Patienten ihr Asthma zu kontrollieren, wobei das inhalative Kortison möglichst niedrig dosiert wird. Wenn dies nicht ausreicht, wird es höher dosiert. Bei Erwachsenen besteht die Möglichkeit zusätzlich Tiotropium, das in der COPD-Therapie sehr weit eingesetzt wird, d.h. Spiriva, auch beim Asthma einzusetzen. In Deutschland ist es in dieser Altersgruppe nicht zugelassen. Bei Erwachsenen ist es jedoch eine gute Alternative, das langwirksame Beta-Mimetikum in der Kombination mit einem inhalativem Kortison, durch Tiotropium zu ersetzen.

Neuerdings gibt es weitere Möglichkeiten, je nachdem welcher spezielle Asthmatyp, Phänotyp, vorliegt. Dazu gehören *Antikörper*, d.h. gentechnisch hergestellte Antikörper, die in die Entzündungsprozesse beim Asthma eingreifen. Beim allergischem Asthma sind oft die IgE- oder IL-5- Werte erhöht. Erste Antikörper sind hierfür in Deutschland inzwischen zugelassen und weitere werden folgen.

Ihr Einsatzgebiet sind gezielt Patienten mit einem schweren Asthma. Ein Problem dabei ist die richtige Definition von schwerem Asthma:

- Schweres Asthma kann bedeuten, dass ein Patient sehr ausgeprägte Beschwerden hat, aber bisher nicht behandelt wurde.
- Schweres Asthma kann bedeuten, dass der Patient ein gut behandelbares Asthma hat, aber seine Medikamente nicht nimmt. Das sind bis zu drei Viertel dieser Patienten – also ein riesiger Prozentsatz.
- Es kann aber sein, dass das Asthma tatsächlich sehr schwer ist und es muss überlegt werden, ob es spezielle Behandlungsmöglichkeiten gibt. Diese relativ wenigen Patienten sind besonders gefährdet. Sie haben häufig akute Verschlechterungen, die sehr schwer sein können und dann eine notfallmäßige Aufnahme auf der Intensivstation erfordern. Gleichzeitig besteht ein hoher Bedarf an Notfallmedikamenten und ein schlechtes Ansprechen von Kortison.

Hier muss geklärt werden: Können *Asthmaauslöser* oder *-verstärker* beseitigt oder vermieden werden? Wird auch *richtig und häufig genug inhaliert*? Dies ist ein entscheidender Punkt bei der täglichen Anwendung. Erst wenn dies alles bejaht werden kann, der

Patient optimal mit der für ihn richtigen Therapie aus inhalativem Kortison und Beta-Mimetikum eingestellt ist, und oder auch das inhalative Kortison erhöht wurde, kann überlegt werden, diese zusätzlichen Medikamente einzusetzen.

Es gibt Patienten mit allergischem Asthma, die sehr gut auf einen Antikörper gegen das *Immunglobulin E* ansprechen, das Omalizumab. In Deutschland ist es als Xolair® im Handel und für Erwachsene und Kinder ab 6 Jahren und Jugendliche durchaus einsetzbar, bevor man Kortison als Dauertherapie einsetzt.

Es gibt Patienten, die haben kein allergisches Asthma, aber eine hohe Zahl an eosinophilen Zellen im Blut. Das sind Patienten, die auch eine relativ hohe NO-Konzentration in der Ausatemluft haben. Patienten, die gut ansprechen sowohl auf Kortison, aber auch auf die neueren Antikörper, die sogenannten Anti-IL 5-Medikamente, die Antikörper gegen das Interleukin-5. In Deutschland sind Mepolizumab (Nucala®) oder auch Reslizumab (Cinqaero®) auf dem Markt. Diese Medikamente können helfen, akute Verschlechterungen deutlich zu vermindern und damit ohne Kortisontabletten mit ihren vielen Langzeit-Nebenwirkungen auszukommen.

Ein Punkt zu den Inhalatoren: Es werden immer mehr. Ihre Zahl wird immer unübersichtlicher. Deswegen ist es für jeden Patienten wichtig, sich mit der jeweils speziellen Handhabung auszukennen und diese zu beherrschen. Mit dem behandelnden Arzt oder dem Praxispersonal sollte dies besprochen, demonstriert und geübt und in größeren Zeitabständen überprüft werden. Als Patient kann man zu Hause mit einem für jeden Inhalator erstellten Video der Deutschen Atemwegsliga, das man im Internet abrufen kann (www.atemwegsliga.de), dann selbst seine richtige Inhalation üben und überprüfen.

Patientenschulungen

Ein Asthmatiker kann nur dann optimal behandelt werden, wenn er selbst in der Lage ist, Verschlechterungen seiner Erkrankung zu erkennen und dann auch gezielt darauf zu reagieren.

Das ist gerade bei Asthma mit seinem oft wechselhaften Verlauf sehr wichtig. Daher ist die Patientenschulung bei Asthma ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung. Als Patient sollte man seine Medikamente kennen. Man sollte wissen, welches Medikament man bei Bedarf einsetzen kann, welches schnell

wirkt und was man als Dauermedikation anwendet. Man muss plötzliche Verschlechterungen erkennen können und man muss seine Medikamente richtig und häufig genug inhalieren können. Man sollte in der Lage sein, anhand seiner Beschwerden und der Peak-Flow-Werte zu erkennen, ob die aktuelle Enge der Atemwege zunimmt oder nicht.

Der wichtigste Punkt: Man sollte in der Lage sein, selbst seine Medikamente an die jeweilige Krankheitsschwere anzupassen. Dazu benötigt man ein *Peak-Flow-Meter*, mit dem man die aktuelle Enge (Bronchospastik) der Atemwege selbst zu Hause bestimmen kann. Mit dem Peak-Flow-Meter misst man die maximale Atemstromstärke bei der Ausatmung. Als Patient benötigt man ein Tagebuch, in das man seine Krankheitssymptome und auch die jeweiligen Peak-Flow-Werte eintragen kann. Vor allem benötigt wird aber ein Notfallplan: Was mache ich konkret, wenn meine Peak-Flow-Werte z.B. um 20 % Prozent vom eigenem Best-Wert abfallen. Dies sind die wesentlichen Elemente der sehr wichtigen Patientenschulung.

Tagebücher sind z.B. bei der Deutschen Atemwegsliga zu erhalten. Der grüne Bereich steht für den persönlichen Bestwert, der Patient unter optimaler Behandlung erreicht. Optimal ist er behandelt, wenn er sich zwischen 80 und 100 % bewegt.

Wenn die Werte immer schlechter werden, d.h. die Peak-Flow-Werte abfallen, ist dies ein Zeichen für eine Verschlechterung der Krankheit und ein Hinweis auf eine erforderliche Intensivierung der Behandlung durch Einsatz des Bedarfsprays.

Der gut geschulte Patient erkennt und weiß, wie und wann er auf Krankheitsveränderungen reagieren muss. Dies ist in vielen Studien belegt. Eine strukturierte Schulung und konkrete Aktionspläne, die man als betroffener Patient von seinem behandelnden Arzt erhält und auch zu Hause beherrscht, bedeuten, dass man sein Asthma gut „im Griff“ hat. Es reicht nicht, dass man als Patient nur ein Blatt Papier ausgehändigt bekommt. Man muss seinen Notfallplan wirklich kennen und auch wissen, was wann zu tun ist. Nachweislich werden so Krankenhausaufenthalte, Notfallbehandlungen und akute Verschlechterungen deutlich verringert. Als Patient, der sich selbst helfen kann, verliert man auch die Angst vor der Attacke, vor dem Asthma-Anfall und gewinnt aktiv Lebensqualität zurück.

Was muss der Asthma-Patient lernen?

- richtige Inhalationstechnik
- Unterscheidung zwischen Dauer- und Bedarfsmedikation
- Erkennen einer plötzlichen Asthma-Verschlechterung und möglichst auch deren Auslöser
- Peak-Flow-Messung und Dokumentation, z.B. im Asthma-Tagebuch der Deutschen Atemwegliga
- Selbsthilfemaßnahmen und Anpassung der Medikamente an den jeweiligen Schweregrad der Erkrankung

Asthma bedeutet: Als Patient in die eigene Behandlung einer chronischen Krankheit als mündiger Patient aktiv einbezogen zu sein. Es geht darum, die Kontrolle über die eigene Erkrankung zu gewinnen und zu erkennen, wann und ob sie schlechter wird. Letztlich geht es um einen individuellen Therapieplan für jeden einzelnen Patienten – nämlich Sie! – und natürlich auch um Verlaufskontrollen, die regelmäßig durchgeführt werden.

Soweit zum Asthma und der kommenden neuen Deutschen Leitlinie.

Fortsetzung mit der künftigen COPD-Leitlinie und Teil II des Berichtes in der nächsten Luftpost.

Der Autor:

Dr. med. Michael Köhler
Vorsitzender der DPLA



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**



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.

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

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

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



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

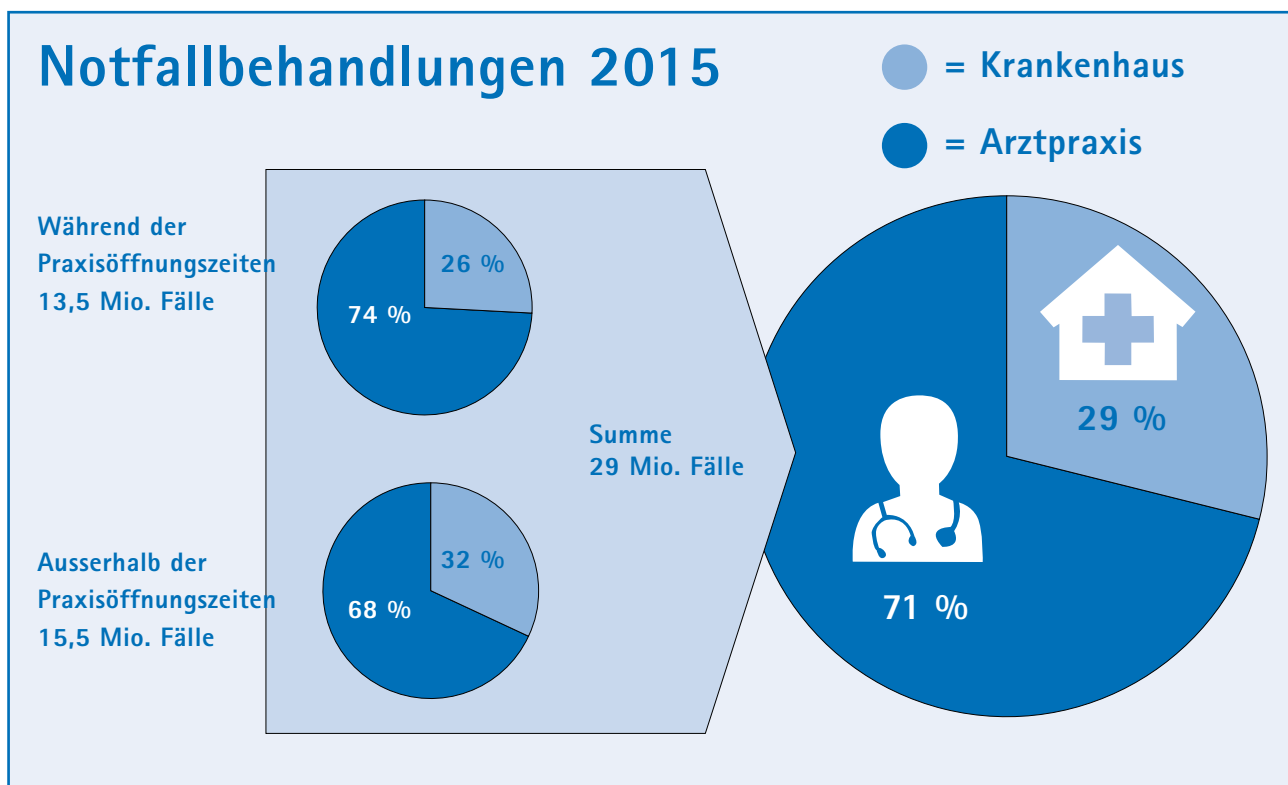
Notfallbehandlungen 2015

116 117 – Die Nummer, die hilft, hatten wir sie in der „Luftpost“-Sommerausgabe genannt. Nun gibt es auch die Daten für die Notfallbehandlungen in Deutschland im Jahr 2015.

Da niedergelassene Ärzte normalerweise nicht 24 Stunden in ihrer Praxis tätig sind, ist diese *bundesweit einheitliche Zentralrufnummer* von den 17 kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen worden. Sie zeigt, dass die insgesamt *29 Millionen Notfallbehandlungen 2015* überwiegend außerhalb der Praxisöffnungszeiten durchgeführt wurden. Dies waren 15,5 Millionen Fälle, von denen fast 9 Millionen (!) in die Krankenhäuser und ihre Notfallambulanzen gingen.

Diese zentrale Nummer hilft, dass jeder, als echter medizinischer Notfall, auch im Krankenhaus umgehend entsprechend versorgt werden kann. Jeder andere Patient, der ein akutes medizinisches Problem außerhalb der Sprechstunden seines behandelnden Arztes hat, bekommt mit dieser Nummer schnell und zuverlässig einen Ansprechpartner in seiner Region genannt.

Halten Sie mit der verantwortungsvollen Nutzung der 116 117 Nummer die Rettungsgasse ins Krankenhaus für Notfälle frei!



COPD und Asthma weltweit



Foto: Fotolia / Kate

Doppelt so viele Menschen sind weltweit von Asthma bronchiale betroffen, wie von der chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung, der COPD. Damit ist Asthma global gesehen die häufigste chronische Atemwegserkrankung. Die Sterblichkeit an COPD ist jedoch achtmal höher als die bei Asthma. Zu diesem Ergebnis kommt eine internationale Bestandsaufnahme, die in „Lancet Respiratory Medicine“ veröffentlicht wurde. Analysiert wurden unter anderem auch die häufigsten Ursachen der Erkrankungen.

Asthma und die chronisch obstruktive Atemwegserkrankung **COPD** sind von allen chronischen Atemwegserkrankungen am häufigsten. In einer weltweiten Bestandsaufnahme hat jetzt eine Forscher-Vereinigung, der „Chronic Respiratory Disease Collaborators“, den „Global burden of disease (GBD)“ veröffentlicht. Im Rahmen dieser weltweiten Bestandsaufnahme analysierte das Forschernetzwerk z.B., wie sich die Häufigkeit der Erkrankungen und die Sterblichkeitsraten in einem Zeitraum von 25 Jahren verändert haben. Sie untersuchten außerdem die Risikofaktoren, die ursächlich zur Krankheitsentstehung beitragen

und in welchen Ländern diese zwei Atemwegserkrankungen besonders häufig auftreten.

Drei Millionen Todesfälle durch COPD

Im Ergebnis der Untersuchungen wurden 2015 weltweit 174 Millionen Menschen mit einer COPD-Erkrankung und 358 Millionen Betroffene mit Asthma ermittelt. Im Vergleich zu 1990 stieg demnach die Zahl der insgesamt von diesen beiden Atemwegserkrankungen Betroffenen deutlich an. Nach Meinung der Autoren sei dies – zumindest teilweise – durch den Anstieg der Weltbevölkerung und eine gesamthaft älter werdende Bevölkerung bedingt. Die altersstandardisierte Häufigkeit ging jedoch seit 1990 für beide Erkrankungen zurück. Bei COPD nahm sie um rund 15 % ab und bei Asthma um fast 18 %.

COPD ist im Vergleich zu Asthma eine oft stetig fortschreitende Erkrankung. Dies wird auch durch die im untersuchten Zeitraum ansteigende Zahl der Todesfälle durch COPD belegt. Im Jahr 2015 starben insgesamt 3,2 Millionen Menschen an COPD, im Vergleich dazu, waren es bei Asthma „nur“ 400.000 Todesfälle. Verglichen mit dem

Jahr 1990 bedeutet dies einen Anstieg der COPD-Todesfälle und dagegen eine Abnahme der weltweiten Sterblichkeit durch Asthma. Jedoch war die altersstandardisierte Sterberate bei beiden Krankheitsbildern rückläufig.

Größte Risikofaktoren: Rauchen und Luftschadstoffe

Sowohl Asthma als auch COPD werden anerkanntermaßen vor allem durch eingeatmete Schadstoffe oder Allergene verursacht. Die wichtigsten COPD-Risikofaktoren sind, nach Aussage der Autoren, vor allem das inhalative Zigaretten-Rauchen und allgemein Luftschadstoffe, gefolgt von der Luftverschmutzung im Haushalt, dies vor allem in Ländern der Dritten Welt, einem Ozonanstieg und das Passivrauchen. Die Risikofaktoren für eine Asthma-Erkrankung sind weniger leicht zu klären. Rauchen und Allergene gelten jedoch zumindest als Asthmaauslöser.

Die *Krankheitslast* durch COPD und Asthma unterscheidet sich weltweit sehr stark zwischen den einzelnen Ländern. In überwiegend armen Ländern wie Lesotho, Papua Neuguinea, Indien oder Afgha-

nistan war sie für die beiden Atemwegserkrankungen hoch. Länder bzw. Regionen mit höheren Standards und Einkommen wie Europa, Nordafrika, der Mittlere Osten, China oder Japan wiesen dagegen eine geringere Krankheitshäufung auf.

Da sich die Diagnose-Kriterien, die Qualität der Datenerhebung sowie die Gesundheitssysteme und gesundheitlicher Versorgung weltweit stark unterscheiden, kann diese Studie nur als ungefährer Anhaltspunkt der wirklichen Lage gesehen werden.

*Nach einer Pressemitteilung
des Lungeninformationsdienstes*

Chiesi
People and ideas for innovation in healthcare

ATEMWEGE



NEONATOLOGIE



SELTENE ERKRANKUNGEN



TRANSPLANTATION



Das Leben festhalten – frei durchatmen.

Als familiengeführter Arzneimittelhersteller wissen wir, wie kostbar schöne Momente sind.

Dafür arbeiten wir intensiv an Medikamenten, die Menschen mit Atemwegserkrankungen wie Asthma und COPD helfen. Jeden Tag. Wir forschen weltweit, um unsere Arzneimittel und Inhalationssysteme weiter zu entwickeln. Hilfreiche Informationen rund um eine moderne, nachhaltige Therapie finden Sie unter:

www.chiesi.de/atemwege

Mehr Chiesi-Momente unter www.chiesi.de

Drei Wochen pneumologische Rehabilitation bei COPD Was bleibt davon nach einem Jahr?

von Dr. Konrad Schultz

Nach einer umfassenden pneumologischen Rehabilitation (Reha) bei der Volkskrankheit COPD sind die positiven kurzfristigen Effekte wissenschaftlich sehr gut belegt.

Deswegen gilt die pneumologische Rehabilitation als entscheidender Bestandteil der Langzeitbehandlung bei COPD. Sie ist demzufolge auch Bestandteil aller entsprechenden Therapieleitlinien. Weniger gut gesichert ist die Langzeitwirksamkeit. Zwar ist gesichert, dass die Effekte einer pneumologischen Rehabilitation über die Zeit der Trainingsdauer andauern. Dies ist jedoch insbesondere für mehrmonatige ambulante Trainingsprogramme wissenschaftlich belegt¹. Solche ambulanten Reha-Programme gibt es in Deutschland kaum, wohl aber im Ausland, z.B. in England, Italien, den Niederlanden, der Schweiz oder in den USA. Sie dauern zumeist 2 Monate oder noch länger. Bei ihnen finden aber die Anwendungen zumeist nur zwei- oder dreimal pro Woche statt.

Langzeitdaten aus der in Deutschland betriebenen Rehabilitation, insbesondere aus der stationären dreiwöchigen Rehabilitation sind deutlich spärlicher. Hier kann z. B. auf eine frühere Publikation aus der Fachklinik Allgäu in Pfronten verwiesen werden². Diese zeigte, dass die positiven Effekte der Rehabilitation bei Patienten mit COPD auch noch nach einem Jahr in einem klinisch bedeutsamen und auch statistisch nachweisbaren Ausmaß bestanden. Bei dieser Untersuchung handelte es sich jedoch um eine relativ kleine Studie, mit nicht sehr vielen Betroffenen. Hinzu kommt: In einem sogenannten Mischkollektiv wurden nicht nur COPD-Patienten, sondern auch Patienten mit Asthma bronchiale und anderen chronischen Erkrankungen der Atmungsorgane behandelt und untersucht.

Aktuelle Zahlen zur Langzeiteffektivität der stationär durchgeführten Rehatherapie bei COPD liefert jedoch die RIMCORE-Studie aus Bad Reichenhall. In dieser



Foto: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Studie wurden über 600 COPD-Patienten mit den Krankheitsschwergraden GOLD II-IV (mittelschwere bis sehr schwere COPD) behandelt, die vom Februar 2013 bis zum Juli 2014 zu einer stationären Rehabilitation aufgenommen worden waren. Alle Patienten wurden nach der dreiwöchigen pneumologischen Rehabilitation im Fachkrankenhaus im Abstand von drei Monaten über ein Jahr lang zu ihrer aktuellen Lebensqualität und der Grad ihrer Atemnot nachbefragt. Die Befragung erfolgte mit Fragebögen, die wissenschaftlich entwickelt wurden (sogenannte validierte Messinstrumente) und deren Messgenauigkeit auch anerkannt und belegt ist. Die Ergebnisse dieser Untersuchung wurden in diesem Jahr auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. und auf dem rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung im Frühjahr 2017³ in Frankfurt/Main vorgestellt.

Die **gesundheitsbezogene Lebensqualität** dieser COPD-Patienten wurde dabei mit dem „St. George's Respiratory Questionnaire“ (SRGQ) erfasst. Dies ist ein Fragebogen, der speziell für die Erfassung von Lebensqualität wissenschaftlich entwickelt und auch überprüft wurde. Er beinhaltet einen sogenannten „Gesamtscore“, der von 0 (bestmögliche Lebensqualität) bis 100 reicht (schlechtestmögliche Lebensqualität). Verbesserungen in der gemessenen Lebensqualität

¹ Ochmann U, Jörres RA, Nowak D. Long-term efficacy of pulmonary rehabilitation: a state-of-the-art review. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2012 May-Jun;32(3):117-26.

² Farin E, Opitz U, Jäckel WH, Gallenmüller K, Schwiensch M, Schultz K. Pneumologische Rehabilitation: Langzeitdaten zur Lebensqualität und Prädiktoren der Behandlungseffekte Phys Med Rehab Kuror 2009; 19: 75 – 84

³ Schultz, K., Jelusic, D., Wittmann, M., Schuler, M. Verbessert ein routinemäßiges zusätzliches Inspirationsmuskeltraining die Langzeitergebnisse der pneumologischen Rehabilitation bei COPD bzgl. Lebensqualität und Dyspnoe? 1-Jahresergebnisse der RIMTCORE-RCT. DRV-Schriften Band 111, 2017; 390-391.

tät zeigen sich durch eine Verringerung der Gesamtpunktzahl. Ab einer Verringerung um mindestens vier Punkte gilt dies als medizinisch bedeutsam. Es ist wissenschaftlich anerkannt, dass eine so ermittelte Verbesserung der Lebensqualität vom betroffenen Patienten auch tatsächlich bemerkt wird.

Die durchschnittliche Gesamtverbesserung der erhobenen „Lebensqualitätswerte“ erreichte am Ende dieser dreiwöchigen Rehabilitation fast eine Abnahme um 10 Punkte. Besonders wichtig aber war, dass auch ein Jahr nach der stationären Rehabilitation sich noch immer eine statistisch bedeutsame Verbesserung der so erfragten Lebensqualitätswerte nachweisbar war. Diese Verbesserung zeigte auch dann noch einen Behandlungserfolg von im Durchschnitt vier Punkten. Das belegt, dass die durchschnittlich erreichte Steigerung der Lebensqualität nicht nur statistisch nachweisbar, sondern auch für den so behandelten Patienten bedeutsam ist. Vergleichbares gilt für das Kriterium Atemnot.

Atemnot wurde in dieser Untersuchung mit dem TDI-Fragebogen (transition dyspnoea index) erfasst. Dabei reicht die mögliche Punkte-Skala von „-9“ (maximale Verschlechterung) bis zu „+9“ (maximale Verbesserung). Nach drei Wochen in der Rehabilitation fand sich im Durchschnitt eine Erleichterung der Atemnot um +4,8 Punkte, d.h. sie war deutlich gebessert. Ein Jahr nach der Rehabilitation betrug die Linderung der Atemnot im Durchschnitt noch immer + 2,1 Punkte, d.h. sie lag in einen Bereich, der weiterhin medizinisch und für den einzelnen Patienten bedeutsam ist.

Mit dieser Studie konnte belegt werden, dass sich die gemessenen sehr guten Ergebnisse am Ende der dreiwöchigen Rehabilitation im Fachkrankenhaus zwar nach einem Jahr zwar abgeschwächt haben, aber immer noch in einem medizinisch bedeutsamen und für den Patienten spürbaren Ausmaß gebessert haben. Die in der Rehabilitation erreichten Verbesserungen „verpuffen“ also nicht schon ein paar Wochen später zu Hause.

Einschränkend muss gesagt werden: Die erzielten Erfolge sind aber Mittelwerte, d.h. es gibt einzelne Patienten die deutlich stärker, aber auch einzelne Patienten, die deutlich geringer von ihrem Rehaaufenthalt profitiert haben. Daher lag die Frage nahe, welche Einflussfaktoren für die nachweislich über ein Jahr anhaltenden Langzeitwirkungen besonders wichtig sind.

Die Datenanalyse ergab hier zwei **Haupteinflussfaktoren**:

1. Die konsequente Weiterführung eines im Krankenhaus begonnenen körperlichen Trainings
2. Das Beibehalten des Rauchstopps
Zumindest jene Patienten, die regelmäßig im Folgejahr nach der Rehabilitation mindestens 2x pro Woche in irgendeiner Form sportlich aktiv waren, hatten ein Jahr nach der Rehabilitation immer noch eine fast gleich gut gebesserte Lebensqualität wie unmittelbar am Ende der Rehabilitation. Diese Patienten hielten also den erzielten Gewinn an Lebensqualität auch ein Jahr nach Abschluss ihrer Rehabilitation stabil.

Gleiches gilt beim Thema Rauchen. Knapp 40% dieser untersuchten Patienten (RIMTCORE-Studie) waren zu Beginn ihrer stationären Reha Raucher. Von ihnen waren über die Hälfte zum Ende der Rehabilitation aktuell Nichtraucher, d.h. sie hatten in den letzten Tagen der Rehabilitation das Rauchen aufgegeben. Knapp 40% der ursprünglichen Raucher konnten diesen Rauchverzicht dann auch über ein Jahr durchhalten, d.h. sie waren auch noch nach einem Jahr Nichtraucher. Vergleicht man ihre Lebensqualität mit jener der COPD-Patienten, die ein Jahr später immer noch rauchten, so findet sich in der Tendenz ebenfalls eine Verbesserung zu Gunsten der Patienten, die Nichtraucher geworden waren.

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass die Effekte der in Deutschland üblichen dreiwöchigen stationären Rehabilitation Rehabilitation bei Patienten mit COPD auch noch nach über einem Jahr in der Nachkontrolle in einem medizinisch bedeutsamen Ausmaß nachweisbar sind. Dies gilt umso mehr, wenn die Patienten in der Rehabilitation begonnene sportliche Aktivitäten auch weiterhin ausüben und wenn die anfangs noch rauchenden COPD-Patienten konsequent Nichtraucher geblieben sind.

Der Autor:

Dr. med. Konrad Schultz
- Med. Direktor -
Klinik Bad Reichenhall
Zentrum für Rehabilitation,
Pneumologie und Orthopädie
Salzburger Str. 8 - 11,
83435 Bad Reichenhall
Tel. 08651-709 535
Fax 08651-709 565



Asthma erhöht Risiko für Infektionen

– nicht nur in den Atemwegen



Foto: Fotolia / pstedsm1

Wer an Asthma erkrankt ist, trägt ein deutlich erhöhtes Risiko, wegen einer Infektion stationär behandelt zu werden. Dabei geht es nicht nur um Atemwegsinfektionen sondern auch um Entzündungen außerhalb der Atemwege. Besonders gefährdet sind Patienten, die schon vor ihrem 50.

Lebensjahr an Asthma erkrankt sind. Zu diesem Ergebnis kommt eine groß angelegte dänische Studie mit über 100.000 Teilnehmern aus der Allgemeinbevölkerung. Die Ergebnisse sind in der Fachzeitschrift 'Journal of Internal Medicine' veröffentlicht.

ANZEIGE



Sauerstoff immer und überall

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

NEU 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 10 Liter

3 3 Liter

4 4 Liter

5 5 Liter

2 l/min
permanente
6 Stunden

3 l/min
permanente
9 Stunden

5 l/min
permanente

24h
Notdienst

URLAUBS
versorgung

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

Das Wissenschaftler-Team hatte die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer bis zu 23 Jahre lang begleitet. Die Forscher erhoben den Gesundheitszustand und befragten die Teilnehmer nach ihrem Lebensstil, insbesondere dem Rauchverhalten. Während des Beobachtungszeitraums, von durchschnittlich sechs Jahren, wurden von den 105.000 Teilnehmern 11.160 Personen aufgrund einer schwerwiegenden Infektion stationär behandelt. Die 6.750 Studienteilnehmer mit einer Asthmaerkrankung hatten dabei ein deutlich höheres Risiko für eine Krankenhauseinweisung wegen einer Infektion als die Nichtasthmatiker.

Im zweiten Schritt untersuchten die Wissenschaftler Unterschiede zwischen nichtrauchenden und rauchenden Studienteilnehmern. Auch hier bestätigte sich, dass Menschen mit Asthma, die rauchen ein deutlich höheres Infektionsrisiko tragen als nichtrauchende Gesunde. Insbesondere für Asthma-Patienten, deren Erkrankung schon vor dem 50. Lebensjahr begonnen hatte, erhöhte sich das Risiko für Infektionen auch außerhalb der Atemwege, so etwa für Infektionen der Haut und der Harnwege. Dies galt gleichermaßen für Nichtraucher wie Raucher.

Daten aus Dänemark nicht unbedingt übertragbar

Dies ist die erste Studie in einer Allgemeinbevölkerung, die ein erhöhtes Infektionsrisiko für Menschen mit Asthma nachweist. Einschränkend verweisen die Autoren darauf, dass nur schwere Infektionen mit Krankenhauseinweisungen berücksichtigt wurden, und dass die Ergebnisse aus dieser dänischen Studie nicht unbedingt direkt auf andere westliche Länder zu übertragen sind.

Begründung: Die dänische Bevölkerung hat im Vergleich zu vielen anderen westlichen Ländern eine höhere Häufigkeit von allergischen Erkrankungen aber eine relativ geringe Infektionsrate.

Quelle:

*Pressemitteilung zu Schumacher, B.:
Asthma facht das Infektionsrisiko an.
In: Springer Medizin, online*

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

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

Hustentechniken – Effektiv und schonend abhusten

Wer viel husten muss, kennt die unangenehmen Begleiterscheinungen. Dieser Beitrag zeigt Ihnen, wie Sie Ihren Husten so gut wie möglich kontrollieren können.

Grundsätzlich ist **Husten ein lebenswichtiger und sinnvoller Reflex** – er schützt uns davor, Fremdkörper einzuatmen, und hilft uns dabei, Schleim aus der Lunge zu entfernen.

Im Rahmen einer chronischen Erkrankung wie **Asthma** und **COPD** kann lang andauernder Husten allerdings **viele unerwünschte Effekte** haben:

- Häufiger und unkontrollierter Husten schädigt die Flimmerhärchen (die eigentlich für die natürliche Reinigung der Lunge zuständig sind) und kann dem Lungengerüst auf Dauer die Stabilität nehmen.
- Außerdem kann er zu Kopfschmerzen, Schwindel und muskulären Verspannungen führen.

Sicher kennen Sie auch Hustenattacken, nach denen Sie völlig erschöpft sind. Aus diesen Gründen ist es wichtig, immer wieder nach Strategien zu suchen, die den Husten **so schonend und effektiv wie möglich** machen. Leichter gesagt als getan werden Sie jetzt vielleicht denken...



Lippenbremse

Richtig Husten – Strategien und Techniken

Im Folgenden stelle ich Ihnen einige Strategien und Atemtechniken vor, die quälenden Husten und seine Auswirkungen positiv beeinflussen.

Hustenreizdämpfung bei Reizhusten

Bei „trockenen“ Reizhusten, d.h. einem Husten, der keinen Schleim transportiert, können folgende Techniken sehr hilfreich sein:

- Trinken Sie – am Besten lauwarmen Tee – in kleinen Schlucken. Die warme Flüssigkeit beruhigt die gereizten Schleimhäute sehr oft.
- Versuchen Sie eine zeitlang nicht zu sprechen – der verstärkte Luftstrom beim Sprechen kann zusätzlichen Hustenreiz verursachen.
- Atmen Sie möglichst langsam durch die Nase ein. Durch die Erwärmung und Verlangsamung des Luftstroms wird der Hustenreiz gedämpft.
- Wenn das nicht ausreicht, können Sie die **Einatmung** durch den sogenannten **Nasen-Gabel-Griff** zusätzlich abbremsen. Üben Sie dafür einen vorsichtigen, seitlichen Druck auf beide Nasenlöcher mit Zeige- und Mittelfinger einer Hand aus (siehe Bild).
- Versuchen Sie ebenso langsam und kontrolliert **auszuatmen**, z.B. mit der **Lippenbremse**.



Lippenbremse



Hustenunterstützung durch Druck auf Bauch und Brustkorb

- Huffing ist für Ihre Atemwege deutlich schonender als z.B. häufiges Räuspern.

Hustenunterstützung – Die richtige Körperhaltung

Wenn Sie von einer Hustenattacke überrascht werden, ist es schwer auf eine bestimmte Haltung oder Technik zu achten. Um effektiv zu husten, ist es jedoch wichtig, dass Ihre Hustenmuskulatur gut arbeiten kann. Ein wichtiger Aspekt dabei ist Ihre Körperhaltung – **versuchen Sie möglichst aufrecht zu sitzen.**

Sie können Ihre Hustenmuskulatur zusätzlich unterstützen, indem Sie während des Hustens zusätzlich dosierten Druck auf Bauch und Brustkorb mit der Hand und dem Unterarm ausüben.

Die hier vorgeschlagenen Techniken zeigen lediglich einige Möglichkeiten, mit denen Sie Ihren quälenden Husten positiv beeinflussen, erleichtern und besser kontrollieren können. Ein Physiotherapeut, der mit dem Thema Atemphysiotherapie vertraut ist, kann Ihnen helfen, die für Sie persönlich hilfreichen Strategien zu finden und bestmöglich einzuüben.

Quelle: www.leichter-atmen.de

Huffing bei produktivem Husten

Wenn Sie produktiven Husten haben, versuchen Sie den Schleim solange wie möglich zu „sammeln“ und soweit wie möglich mundwärts zu transportieren.

Huffing:

- Wenn der Schleim schon weit oben im Hals sitzt, atmen Sie langsam und vertieft ein.
- Dann hauchen Sie bei geöffnetem Mund die Luft kräftig aus.
- Wiederholen Sie dieses Manöver höchstens 2-3x.
- Ziel ist es, möglichst viel Schleim mit möglichst wenig Hustenstößen loszuwerden.

Die Autorin:

Anja Kornblum-Hautkappe
Physiotherapeutin

Universitätsklinikum Essen (AöR)
Hufelandstraße 55
45122 Essen
Telefon: 02 01 / 72 38 54 72
E-Mail: anja.kornblum@uk-essen.de



ANZEIGE

GCE mediline

Zen-0 lite™ BLEIBEN SIE UNABHÄNGIG!
ACTIVE - INDEPENDENT - IN CONTROL

GCE GmbH
0661 8393-42
info-med-de@gcegroup.com
www.gcegroup.com



- * langlebig
- * einfache Bedienung
- * hergestellt in Europa
- * für Flugreisen geeignet
- * unabhängig und flexibel
- * geringes Gewicht - 2,5 kg
- * Atemerkennungsindikator
- * atemzuggesteuerter Modus
- * auswechselbare Molekularsiebe



der mobile
Sauerstoffkonzentratoren
NEU!
Zen-0 lite™

Pneumologische Rehabilitation 2025 – ein Blick in die nahe Zukunft.

von Professor Klaus Kenn



Dieser Beitrag versucht, die aktuelle Situation der Pneumologischen Rehabilitation in Deutschland zu skizzieren und einen möglichen Blick in die Zukunft zu werfen. Da sich das nachfolgend Gesagte nur teilweise auf gesichertes Wissen bezieht, sei vorangestellt, dass es sich verschiedentlich um eine subjektive Einschätzung des Verfassers handelt, die keinen Anspruch auf absolute Richtigkeit erhebt. Der Artikel soll aber dazu dienen, vielleicht verkrustete Strukturen oder Sichtweisen in Frage zu stellen und die unverzichtbare, gestaltende Rolle des Patienten selbst für den eigenen Krankheitsverlauf deutlich zu betonen.

Die Wirksamkeit Pneumologischer Rehabilitation (PR) insbesondere bei Patienten, die an einer COPD leiden, ist eindeutig bewiesen. Entsprechend sehen die nationalen und internationalen Behandlungsempfehlungen vor, dass dieses Behandlungsinstrument Pneumologische Rehabilitation Patienten ab dem Stadium II beziehungsweise in den Stadien B, C, D nach GOLD zugänglich sein sollte.

Etwas überspitzt kann man formulieren, dass PR, wäre sie ein Medikament, mit Sicherheit allen COPD-Patienten verordnet würde, da die positiven Effekte so eindeutig vorhanden sind. Davon sind wir in Deutschland leider noch weit entfernt.

Dies hat verschiedene Gründe. Zum einen gibt es unter den Betroffenen selbst oft *große Skepsis* oder Vorbehalte, ob eine solch aktive Therapieform für sie überhaupt durchführbar sein kann bzw. ob so etwas „denn noch lohne“. Unter vielen Ärzten, die eine PR verordnen sollten, herrscht ein erheblicher therapeutische Hoffnungslosigkeit (Nihilismus), d. h. auch sie können sich in vielen Fällen nicht vorstellen, dass bei ihrem Patienten noch etwas zu verbessern sein kann. Nicht zuletzt tragen auch die Anbieter der PR in Deutschland zu diesem Pessimismus bei, indem bei weitem nicht immer PR in der *Qualität* und *Intensität* angeboten wird, wie es sein sollte.

Was ist nun der **Auftrag der Pneumologischen Rehabilitation**? PR ist ein umfassender Behandlungsansatz, bei dem verschiedene Therapieformen (multimodal) durch therapeutisch Tätige aus unterschiedlichen Gruppen (multidisziplinär) erbracht werden muss.

Idealerweise geht dem Beginn einer PR eine sehr sorgfältige Untersuchung des einzelnen Patienten voraus, bei der festgestellt werden muss, was mögliche Ziele und Inhalte der PR sein sollen.

Die **wesentlichen Komponenten der PR** sind:

- körperliches Training,
- Schulung und
- Motivation sowie
- gemeinsame Anstrengungen des gesamten Behandlungsteams, um so
- das Gesundheitsverhalten der Betroffenen langfristig zu einem besseren, d.h. einem aktiveren Lebensstil zu verändern.

In einem Satz gesagt bedeutet dies: **Pneumologische Rehabilitation muss weit mehr sein, als lediglich einige Muskeln in Bewegung zu versetzen.**

Bei diesem Thema spielen jedoch nicht nur die Anbieter einer PR eine Rolle, sondern insbesondere der einzelne Patient selbst. So wissen wir, dass alle Anstrengungen im Rahmen einer Rehabilitation nichts bringen, wenn die Betroffenen das, was sie kennen und umzusetzen gelernt haben, nicht **dauerhaft im Lebensalltag etablieren**.

Studien haben sehr deutlich gezeigt, dass die *Lebenserwartung mit einer COPD ganz wesentlich vom Grad der körperlichen Aktivität abhängt. Jeder Patient hat sein Schicksal selbst in der Hand bzw. in den Beinen*. Dabei geht es nicht nur um Sport, sondern jeder



Schritt hin zu mehr *körperlicher Aktivität* zählt. Ideal wären 10.000 Schritte pro Tag. Das ist aber im Alltag nicht so leicht zu erreichen.

Bei der Erfassung des Aktivitätsumfangs kann man sich heute verschiedener Apps bedienen, soweit ein Smartphone zur Verfügung steht. Aber auch ein simpler, preiswerter Schrittzähler kann hier schon für genügend Nachhaltigkeit oder auf neudeutsch: feed back sorgen.

Bedacht werden muss, dass gerade COPD Patienten nicht nur an dieser Lungenerkrankung leiden, sondern auch in vielen Fällen zusätzliche Erkrankungen (Ko-Morbiditäten) aufweisen. Dies sind vor allem:

- Bluthochdruck,
- Gefäßerkrankungen (Atherosklerose),
- vermehrt Diabetes mellitus und
- Depressionen.

Von der Häufigkeit seltener, aber von der Bedeutung her nicht zu unterschätzen, erweisen sich die psychischen Begleiterkrankungen. So wissen wir, dass das Vorliegen von Angst und Depression das Ausmaß der körperlichen Aktivität wie auch die Effekte einer Pneumologischen Rehabilitation und nicht zuletzt die gesamte Lebensqualität oft ganz erheblich negativ prägen.

Unstrittig ist, dass die erzielbaren Wirkungen einer PR auch von deren Qualität abhängen. So hat ein aktueller wissenschaftlicher Studienüberblick (Cochran Review¹) ergeben, dass immer dann, wenn eine umfangreiche und hochwertige Pneumologische Rehabilitation durchgeführt wurde, die Effekte deutlich besser ausgefallen sind, als bei einer eher unerschwelligen oder weniger umfassenden Behandlung. Dies bezieht sich sowohl auf die Häufigkeit der not-



Foto: Fotolia / Kenon

wendigen Krankenseinweisungen wie auch auf die Lebenserwartung.

Was zeigt nun der Blick in das Jahr 2025?

Die Rehabilitationslandschaft muss sich dazu erheblich verändern. Zum einen benötigen wir dringend **ambulante Versorgungsstrukturen**, um z.B. in Ballungsgebieten Patienten wohnortnah eine gezielte Rehabilitation zu bieten. Daneben werden die in Deutschland vorhandenen Rehabilitationskliniken weiter ihre Bedeutung behalten. Diese sollten dann aber gezielter ausgewählt werden, um der Schwere der Erkrankung, z.B. bei COPD, durch ein entsprechend gezieltes Therapieangebot und mit pneumologischer Kenntnis effektiv zu behandeln.

Die Konsequenz wäre, dass sich die Pneumologische Rehabilitation analog wie im Krankenhaussektor schon lange üblich, nach Kliniken aufteilt, die entweder für weniger schwer Erkrankte ein allgemeines Basisprogramm anbieten und in andere, die bei fortgeschrittener Erkrankungsintensität individuell den spe-

ziellen Bedürfnissen und Erfordernissen der schwerkranken Patienten mit angepassten und intensivierten Therapieangeboten behandeln. Es kann also nicht so bleiben wie bisher. Viele Beteiligte, Patienten, Ärzte und Krankenkassen glauben, dass PR überall gleich sein kann („one size fits all“).

Das bedeutet: Nicht die nächste oder die kostengünstigste Rehabilitationsklinik ist die richtige, sondern die, die den Bedürfnissen des Einzelnen gerecht wird.

Dies muss der Patient sorgfältig bedenken und vorher prüfen, denn ihm steht in der Regel nur alle 3-4 Jahre eine PR zu. Wenn er diesen „Joker“ für eine nicht geeignete Maßnahme fehlinvestiert, geht er danach ggf. leer aus und schlimmer, er hat keine Verbesserung seiner Lebensqualität und -erwartung.

Mit Blick in eine Zukunft, in der möglicherweise nur noch Therapien zur Verfügung stehen und bezahlt werden, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist, muss von dem eingebürgerten Begriff der „Kurmedizin“

1 Internationales Netzwerk von Wissenschaftlern und Ärzten, das auf Grundlage wissenschaftlicher Daten aus hochwertigen Studien begründete medizinische Empfehlungen für diagnostische und therapeutische Entscheidungen erstellt.

HEMOCARE
Zen-0

 Ein Gerät für
 alle Anforderungen!

endgültig Abschied genommen werden. Eine qualitativ hochwertige Rehabilitation hat damit nichts zu tun. Zudem müssen die Rehabilitationsanbieter anhand von Qualitätskriterien den Nachweis dauerhafter Behandlungsqualität erbringen. Da nachgewiesen ist, dass nicht nur COPD Patienten, sondern auch Patienten z.B. mit Asthma und Lungenfibrosen von einer Pneumologischen Rehabilitation profitieren, gilt es, mit wissenschaftlichen Studien zu erarbeiten, in wieweit unterschiedliche Erkrankungen auch unterschiedliche Rehabilitationsinhalte und -ansätze benötigen. Nicht zuletzt ist es notwendig, die PR nicht als ein punktuell, zufälliges Ereignis über sich ergehen zu lassen, sondern diese als einen wichtigen Bestandteil einer gut organisierten Behandlungskette zur Verbesserung von Lebensqualität und -erwartung zu etablieren.

Oberstes Ziel muss für alle Beteiligten, insbesondere auch für den betroffenen Patienten sein, über eine langfristige Verhaltensänderung zu einem anderen, aktiveren Lebensstil zu kommen.

Der betroffene Patient selbst spielt heute und in der Zukunft die Hauptrolle. Er muss aktiv dazu beitragen, dass im Falle einer anstehenden Rehabilitation nicht irgend eine – vielleicht die am attraktivsten Ort –, sondern die für ihn am besten geeignete ausgewählt wird. „Da, wo Reha drauf steht, muss auch sinnvolle Rehabilitation durchgeführt werden“.

Vom aktiven und dauerhaften eigenverantwortlichem Tun kann die beste Pneumologische Rehabilitation die Betroffenen jedoch nicht befreien.

Der Autor:

Prof. Dr. med. Klaus Kenn
 Lehrstuhl für Pneumologische
 Rehabilitation
 Philipps Universität Marburg
 Chefarzt Pneumologie, Allergologie,
 Schlafmedizin
 Schön Klinik Berchtesgadener Land
 83471 Schönau am Königssee


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

„Wieder freier atmen und aktiver leben“

Behandlung von schwerem Asthma mit Bronchialer Thermoplastie

Weltweit sind laut aktueller Schätzungen fast 300 Mio. Menschen an Asthma erkrankt, knapp ein Fünftel der Patienten leidet unter einer besonders schweren Form: Sie haben Symptome, die nahezu täglich sowohl tagsüber als auch in der Nacht auftreten. Asthma ist damit die am häufigsten auftretende chronische Atemwegserkrankung weltweit. Wenn die gängigen Medikamente nicht mehr helfen, kann die Bronchiale Thermoplastie (BT) eine Option sein. BT ist die erste nichtmedikamentöse Behandlung von schwerem, chronischem Asthma. Seit Einführung dieser Methode im Jahr 2012 wurden bereits mehr als 500 Eingriffe in Deutschland durchgeführt. Über seine Erfahrungen mit BT berichtet Dr. Wolfgang Hohenforst-Schmidt, Leitender Oberarzt der Sektion Pneumologie im Sana Klinikum Hof.

Wie genau funktioniert die Bronchiale Thermoplastie?

Bei der Bronchialen Thermoplastie wird mit Hilfe einer Sonde ein Katheter in den Bronchus eingeführt. Ein Schnitt ist nicht erforderlich, da die BT mit einem Bronchoskop durchgeführt wird, das man durch die Nase oder den Mund einführt. Der Katheter erwärmt das überschüssige Muskelgewebe – ein wesentliches Merkmal von schwerem Asthma, das an der Entstehung der Atemnot beteiligt ist. Der Temperaturanstieg bewirkt eine teilweise Zerstörung der Muskelmasse. Die Muskulatur kann sich nach dem Eingriff nicht mehr so stark zusammenziehen. Der Patient bekommt wieder besser Luft.

Wie wird die Behandlung durchgeführt und wie lange muss der Patient in der Klinik bleiben?

Bei jedem Eingriff wird ein anderer Teil der Lunge behandelt, um Sicherheit zu gewährleisten: Notwendig sind drei Behandlungen im Abstand von jeweils vier Wochen, um der Reihe nach alle Atemwege zu behandeln. Bei uns in der Klinik dauert eine Behandlung circa 30-60 Minuten.

Die Patienten bleiben in der Regel etwa drei bis vier Tage zur Nachbeobachtung in der Klinik.

Für welche Patienten ist die Bronchiale Thermoplastie geeignet?

Das Therapieverfahren ist für alle erwachsenen Patienten ab dem 18. Lebensjahr mit nicht gut kon-



Dr. Wolfgang Hohenforst-Schmidt

trolliertem Asthma geeignet, sofern die etablierte Basistherapie ausgereizt ist und die Patienten, trotz regelmäßiger Anwendung ihrer Medikamente weiterhin nicht beschwerdefrei sind.

Wünschenswert ist zudem, dass sie in den Wochen vor der Behandlung einen weitgehend stabilen Krankheitsverlauf hatten und keine akuten Verschlechterungen ihrer Asthmaerkrankung aufgetreten sind. Lediglich bei Patienten mit Blutungsneigung, insbesondere durch blutverdünnende Medikamente, sowie Asthmatikern mit implantierten Defibrillatoren und Herzschrittmachern kann dieses Therapieverfahren regelmäßig nicht angewendet werden.

Welche Erfahrungen sind durch Studien belegt?

Langzeitstudien über fünf Jahre zeigen einen positiven Effekt. Die Patienten haben weniger Krankenhausaufenthalte, es gibt weniger Notfallsituationen, in denen eine Klinik aufgesucht werden muss und weniger Arbeitsausfälle. Dies bestätigt auch die vor wenigen Wochen publizierte PAS2 Studie an Patienten, deren Schweregrad des Asthmas noch ausgeprägter war als das der Patienten die in die Zulassungsstudien eingeschlossen wurden. Die BT führte zu einer Stabilisierung im Gesamtverlauf des schweren Asthmas, die Einnahme von Medikamenten konnte in den meisten Fällen reduziert werden.

Wie erleben die Patienten selbst die Bronchiale Thermoplastie und wie wirkt sich diese auf ihr Leben aus? Eine Patientin berichtet über ihre Erfahrungen. Sie ist im Alter von 58 Jahren aufgrund ihres sehr schlechten Gesundheitszustandes in die Pneumologie des Sana Klinikums Hof eingeliefert worden.

Wie ging es Ihnen vor der BT?

Mir ging es sehr schlecht. Ich konnte selbst in meiner Wohnung nicht mehr laufen und wurde im elektrischen Rollstuhl in die Klinik gefahren. Generell war es mir nur noch möglich, zwei Schritte zu machen. Danach musste ich Pause machen und stehen bleiben, um wieder Luft zu bekommen. Ein komplettes Jahr lang konnte ich nicht mehr rausgehen, nicht zur Atemtherapie, nicht einkaufen, es ging gar nichts mehr – ich hatte keinerlei Freude mehr am Leben. Meine erwachsenen Kinder kümmerten sich abwechselnd um mich, eines war immer bei mir, da ich mich ohne Hilfe nicht mehr versorgen konnte.

Wie hat sich der Eingriff angefühlt – vor allem die erste Behandlung?

Von der Thermoplastie selbst habe ich überhaupt nichts mitbekommen – ein Beruhigungsmittel vor dem Eingriff wollte ich nicht, denn für mich war es wichtig, bis kurz vor der Narkose alles mitzubekommen. Ich war sehr ruhig und hatte großes Vertrauen in Dr. Hohenforst-Schmidt da wir im Vorhinein gute und ausführliche Gespräche geführt hatten, in denen mir der gesamte Ablauf gut und verständlich erklärt wurde.

Was hat sich nach der Durchführung der BT in Ihrem Alltag verbessert?

Ich kann wieder alleine aus dem Haus gehen, Autofahren, alleine einkaufen und spazieren gehen. Mein Leben und mein Alltag hat sich durch die Thermoplastie um 180 Grad gedreht und enorm verbessert. Ich kann wieder selbstständig leben.

Ich kann jetzt auch wieder regelmäßig alleine zur Atemtherapie gehen. Sie ist sehr wichtig für mich, um durch eine spezielle Technik das Atmen in den Griff zu bekommen. Diese Atemtechnik ist aber nicht auf die Schnelle erlernbar, es braucht Zeit, Übung und Geduld. Die Bronchiale Thermoplastie hat mir sehr geholfen und meinem Leben wieder Qualität und Flexibilität zurückgegeben.



Abbildung: Alair Katheter zur Bronchialen Thermoplastie

An wen können sich interessierte Patienten wenden?

Derzeit wird die BT in 17 deutschen Krankenhäusern durchgeführt. Dort bekommt man ausführlich Rat. Ebenso können Sie Ihren Lungenfacharzt auf die BT ansprechen.

In den Lungenfachabteilungen der nachfolgenden Kliniken wird die Bronchiale Thermoplastie bereits angewendet:

- Zentralklinik Bad Berka
- Charité Berlin
- Universitätsklinikum Bonn
- Klinikum Bremen-Ost
- Ruhrlandklinik Essen
- Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau
- Medizinische Hochschule Hannover
- Thoraxklinik Heidelberg
- Lungenklinik Hemer
- Sana Klinikum Hof
- St. Elisabeth-Krankenhaus Jülich
- Florence Nightingale Krankenhaus Düsseldorf Kaiserswerth
- Universitätsklinikum Schleswig-Holstein / Campus Lübeck
- Universitätsklinikum Münster
- Klinikum Nürnberg Nord
- Universitätsklinikum Regensburg
- Krankenhaus vom Roten Kreuz Stuttgart

Erstattung der Stromkosten für elektrische Hilfsmittel



Foto: Fotofilia / beemedia

Krankenkassen müssen die Stromkosten für Sauerstoffkonzentratoren, Beatmungsgeräte, E-Rollstühle und andere verordnete elektrisch betriebene Hilfsmittel übernehmen. Der Anspruch auf Versorgung mit einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 S 1 SGB 5 umfasst auch die Versorgung mit der zum Betrieb des Hilfsmittels erforderlichen Energie. (BSG, Az. 3 RK 12/96).

Es gibt allerdings keine einheitliche Regelung, wie die Stromkosten für diese Hilfsmittel erstattet werden. Manche Krankenkassen haben dafür eigene Antragsformulare, bei anderen wiederum reicht ein formloses Schreiben.

Eine ausführliche Aufschlüsselung der entstehenden Stromkosten sollte in der Regel aber ausreichen die entstandenen Kosten in voller Höhe erstattet zu bekommen.

Um sicher zu gehen, dass die Stromkosten in voller Höhe erstattet werden, ist Folgendes zu tun:

Anhand des am Gerät angebrachten Typenschildes oder der beigefügten Gebrauchsanleitung kann man den Stromverbrauch des Gerätes pro Stunde ermitteln. Sollte dies nicht möglich sein, bleibt nur der Anruf beim Geräteelieferanten, der einem den kw-Verbrauch schriftlich mitteilen kann. Die modernen Geräte sind heute mit sogenannten Betriebsstundenzählern ausgestattet, was die Verbrauchsberechnung deutlich vereinfacht. Beim Geräteelieferanten lässt sich auch der Anfangsstand des Betriebsstundenzählers des Gerätes erfragen.

Anhand einer aktuellen Rechnung vom Stromlieferanten, aus der der gezahlte Strom-Preis hervorgeht, können die Kosten berechnet werden:

$\text{Kw-Stundenverbrauch des Gerätes} \times \text{kw-Preis des Stromlieferanten} \times \text{Stundennutzung (laut ärztlicher Verordnung)} = \text{Summe pro Tag} \times 365 \text{ Tage}$ ergibt den Jahresverbrauch

Schließlich schreibt man die Krankenkasse an und bittet um die Übernahme der jährlichen Stromkosten.

Folgendes sollte man dem Antrag beifügen:

- Eine Kopie der letzten Stromabrechnung, mit dem aktuellen Kilowattstundenpreis.
- Eine Kopie mit dem stündlichen Stromverbrauch des genutzten „Hilfsmittels“.
- Eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit der Dauer der täglichen Nutzung des eingesetzten Gerätes.

Man sollte sich nicht auf Stromkostenpauschalen einlassen, wenn diese nicht die entstehenden Kosten decken.

Es gibt Antragssteller, denen eine Stromkostenübernahme auch rückwirkend, teilweise bis zu zwei Jahre, von der Krankenkasse bewilligt wurde.

Allerdings gibt es auch Fälle, bei denen zwar die vollen Stromkosten übernommen werden, jedoch erst ab dem Tag der schriftlichen Antragstellung.

*Jürgen Frischmann
stellv. Vorsitzender der DPLA*

Absender:

Vorname und Nachname
 Straße und Hausnummer
 PLZ und Wohnort

Empfänger [Krankenkasse]

Postfach oder Straße und Hausnummer
 PLZ und Ort

Ort, den _____

Übernahme der Stromkosten für mein/en _____ gemäß § 34 SGB V

Meine Versicherungsnummer _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich bei Ihnen die Übernahme der Stromkosten für mein(en) Konzentrator/
 Beatmungsgerät <nicht zutreffendes löschen>.

Mein/en _____ Modell _____ hat eine täglich von
 meinem Arzt verordnete Nutzungsdauer von _____ Stunden (siehe beigefügte Unterlagen).

Den technischen Daten kann ich entnehmen, dass das Gerät eine Leistungsaufnahme
 von _____ kwh hat (siehe beigefügte Unterlagen).

Der derzeitige Strompreis je kw beträgt _____ Euro (siehe beigefügte Unterlagen).

Daraus ergeben sich folgende Kosten für den
 Zeitraum vom _____ bis _____:

1. _____ Stunden x _____ kw = _____ kwh

2. _____ kwh x _____ Euro = _____ Euro

4. + (19 % MwSt.) = _____ Euro

Kosten insgesamt = _____ Euro.

Ich bitte Sie, mir die entstanden Stromkosten von _____ Euro zu erstatten und auf mein
 Konto IBAN _____ bei der Musterbank, BIC _____, zu überweisen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Anlagen

Aktueller Strompreis des Stromlieferanten (Kopien)

Stündlicher Stromverbrauch des Gerätes

Ärztliche Verordnung mit der Dauer der täglichen Anwendung

Beschreibung eines neuen Berufsbildes: Atmungstherapeut



Foto: Fotolia / Mediterraneo

Das Berufsbild „*Atmungstherapeut*“ (ähnlich etwa dem „*Respiratory Therapist*“ in angelsächsischen Ländern) ist ein eigenständiger Bereich. Dieser umfasst Tätigkeiten im gesamten Fachgebiet der Pneumologie und ist nicht zu verwechseln mit dem des *Atemphysiotherapeuten*, der ausschließlich eine Physiotherapie, d.h. des respiratorischen Systems beinhaltet.

Veränderte Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem führen zu sich ändernden Arbeitsteilungen. Dabei überschneiden sich die Grenzen zwischen den Berufsfeldern zunehmend. Im Rahmen der Entwicklung von „Behandlungspfaden“ – oft nach Leitlinien und Empfehlungen – und im Qualitätsmanagement ergibt sich für weitere Berufe im Gesundheitswesen, der Kranken- und Gesundheitspflege sowie der Physiotherapie die Möglichkeit und auch die Notwendigkeit zu einer eigenverantwortlichen Übernahme bisheriger (assistenz)ärztlicher Tätigkeiten. So kommt es zur Prägung neuer Berufsbilder wie die des Atmungstherapeuten.

Der Tätigkeitsbereich umfasst die *Physiologie*, d.h. die Wissenschaft, die sich mit den Lebensvorgängen, den funktionellen Vorgängen im Organismus befasst und der *Pathophysiologie*, der Lehre von der Krankheitsentstehung und den Funktionsstörungen im Organismus, hier im Bereich der Lunge und der Atemwege. Aspekte der klinischen Pneumologie, der Schlafmedizin, Intensivmedizin, Anästhesiologie, der Pflege und der physikalischen Therapie kommen hinzu: In der täg-

lichen Praxis betrifft dies die Lungenfunktion und Blutgasanalyse, das Atemwegs- und Sekretmanagement, Aerosolanwendungen, Sauerstofftherapie, invasive und nicht-invasive Beatmung, Beatmungsentwöhnung, pneumologische Rehabilitation, Patientenschulung und Raucherentwöhnung.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) hat für ihr Fachgebiet deswegen das Berufsbild „*Atmungstherapeut*“ eingeführt. Da in vielen medizinischen Fachabteilungen die beschriebenen Tätigkeitsbereiche – zumindest anteilig – bereits durch Pflegekräfte oder auch Physiotherapeuten übernommen worden sind, werden auch diese Berufsgruppen zu einer entsprechenden Weiterbildung zugelassen.

Die *Weiterbildung* umfasst einen Zeitraum von etwa 600 Stunden theoretischen und praktischen Unterrichts (innerhalb von 2 Jahren und berufsbegleitend durchgeführt). Sie schließt mit einer schriftlichen Prüfung, einer Facharbeit und einem Kolloquium ab. Die Lerninhalte der Praktika werden überprüft.

Folgende *Inhalte* werden dabei behandelt:

- *Grundlagenfächer*: Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie, Krankheitslehre, Pharmakologie
- *diagnostische Maßnahmen* wie: Lungenfunktion, Blutgase, Polysomnographie (diagnostisches Verfahren zur Messung verschiedener Körperfunktionen), Somnographie (Registrierung der während

- des Schlafes auftretenden Körperfunktionen) und Bronchoskopie in ihren Grundzügen
- die Interpretation bakteriologischer, klinisch-chemischer und radiologischer Befunde in Grundzügen
 - therapeutische Maßnahmen wie medikamentöse Therapie, Inhalationstherapie, Sauerstofftherapie, nicht-invasive und invasive Beatmung, Atemwegsmanagement, Thoraxdrainage, Physiotherapie, Rehabilitationsmaßnahmen und Raucherentwöhnung
 - Patientenüberwachung, Patientenüberleitung, Patientenschulung, Langzeitbetreuung
 - Hygiene, Sozialgesetzgebung, Gerätetechnik

Ein *Atmungstherapeut* ist in der Lage z.B.

- selbständig diagnostische Maßnahmen wie z.B.: die Blutgasanalyse, Spirometrie am Krankenbett, Polygraphie etc. durchzuführen und einfache Befunde zu interpretieren
- einfache Röntgenbefunde zu erkennen
- mit Thoraxdrainagen adäquat umzugehen
- Patientenberatungen und -schulungen durchzuführen, insbesondere im Hinblick auf die Medikamentenanwendung, Aerosoltherapie, Langzeitsauerstofftherapie, Heimbeatmung und Raucherentwöhnung
- Pflegepersonal zu schulen
- selbständig das Atemwegsmanagement wie endotracheale Absaugung (blind und bronchoskopisch), Tracheostoma- und Kanülenpflege, Kanülauswahl und Kanülenwechsel durchzuführen
- die nicht-invasive Beatmung einschließlich Maskenauswahl bei akuter und chronischer respiratorischer Insuffizienz einzuleiten, durchzuführen und zu überwachen

- die invasive Beatmung je nach Erkrankung einzuleiten und zu überwachen, die Analgosedierung (medikamentöse Schmerzausschaltung bei gleichzeitiger Beruhigung) nach Protokollvorgabe zu steuern
- die Beatmungsentwöhnung (Weaning) nach Protokollvorgabe durchzuführen und zu überwachen
- atemphysiologisch rehabilitative Maßnahmen, insbesondere Aktivitäten des täglichen Lebens zu erklären und zu üben
- das Fall- und Überleitmanagement von Patienten mit chronisch-respiratorischer Insuffizienz in die ambulante Betreuung durchzuführen
- im außerklinischen Bereich eine Beatmungstherapie nach ärztlicher Vorgabe und in Kooperation mit einem Beatmungszentrum fortzuführen

Ein *Atmungstherapeut* arbeitet selbständig unter der Supervision (fachlichen Beratung) eines Facharztes. Die Verantwortung für die Patientenbehandlung liegt dabei weiterhin in der Hand des Arztes. Da dieses neue Berufsbild einer strukturierten Assistenz von ärztlichen Aufgaben in Deutschland noch nicht etabliert ist und juristisch damit Neuland betreten wurde, wird den Arbeitgebern folgendes Vorgehen empfohlen:

- Arbeitsvertragliche Beschreibung des neuen Tätigkeitsfeldes
- schriftliche Arbeits- und Verfahrensanweisungen für die delegierten Tätigkeiten
- Patienteninformation über Art und Umfang der delegierten Maßnahmen

Quelle: Begleitbeschreibung zum Zertifikat Atmungstherapeut der DGP

ANZEIGE



ZURÜCK IN EINEN LEBENSWERTEN ALLTAG.

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

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



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

Universitätsmedizin mit Tradition: Die Ruhrlandklinik



Schwere Asthmaerkrankungen, COPD, Lungenkrebs, Mukoviszidose und Schlafkrankheiten: Die Ruhrlandklinik ist seit über einem Jahrhundert auf Lungenerkrankungen spezialisiert. Als Teil der Universitätsmedizin Essen bildet sie eine der führenden medizinischen Institutionen in der Prävention, Diagnostik und Behandlung solcher Erkrankungen. Rund 20.000 Patienten werden an der Ruhrlandklinik jedes Jahr behandelt – mit einem Einzugsgebiet weit über die Grenzen von Nordrhein-Westfalen hinaus.

Schnelle Wege und eine Behandlung von A bis Z – die Vorteile der Ruhrlandklinik sind für Patienten mit Lungenerkrankungen groß. Hier sind alle Spezialisten unter einem Dach. Ob seltene Erkrankungen, wie Alpha-1-Antitrypsinmangel oder Lungenfibrose, bis hin zu sämtlichen Formen von Lungenkrebs, einer noch ansteigenden Diagnose: Die Universitätsklinik deckt das gesamte Spektrum der Lungen- und Atemwegserkrankungen ab. In gemeinsamen Konferenzen klären Ärzte der verschiedenen Fachabteilungen die jeweils bestmögliche Behandlung für den betroffenen Patienten. Bei den pneumologischen und thoraxchirurgischen Spezialisten ist noch lange nicht Schluss, auch Kardiologen, Onkologen, Radiologen, Intensivmediziner, Anästhesisten, Rheumatologen sowie weitere Spezialisten der Inneren Medizin sind unter den 75 Fachärzten der Klinik.

Teil der Universitätsmedizin Essen

Die Ruhrlandklinik zeigt sich mit ihrem neuen Logo – als Teil der Essener Universitätsmedizin. Vor allem mit dem Universitätsklinikum Essen findet täglich ein intensiver Austausch statt. Dadurch werden zum einen schnell weitere fachmedizinische Meinungen eingeholt, wenn es z.B. um besonders seltene Krankheitsbilder geht oder die Erkrankung nicht nur Lunge und Atemwege betrifft. Zum anderen konnten durch die Zusammenarbeit starke Schwerpunktzentren entstehen, wie etwa das Lungenkrebszentrum am Westdeutschen Tumorzentrum oder auch das Westdeutsche Zentrum für Lungentransplantation. Als universitäre Klinik bilden auch Forschung und Lehre zentrale Schwerpunkte: Die beiden Lehrstühle für Pneumologie und für Thoraxchirurgie an der Ruhrlandklinik ermöglichen sowohl wissenschaftliche Studien als auch die schnelle Überführung von Forschungsergebnissen in die Patientenbehandlung – so kann die Ruhrlandklinik ihren Patienten Behandlungsmöglichkeiten auf dem jeweils neuesten Stand der Wissenschaft bieten und aktuelle Entwicklungen schnell in die klinische Versorgung einbringen.

20.000 Patienten pro Jahr

Seit Jahren sind die Patientenzahlen der Ruhrlandklinik ansteigend. Sowohl in der ambulanten Behandlung, als auch stationär wurden zuletzt jeweils knapp über 10.000 Patienten pro Jahr versorgt.

Neben ihrer fachlichen Expertise möchten die Ärzte der Ruhrlandklinik ihren Patienten vor allem Eines bieten: Eine ausgesprochen persönliche Betreuung in einer mitmenschlichen Atmosphäre. Bei unseren Patienten steht das oft an höchster Stelle. Und das zurecht: Längere Aufenthalte in der Klinik oder überhaupt die Tatsache an einer schweren Erkrankung wie beispielsweise Krebs oder COPD zu leiden, lösen sehr oft Angst und Überforderung aus. Diese müssen vom medizinischen Team verständnisvoll aufgefangen werden. Neben der engen ärztlichen Betreuung ist an der Ruhrlandklinik deshalb ein starkes Team aus Psychologen, Psychoonkologen, Seelsorgern, Sozialpädagogen und ehrenamtlichen Mitarbeitern zur „Rundum-Betreuung“ für unsere Patienten etabliert.

Auch untereinander können sich die Betroffenen gut stützen und helfen: Bei Krankheiten, die einen wiederkehrenden Aufenthalt in der Klinik mit sich bringen, wie beispielsweise die Mukoviszidose, ist auch der Zusammenhalt und das Netzwerk unter den Patienten ein guter Rückhalt. In der Ruhrlandklinik finden sich schnell Patienten mit gleichen Erkrankungen und in oft ganz ähnlichen Situationen. Die hohen Patientenzahlen kommen somit nicht nur der Erfahrung und Expertise der Ärzte zu Gute, sondern auch die Patienten können so eine wichtige Betroffenen- und Erfahrungsgemeinschaft finden.

Zukunftsweisend:

Roboter und HD-Optik täglich im Einsatz

Auch die in der Ruhrlandklinik eingesetzte Technik ist auf die moderste Behandlung von Lungen- und Atemwegserkrankungen ausgerichtet. Das beginnt schon bei der Diagnose: Die Ruhrlandklinik bietet mit der flächenmäßig größten und mit jährlich etwa 6.000 Bronchoskopien auch eine der aktivsten bronchoskopischen Abteilungen Deutschlands mit den neuesten Verfahren zur Früherkennung von vielen Erkrankungen. Mit Hilfe von hochauflösender Bildgebung kann sich der behandelnde Arzt über eine endoskopische Untersuchung ein umfassendes Bild von der Lunge und den Atemwegen machen. Auch Gewebeproben können bei der Bronchoskopie schnell und einfach entnommen werden, die dann in der Klinik direkt ausgewertet werden.

Fast futuristisch wird es bei den Möglichkeiten der Chirurgie: Für Operationen steht in der Klinik für Thoraxchirurgie und thorakale Endoskopie ein eigener DaVinci-Operationsroboter bereit. Die Ruhrlandklinik ist damit bundesweit derzeit die einzige Klinik mit einem eigenen, ständig bereitstehenden Operationsroboter für die Thoraxchirurgie. Sie bildet daneben externe Ärzte im



DaVinci-Roboter

Umgang mit dem Roboter aus. Für den Patienten bedeutet die aktuell modernste Technik der Chirurgie vor allem weniger Belastungen und auch verbesserte Heilungschancen – die meisten Operationen werden minimalinvasiv, also nur durch kleine Schnitte im Brustbereich, durchgeführt. Durch diese kleinen Zugänge wird neben den Operationsinstrumenten auch eine hochauflösende Kamera in den Brustbereich geführt, über die der Chirurg die Instrumente steuert. Früher musste für diese Operationen oft der gesamte Brustkorb geöffnet werden und der Patient war in der Folge oft tagelang ans Bett gebunden. In der Ruhrlandklinik können nun viele Patienten bereits am Tag der Operation wieder aufstehen.

Neue Kompetenzen mit neuer Leitung

Neben dieser neuen Technik steht die Ruhrlandklinik auch unter neuer ärztlicher Leitung. Die beiden größten Abteilungen der Klinik haben jeweils neuberufene Direktoren.

Seit Januar 2016 leitet Univ.-Prof. Dr. Clemens Aigner die Klinik für Thoraxchirurgie und thorakale Endoskopie. Er ist zugleich neuer Ärztlicher Direktor der Ruhrlandklinik. Professor Aigner war zuvor als Thoraxchirurg an der Medizinischen Universität Wien. Mit ihm hat die Ruhrlandklinik besondere Kompetenz im Bereich der Lungentransplantation und roboterassistierten Chirurgie. Zahlreiche Auslandsaufenthalte u.a. in Toronto, Sydney und Bangkok haben seine klinische und wissenschaftliche Expertise vertieft.

Die Klinik für Pneumologie wird seit April 2017 von Univ.-Prof. Dr. Christian Taube geleitet. Prof. Taube war davor in leitender Position an der Universität in Leiden, Niederlande, tätig – nach Stationen in Mainz und Hamburg. Mit ihm hat die Klinik nicht nur einen pneumologischen Spezialisten, sondern auch einen Experten der Allergologie gewonnen. Seine besonderen Schwerpunkte gelten der Behandlung und Erforschung des schweren Asthma bronchiale und der COPD.



Patientengespräch

Prof. Taube folgt damit dem vorhergehenden Ärztlichen Direktor und Leiter der pneumologischen Universitätsklinik, Prof. Dr. Dipl.-Ing. Helmut Teschler. Prof. Teschler ist weiterhin in seiner Spezialdisziplin tätig und leitet das Schlafmedizinische Zentrum der Ruhrlandklinik.

Besondere Kompetenzen der Ruhrlandklinik

Die Ärzte in der Ruhrlandklinik behandeln das gesamte Spektrum der Lungen- und Atemwegserkrankungen. Folgende Krankheitsbilder sind dabei Schwerpunkte:

Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD) und Asthma

Rauchen kann nicht nur zu Lungenkrebs führen. Die früher sogenannte „Raucherlunge“, medizinisch besser bekannt als COPD (engl.: Chronic Obstructive Pulmonary Disease), ist dabei ein häufig behandeltes Krankheitsbild in der Ruhrlandklinik. Ausgehend von einer chronischen Bronchitis ist die Lunge bei dieser Erkrankung zusätzlich oft überbläht. Dieses Krankheitsbild, das Lungenemphysem verhindert, dass die Luft aus den betroffenen Teilen der Lunge abgeatmet wird. Dadurch kommt es zur Luftnot. Hier bietet die Ruhrlandklinik modernste Therapieverfahren, beispielsweise durch die Implantation von kleinen Ventilen oder Spiralen in die Lunge, die das Einatmen von Luft in die erkrankten Lungenbereiche verhindert, oder die Belüftung der noch gesunden Lungenabschnitte verbessern kann. Die begleitende Atemtherapie, Lungensport und eine Ernährungsberatung können bei diesen Krankheitsformen zu großen Verbesserungen führen. Als Lungenfachklinik der Universität Essen bietet die

Ruhrlandklinik allen ihren Patienten eine entsprechend umfangreiche Betreuung an.

Auch schweres Asthma bronchiale ist einer der Schwerpunkte der Klinik. Da die Ursachen für Asthma sehr unterschiedlich sein können, wird das individuelle Krankheitsbild jedes Patienten klinisch und immunologisch genau charakterisiert, um eine gezielte Behandlung durchzuführen. Dabei kommen auch neueste Behandlungsoptionen, wie monoklonale Antikörper oder die Thermoplastie, zum Einsatz.

Lungenkrebs

Das häufigste Krankheitsbild der Patienten an der Ruhrlandklinik und weltweit die zweithäufigste Krebserkrankung ist der Lungenkrebs. Alle Abteilungen der Klinik sind deshalb auf die Behandlung von Lungenkarzinomen hochspezialisiert. Das fängt bereits bei der Diagnose an: Über adäquate bildgebende Untersuchungen wie die Computertomografie (CT) sowie die Positronen Emissions Tomographie (PET CT) können bereits kleinste Veränderungen z.B. in der Lunge festgestellt werden. Die Bronchoskopie kann durch die Entnahme von Gewebeproben weitere Klassifizierungen der Befunde ermöglichen. Bei einer frühen Erkennung von Tumoren kann so durch eine gezielte und frühzeitige Therapie oftmals noch eine Heilung erreicht werden. Solange der Krebs noch nicht gestreut hat, wird er in der Regel in der Klinik für Thoraxchirurgie und thorakale Endoskopie gezielt entfernt. Bei ungefähr 80 Prozent aller Operationen in der Klinik handelt es sich um Eingriffe bei Lungenkrebs. Die Abteilung



Univ.-Prof. Dr. Clemens Aigner

Thorakale Onkologie ist zugleich auf die medikamentöse Behandlung mit den neuesten Wirkstoffen hochspezialisiert. Die Ruhrlandklinik ist mit ihrem Lungenkrebszentrum Teil des Westdeutschen Tumorzentrums am Universitätsklinikum Essen.

Lungentransplantation

Seit Anfang 2016 wurden 70 Lungentransplantationen in Essen durchgeführt. Das Westdeutsche Zentrum für Lungentransplantation – eine 2016 erfolgte Gründung der Ruhrlandklinik und des Universitätsklinikums Essen – ist damit 2017 das zweitgrößte Lungentransplantationszentrum in Deutschland. Auch ein Grund dafür ist die hohe Transplantations-Expertise von Univ.-Prof. Clemens Aigner, der seit Anfang 2016 die Klinik für Thoraxchirurgie und thorakale Endoskopie der Ruhrlandklinik leitet. Die überaus wichtige Vor- und Nachsorge der Patienten wird in der Klinik für Pneumologie durchgeführt. Durch die hohe Kompetenz des neugegründeten Transplantationszentrums entwickelt sich das Transplantationsprogramm der Essener Universitätsmedizin stetig weiter.

Orphan Diseases – seltene Erkrankungen der Lunge

Nur eine Handvoll Menschen erkranken jedes Jahr an den sogenannten „orphan diseases“ – den „Waisenkindern“ der Medizin. Der Name ist berechtigt: Aufgrund ihrer Seltenheit und der wenigen betroffenen Patienten sind diese Krankheiten oft unzureichend erforscht. Die Ruhrlandklinik widmet sich diesen Erkrankungen in Forschung und Behandlung deshalb ganz besonders. Darunter fallen beispielsweise die vererbten Krankheiten Mukoviszidose und der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel oder die Lungenfibrose.

Als einziges Erwachsenenzentrum für Mukoviszidose in Nordrhein-Westfalen betreut die Ruhrlandklinik zurzeit etwa 290 Patienten. Früher galt Mukoviszidose als „Kinderkrankheit“, da viele Patienten bereits in jungen Jahren verstarben. Heute werden die Patienten oft deutlich älter



Prof. Dr. Christian Taube

(im Durchschnitt 44 Jahre). Die spezielle Versorgung dieser erwachsenen Patienten wird also immer wichtiger. Trotzdem gibt es heute noch immer weitaus mehr Zentren für Kinder, die Versorgung für Erwachsene fehlt leider oft. Die Ruhrlandklinik hat es sich deshalb zur Aufgabe gemacht, ihr Mukoviszidosezentrum für Erwachsene in den nächsten Jahren deutlich zu vergrößern.

Schlafbezogene Atmungsstörungen und -erkrankungen

Mit Univ.-Prof. Dr. Dipl.-Ing. Helmut Teschler hat das Schlafmedizinische Zentrum der Ruhrlandklinik einen der deutschen Pioniere der Schlafmedizin als Leiter. Prof. Teschler gestaltete die Entwicklung der Schlafmedizin, d.h. der schlafbezogenen Atmungsstörungen und -erkrankungen durch seine wissenschaftliche Laufbahn maßgeblich mit. Das Schlafmedizinische Zentrum ist mit modernster Technik ausgestattet, um alle Formen von Schlafstörungen schnell zu erkennen und zu behandeln.

Weaning – wieder selbständig atmen lernen

Nach langen Erkrankungen oder eingreifenden Operationen sind Patienten oft sehr auf ihr Beatmungsgerät angewiesen und daran gewöhnt, sodass es nicht einfach abgestellt werden kann. Damit sie aber möglichst schnell wieder selbstständig atmen können und nicht durchgängig auf ein Gerät angewiesen sind, gibt es in der Ruhrlandklinik das zertifizierte Weaningzentrum. Beim Weaning – englisch für Entwöhnung – geschieht Folgendes: Die Patienten werden schrittweise von ihren Beatmungsgeräten entwöhnt. Dazu ist ein spezielles und ausführliches Training notwendig. Ein interdisziplinäres Team aus Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten und an der Ruhrlandklinik hierfür gezielt ausgebildeten Atmungstherapeuten arbeiten dabei Hand in Hand.

Quelle: Universitätsmedizin Essen – Ruhrlandklinik

Erstmals Gemeinsame Veranstaltung: „Aktuelles zu klinischen Studien in der Lungen- forschung – Wie nützen sie den Patienten?“ von DZL und Lungentag für Patienten am 25.3. im ICS

Beim diesjährigen DGP-Kongress in Stuttgart 2017 fand erstmals eine große Patienten-Informations-Veranstaltung statt. Gemeinsam informierten der Deutsche Lungentag, das Deutsche Zentrum für Lungenforschung (DZL) und der Lungeninformationsdienst zum Sinn und Nutzen klinischer Studien in der Pneumologie. Dieser Ansatz erwies sich als sehr informativ da hier unterschiedliche Erfahrungen und Sichtweisen gebündelt und den Patienten vorgestellt werden konnten.

Den Auftakt machte **Prof. Welte** aus Hannover mit einem Grundlagen-Vortrag zum Sinn und Ablauf klinischer Forschung und klinischer Studien. Er machte klar, dass wir vielen Forschungen und Studien der letzten Jahrzehnte große Fortschritte in der Behandlung von Lungenerkrankungen zu verdanken haben, und dass wir weiterhin klinische Forschung brauchen, um die Herausforderungen vieler Erkrankungen besser zu meistern.



Im zweiten Vortrag ging **Prof. Vogelmeier** aus Marburg, einer der weltweit führenden Experten auf dem Gebiet der COPD, konkret auf die aktuellen Therapiemöglichkeiten der COPD ein. Er verdeutlichte, welche großen Fortschritte die COPD-Therapie in den letzten Jahren gemacht hat. Er machte allerdings auch klar, dass noch viele Probleme der Erkrankung ungelöst sind, und dass damit noch viele Aufgaben vor den Ärzten in der klinischen COPD-Forschung stehen.



Prof. Kenn aus Berchtesgaden, der erste Professor und Leiter Deutschlands erster universitärer pneumologischer Rehabilitation, demonstrierte im anschließenden Vortrag anhand von konkreten Beispielen die fundamentale Bedeutung von Rehabilitationsmaßnahmen bei Lungenerkrankungen. Er wies darauf hin, dass hier nicht allein nur Quantität eine Rolle spielt, sondern dass vor allem die Qualität der Rehabilitationsmaßnahmen und die spezifische Erfahrung und Kenntnisse des betreuenden Teams von wesentlicher Bedeutung für den Erfolg sind.



Nach der Kaffeepause sprach **Prof. Reck** aus Hamburg über die neuesten Entwicklungen in der Therapie des Bronchialkarzinoms. Hier haben sich durch den Einsatz der Immuntherapie bei Tumoren in der klinischen Praxis in den letzten Jahren neue Horizonte der Krebstherapie aufgetan. Prof. Reck ist selber federführend in vielen innovativen Tumor-Immuntherapie-Studien beteiligt, und konnte daher aus erster Hand von den Chancen, aber auch Risiken der Immuntherapie berichten. Er machte klar, dass wir nicht nur auf die teilweise immensen Kosten der neuen Therapiemöglichkeiten schauen dürfen, sondern immer und zuallererst auch das Schicksal der Patienten vor Augen haben müssen. Angesprochen auf die stark gestiegenen Therapie-Kosten moderner Krebstherapien sagte er: „Es ist nicht meine Aufgabe als Arzt, über Preise zu reden. Es ist meine Aufgabe, dem Patienten die bestmögliche Therapie zu geben“.



Im anschließenden Vortrag sprach **Prof. Günther** aus Gießen über die neuen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bei der Behandlung der Lungenfibrose. Er stellte dar, wie vielfältig das Spektrum der fibrosierenden Lungenerkrankungen ist, und welche aktuellen Therapie-Optionen für die Patienten zu Verfügung stehen. Besonders wies er aber darauf hin, dass die Forschung auf diesem Gebiet derzeit große Fortschritte macht, und dass die Patienten in den nächsten Jahren viele neue Therapiemöglichkeiten bei diesen Erkrankungen erwarten dürfen.



Im anschließenden Vortrag berichtete **Prof. Lommatzsch** aus Rostock über neue faszinierende Behandlungsmöglichkeiten der Volkskrankheit Asthma. Insbesondere machte er klar, dass heutzutage schweres „unkontrolliertes“ Asthma nicht mehr primär mit dem nebenwirkungsreichen Kortison bzw. Prednisolon (als Tablette oder Spritze) behandelt werden muss, da deutlich nebenwirkungsärmere Biologika, welche mindestens so effektiv wie Kortison sind, inzwischen zur Verfügung stehen. Er kam in diesem Zusammenhang auf die Äußerungen von Prof. Reck zurück, und betonte auch bei der Therapie des Asthmas, sollte nicht der Preis, sondern das Wohl der Patienten im Vordergrund stehen. Mit modernen Biologika lassen sich heute bei den Patienten mit schwerem Asthma Erfolge erzielen, von denen wir vor einigen Jahren nur träumen konnten.



Die Teilnehmer zeigten sich von den Vorträgen sehr angetan, und nutzten die Chancen, mit den Experten zu diskutieren und Fragen zu stellen. Auch während der Kaffeepause und nach der Veranstaltung wurde noch weiter diskutiert.

Frau Koller vom Lungeninformationsdienst kündigte an, dass die Folien der Vorträge der Experten auf der Internetseite des Lungeninformationsdienstes allen zur Verfügung gestellt werden, damit auch Patienten, die nicht an der Veranstaltung teilnehmen konnten, die aktuellen Informationen der Vorträge erhalten können. Zusammenfassend kann man sagen, dass diese „Premiere“ sehr gelungen war, und dass eine Fortsetzung bei den künftigen Kongressen der DGP angestrebt werden sollte.

*Prof. Dr. Marek Lommatzsch
Sektionssprecher Deutscher Lungentag
Rostock*

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

Hilfe und Interessenvertretung für Asbestopfer – Asbestose Selbsthilfegruppen

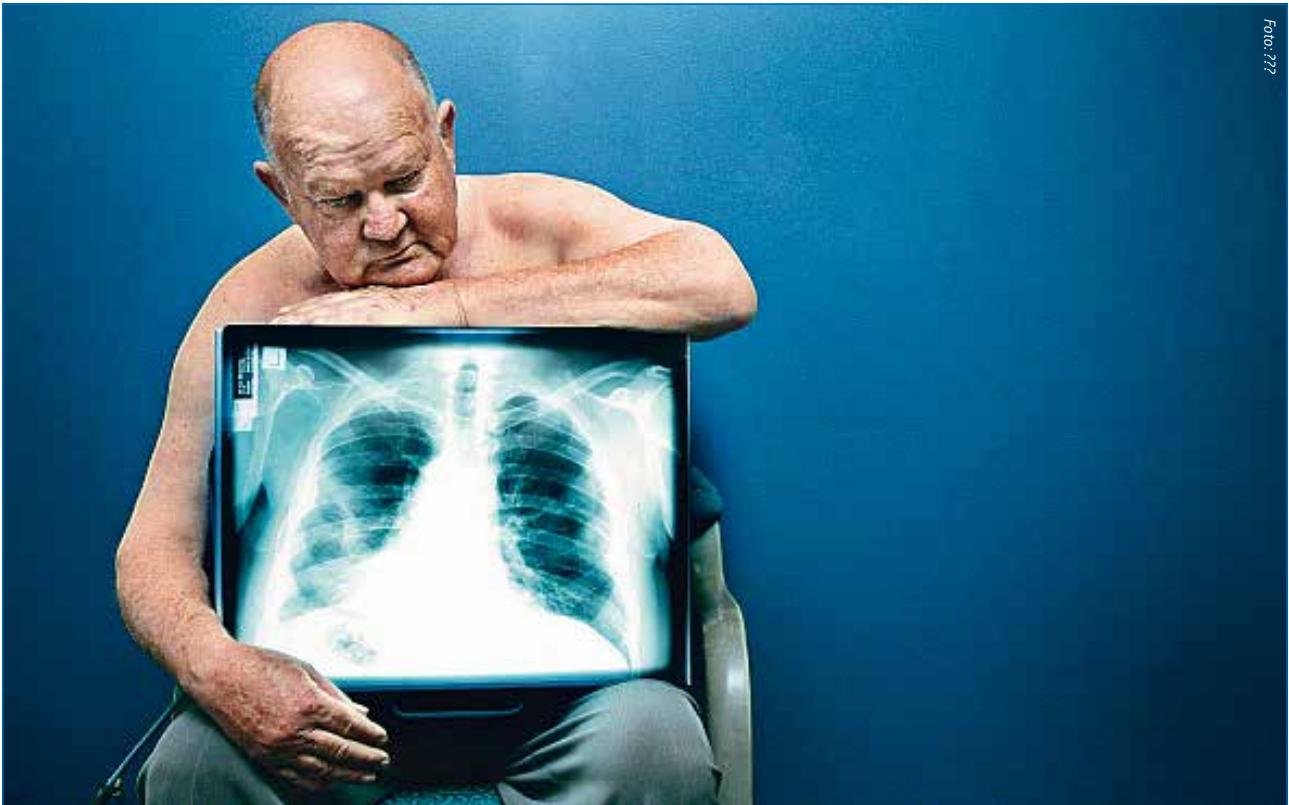


Foto: ???

Patient mit Asbestose im Röntgenbild

Mehr als zweieinhalb Millionen Menschen waren in Deutschland asbestexponiert. Seit 1993 ist Asbest in Deutschland, seit 2005 in der gesamten EU verboten. Aber aufgrund der langen Zeitspannen bis zu einer Erkrankung (Latenzzeiten) ist erst heute der Gipfel der asbestbedingten Krebserkrankungen erreicht. Als Schwerkranke müssen Asbestopfer heute um ihre Rechte kämpfen.

Die „Asbestkatastrophe“

Bereits vor dem 1. Weltkrieg lehnten es Lebensversicherungen ab, Menschen aufzunehmen, die mit Asbest gearbeitet hatten. Seit den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts sind Asbestose und *asbestbedingter Lungenkrebs Berufskrankheiten*. Aber die Erkenntnis über asbestverursachte gesundheitliche Schäden bedeutete über viele Jahrzehnte nicht, dass etwas Entscheidendes geändert wurde, um diese Schäden zu verhindern. Die Menschen waren meist schutzlos dem „todbringenden Staub“ ausgesetzt. Die Asbestindustrie wirkte auf Politik und Wissenschaft ein, um ein Asbestverbot möglichst lange hinauszuschieben. In Deutschland wurden im Wiederaufbau nach dem 2. Weltkrieg und danach viele Millionen Tonnen Asbest hauptsächlich verbaut.

Etwa 580.000 ehemals Asbestexponierte sind immer noch bei der zentralen Erfassungsstelle GVS (Gesundheitsvorsorge der gesetzlichen Unfallversicherungsträger, wie den gewerblichen Berufsgenossenschaften) registriert. Auch wenn sie noch nicht erkrankt sind, müssen alle früher Asbestausgesetzten mit der Bedrohung einer todbringenden Krankheit leben, die die Folge der früher unwissentlich eingeatmeten tückischen Fasern in ihrem Körper ist.

Asbestbedingte Erkrankungen

Das Fatale am Asbest, einem in der Natur vorkommenden faserförmigen Mineral, ist, dass er sich in immer kleinere Fasern aufspaltet, bis hin zu feinen Fasern, die in der Luft schweben. Werden diese eingeatmet, lagern sie sich in den Lungenbläschen ab. Die winzigen Fasern durchstoßen schließlich die Wände der Alveolen und lagern sich im Lungengewebe ab. Dort reizen und zerstören sie schließlich das Gewebe, auch wenn sie selber schon zersetzt sind, wie es beim nicht biobeständigen Weißasbest (Chrysotil) der Fall ist. Das Lungengewebe vernarbt und verhärtet. Die Folge ist dann nicht nur eine Einschränkung des Atemvolumens. Diese „Asbestose“ kann unter anderem der Ausgangs-

punkt sein für Krebserkrankungen. Überall, wo die Fasern hingelangen, richten sie Unheil an! Asbestose, Lungenkrebs, das fast nur durch Asbest hervorgerufene Mesotheliom¹, Kehlkopfkrebs oder Eierstockkrebs (Ovarialkrebs) sind die Krankheiten, die die Opfer v.a. betreffen. Inzwischen gibt es auch wissenschaftliche Ergebnisse, die auf Asbest als Ursache für Prostata- und Darmkrebs hinweisen. Heimtückischerweise können bis zu fünf Jahrzehnte vergehen, bis die Fasern ihre krankheitsverursachende Wirkung zeigt.

Asbestbedingte Berufskrankheiten

Die meisten Asbestopfer sind berufsbedingt erkrankt. Berufskrankheiten sind Krankheiten, die per Rechtsverordnung als Berufskrankheiten (BK) definiert und anerkannt sind und die Versicherte bei der Ausübung oder in der Folge einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit erleiden. Die Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) definiert u.a. die anerkannten Berufskrankheiten in Deutschland. Der ärztliche Verdacht auf eine Berufskrankheit ist nach dem Berufskrankheitengesetz meldepflichtig! Es besteht dann Anspruch auf Behandlung, Rehabilitation und ggf. Rente (je nach Minderung der Erwerbsfähigkeit, MdE). Die **asbestbedingten Erkrankungen** werden in vier Gruppen von Berufskrankheiten (BK) eingeteilt:

- BK 4103
Asbestose, Lungenfibrose, Erkrankung der Pleura
- BK 4104
Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs, Ovarialkrebs
- BK 4105
Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Perikards (Herzbeutel)
- BK 4114
Lungenkrebs durch Asbest und PAK (Polyzyklisch aromatische Kohlenwasserstoffe)

Wenn der Verdacht besteht, dass eine Erkrankung im Zusammenhang mit einer beruflichen Tätigkeit stehen könnte, sollte in jedem Fall ein Antrag auf Anerkennung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft gestellt werden.

Die Lage der Asbestopfer

Asbestopfer sind Menschen, denen großes Leid zugefügt wurde mit schweren ja sogar tödlichen Krankheiten und die dadurch oft um viele Lebensjahre betrogen wurden, weil der staatliche und berufsgenossenschaftliche Arbeitsschutz sie nicht vor dem Gefahrstoff Asbest geschützt hat.

Fast 40.000 Menschen mussten als offiziell anerkannte Berufskranke durch Asbest bis heute einen

frühen Tod sterben. Die Dunkelziffer ist vermutlich mindestens doppelt so hoch. Es sind mehrheitlich Menschen, die mit harter körperlicher Arbeit unser Land nach dem Krieg wieder aufgebaut haben und die man wider besseres Wissens ungeschützt dieser Gefahr ausgesetzt hat. Es sind auch vergessene Opfer. In Deutschland findet sich kein Mahnmal, mit dem an die Menschen erinnert wird, deren Gesundheit diesem Profitstreben geopfert wurde.

Nur 20% aller Antragsteller mit Lungenkrebs werden von der Berufsgenossenschaft als asbest- und berufsbedingt anerkannt. Das Unrecht, das vielen Asbestopfern damit zugefügt wird, ist statistisch belegt. Weltweite Zahlen zu asbestbedingten Krankheiten belegen: Lungenkrebs durch Asbest ist weltweit 2,4-mal häufiger als das asbestbedingte Mesotheliom. Dennoch ist die Zahl der Anerkennungen als Berufskrankheit in Deutschland (bei vorausgesetzter gleicher Häufigkeit) noch wesentlich niedriger als die beim asbestbedingten Mesotheliom. Ebenso stellt sich die Frage, warum auch ein Drittel der Patienten mit Mesotheliom keine Anerkennung als berufsbedingt Erkrankte erhalten. Das Mesotheliom ist ein Tumor für den es nahezu keine andere Ursache als eine Asbestexposition gibt. Erkrankte haben zurzeit eine mittlere Überlebensrate von etwa einem Jahr.

Völlig leer gehen in Deutschland, im Gegensatz zu anderen Ländern, z.B. Frankreich oder den Niederlanden, Menschen aus, die durch Kontakt mit asbestausgesetzten Familienangehörigen erkrankt sind. Darunter sind z.B. Frauen, die die verstaubte Arbeitskleidung z.B. ihrer Männer im privaten Haushalt waschen mussten, oder es sind die Kinder von Asbestexponierten, die die Fasern eingeatmet haben, die in den Haushalt eingeschleppt wurden.

Die Asbestose Selbsthilfegruppen

Die Arbeit der Asbestose Selbsthilfegruppen hat **zwei Säulen**:

Asbestopfern zu helfen, sie über bestmögliche Beratungs-, Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und sich gegenseitig zu stützen. Dies gehört - wie auch bei anderen Selbsthilfegruppen - zu den Aufgaben der Asbestose-Selbsthilfe. Die Asbest-Erkrankungen werden nicht immer rechtzeitig erkannt und die Beschwerden teilweise leider auf andere Ursachen zurückgeführt. Wer einen begründeten Verdacht hat, sollte sich im eigenen Interesse unverzüglich informieren.

Die zweite wichtige Aufgabe ist die Unterstützung, bei der Anerkennung als Berufskrankheit.



Foto: Fotolia / farhied_01

Asbstfasern

Neben dieser Einzelfallhilfe arbeitet die Asbestose Selbsthilfe für eine breite gesellschaftspolitische Unterstützung ihrer Anliegen. Sie will auch dazu beitragen, die Öffentlichkeit über die immer noch bestehende Gefährdung durch Asbest zu informieren, der insbesondere

- Menschen im Baugewerbe,
- bei Abriss- und Restaurierungsarbeiten,
- aber natürlich auch Heimwerker

ausgesetzt sind. So sind wir auch beim Nationalen Asbestdialog der Bundesregierung dabei.

Zurzeit gibt es neun regionale Selbsthilfegruppen und die Dachorganisation, den Bundesverband der Asbestose-Selbsthilfegruppen. Ansprechpartner der regionalen Asbestose Selbsthilfegruppen sind auf der Homepage des Bundesverbandes der Asbestose-Selbsthilfegruppen zu finden: www.asbesterkrankungen.de

Während in den regionalen Gruppen die Hilfe für den einzelnen Betroffenen und seine Angehörigen im Zentrum steht, ist es beim Bundesverband der Asbestose Selbsthilfegruppen die Interessenvertretung und die Lobby-Arbeit für Asbestopfer. Hier gilt es Kooperationspartner und Mitstreiter in vielen gesellschaftlichen Gremien für unsere sozialpolitischen Forderungen zu finden, z.B. in den Gewerkschaften, wie der IG Metall. Sämtliche Landeskrebsgesellschaften und internationalen Krebsgesellschaften unterstützen die Kernforderungen der Asbestose Selbsthilfe.

Die Forderungen

Zu den Forderungen zählt unter anderem, dass Berufskrankheiten-Anerkennungsverfahren nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft entschieden werden müssen. Die aufgrund von veralteten wissenschaftlichen Aussagen abgelehnten Fälle sollen wieder aufgenommen und entschädigt werden (Asbestkörperchenzählungen). Die Expositonserfassung muss einen höheren Stellenwert im Berufskrankheitenverfahren bekommen. Wichtig ist dabei, das Beweisverfahren

für den einzelnen Betroffenen zu erleichtern. Der asbestbedingte Krebs tritt meist erst nach 30, 40 oder gar 50 Jahren auf. Von einem Arbeitnehmer wird erwartet, dass er definitiv beweisen kann, z.B. in den 1960er/1970er Jahren asbestexponiert gewesen zu sein. Hier muss es Beweiserleichterungen in den Anerkennungsverfahren geben.

Deutschland ist es seinen Asbestopfern, die insgesamt die größte Gruppe der Berufskranken bilden, schuldig, sie zu unterstützen und ihnen eine qualifizierte und vor allem auch unabhängige eigene Interessenvertretung zu ermöglichen. Die Asbestopferorganisationen – die ja zurzeit auch die größte Gruppe der Berufskranken repräsentiert – haben bisher keinerlei Unterstützung von der Bundesregierung erhalten. Der Bundesverband der Asbestose Selbsthilfegruppen fordert die Unterstützung für eine nationale Anlaufstelle, eine Zentralstelle der Asbestopfer beim Bundesverband.

Die Arbeit für die Asbestopfer beruht gegenwärtig ausschließlich auf ehrenamtlichem Engagement. Die Förderung der Selbsthilfe durch die Krankenkassen ermöglicht die Arbeit der regionalen Gruppen, die Durchführung von Veranstaltungen sowie einen jährlichen nationalen Workshop des Bundesverbandes sowie interne Fortbildungsveranstaltungen. Dringend ist für eine effektive Organisation der Arbeit und die Unterstützung der Opfer eine Geschäftsstelle erforderlich.

Über 30.000 Asbesttote mahnen: Asbest ist kein Thema von gestern, sondern eines von heute und übermorgen. Dies betrifft einerseits die zu erwartenden schwerwiegenden Erkrankungen der nächsten Jahre. Aber dies gilt auch beim Schutz vor Asbestexposition bei der Arbeit und in der Umwelt heute. Asbest gilt zugleich als Mahnung und Beispiel für die vielen anderen beim Menschen potentiell Krebs erzeugenden Arbeitsstoffe. Das Gebot unseres Grundgesetzes, das Leben und die körperliche Unversehrtheit zu schützen ist ein hohes Gut. Es darf niemals mehr verkauft werden.

Die Autorin:



Dr. Evelyn Glensk

Mitglied im Vorstand des Bundesverbandes der Asbestose-Selbsthilfegruppen
glensk-bundesverband@asbesterkrankungen.de



Bundessozialgericht (BSG) schützt Patientenrechte, wenn Krankenkasse nicht fristgerecht zum Leistungsantrag entscheidet



Laut Gesetz muss eine Krankenkasse innerhalb von drei Wochen über einen Antrag auf Kostenübernahme für eine medizinische Behandlung entscheiden. Ist ein Gutachten erforderlich, beträgt die Frist fünf Wochen.

Versäumt die Kasse diese Fristen, gilt der Antrag als genehmigt. Am 07.11.2017 entschied das Bundessozialgericht unter den Az. B1 KR 15/17 R und B1 KR 24/17 R zu Gunsten mittelloser Versicherter, dass die beantragte Leistung bei verspäteter Entscheidung durch die jeweilige Krankenversicherung aufgrund der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V auch ohne Vorleistung des Versicherten zu gewähren ist. In zwei Fällen hatte jeweils die beklagte Krankenkasse im laufenden Verfahren vorsorglich die Rücknahme der fingierten Genehmigung erklärt. Das Bundessozialgericht stellte klar, dass der Gesetzgeber mit der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs.3a SGB V ausdrücklich die Rechte der Patientinnen und Patienten schützen wollte. Gleichzeitig sollte mittellosen Versicherten diese Leistung nicht durch die Rücknahme einer fingierten Erklärung im laufenden Verfahren wieder genommen werden, da sie in der Regel die Kosten hierfür selbst nicht aufbringen könnten. Damit wären sie schlechter gestellt als Patienten, die sich zunächst auf eigene Kosten behandeln lassen und

später ihren Rückforderungsanspruch gegenüber der Krankenkasse durchsetzen könnten.

In zwei weiteren Verfahren wurde zur Genehmigungsfiktion entschieden: Unter dem Az. 1 B1 KR 2/17 R musste die beklagte Krankenkasse zu Recht die beantragte Therapie als Naturalleistung gewähren. Auch unter dem Az. B1 KR 7/17 R wies der Senat die Revision der beklagten Krankenkasse zurück. In diesem Fall hatte die Krankenkasse erst drei Monate nach Antragstellung ihre Entscheidung getroffen.

In seiner Pressemitteilung stellte das Bundessozialgericht zudem klar, dass eine Rücknahme der (fingierten) Genehmigung seitens der Krankenkasse nur möglich ist, wenn sie rechtswidrig ist, weil die Voraussetzungen des Anspruchs auf die fingierte Genehmigung nicht erfüllt sind. Der Wortlaut der Entscheidungen war bei Redaktionsschluss noch nicht veröffentlicht.

Die Autorin:

Swaantje Schlittgen
Rechtsanwältin
Leipzig



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

Beatmung mit speziellen Modi

prisma VENT 30/40/50

- 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 AVAPS-AE Silver Series

Mit Modus AVAPS-AE, mit automatischer Anpassung des EPAP



O3T-Clean mit Akku

Ozon Desinfektionsgerät

Desinfizieren Sie Geräte und Zubehör, z.B. Schläuche, Masken usw., auf Knopfdruck ohne Chemikalien.

**Messe-Neuheit
 248,50 €**



Sauerstoffversorgung

- Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

SimplyGo bis 2 l/min Dauerflow

SimplyGo Mini nur 2,3 kg

Inogen One G3 8 Cell High-Flow nur 2,2 kg

Inogen One G4, 4 Cell nur 1,27 kg

Eclipse 5 bis 3 l/min Dauerflow

**Miete ab 1 Woche
 möglich!**



**Inogen One G4
 Shop-Preis
 ab 2.798,00 € ***

Sekretolyse

VibraVest

Methode HFCWO (High Frequency Chest Wall Oscillation) **ohne Kompression** des Brustkorbes. 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



Inhalation

m-neb pressure+ Membranvernebler

Max. Wirkungsgrad aufgrund der idealen Tröpfchengröße (kleiner 4 µm) durch den Micro-Mesh-Driver.

**Mesh-Inhalation
 auch atemzuggesteuert.
 Invasiv, non-invasiv,
 HomeCare**



Atemtherapiegeräte

Alpha 300 IPPB + PSI

- Intermittent Positive Pressure Breathing
- Prä- und postoperatives Atemtraining
- Unterstützend mit gesteuerter Inhalation
- PSI = Pressure Support Inhalation
- dadurch Erhöhung der Medikamentendeposition

**IPPB Atemtherapie
 mit Inhalation: PSI**



GeloMuc/Quake/RespiPro/ PowerBreathe Medic/ RC-Cornet/PersonalBest

**Shop-Preis
 GeloMuc
 55,00 € ***



* Aktionspreis
 solange Vorrat reicht

Finger-Pulsoxymeter, z.B. OXY 310
35,00 € *

Rehabilitation mit Zertifikat erfolgreich abgeschlossen

Vom 10. bis zum 31. Juli 2017 war ich als COPD-Patient mit Schweregrad 4 und mit Langzeit-Flüssigsauerstoffversorgung zur Rehabilitation in der Schön Klinik in Berchtesgaden. Gleich nach der Ankunft wurde mir mein Zimmer mit schöner Aussicht auf die Bergwelt zugewiesen.

Nach dem Mittagessen kam die Stationsärztin zum Aufnahmegespräch und mir wurden die ersten Termine mitgeteilt. Am nächsten Tag wurde zuerst eine ausführliche Diagnostik durchgeführt und mit der Oberärztin wurden die weitere Diagnostik, die Rehabilitationsziele und Therapien besprochen.

Zur Diagnostik gehörte unter anderem die Überprüfung meiner nicht-invasiven Beatmungstherapie (NIV), die wöchentliche Bestimmung meiner Lungenfunktion, der 6 Minuten Gehstest zum Beginn und am Ende der Rehabilitation, eine Knochendichtemessung, ein EKG und die wöchentlichen Blutabnahmen zur Blutbildkontrolle und schließlich die Gewichtskontrolle.

Zum Therapieprogramm gehörte das tägliche Gerätetraining, wöchentliche Massagen, 2-3 mal wöchentlich Physiotherapie, Atemtherapie in der Gruppe und verschiedene Vorträge zu Themen wie: COPD, Ernährung, Sauerstoffversorgung und Lungentransplantation.





In den Ruhezeiten hatte man Gelegenheit sich mit Betroffenen auszutauschen, im Klinikkafee zu entspannen und am Wochenende und nachmittags konnte man alleine oder in der Gruppe das Berchtesgader Land erkunden.

Die Einrichtung der Klinik ist zweckmäßig und das gesamte Team war immer freundlich und äußerst hilfsbereit. Die Verpflegung war sehr abwechslungsreich und ausreichend.

Im Abschlussgespräch wurden mir ausführlicher Empfehlungen für zuhause mitgegeben und mir wurde mein persönliches Abschlusszertifikat ausgehändigt..

Die Rehabilitationsmaßnahme war für mich persönlich ein voller Erfolg und ist sehr zu empfehlen.

Der Autor:

Jürgen Frischmann,
stellv. Vorsitzender der DPLA
65193 Wiesbaden
Tel. 0160-4628961

www.juergen-frischmann.de



*„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

Gesundheit als Markt

Was kann Selbsthilfe da noch leisten?



Gesundheit als Markt – Diese Überschrift weckte bei mir Interesse zur Teilnahme an einem mehrtägigen Seminar im Herbst des vergangenen Jahres. Angeboten hatte es die Friedrich-Naumann-Stiftung. Die Referentenliste versprach eine spannende Sicht der Dinge auf den Gesundheitsmarkt.

Geschäfte der Gesundheitsindustrie – Woran unsere Medizin krankt

Die Diplom-Biologin und Wissenschaftsjournalistin *Cornelia Stolze*, Autorin von u. a. „Krank durch Medikamente“ nahm es in ihrem Vortrag mit dem in Deutschland am stärksten wachsenden Markt auf: dem Gesundheitsmarkt. In Ihrem Vortrag „Geschäfte der Gesundheitsindustrie – Woran unsere Medizin krankt“, zeigte sie am Beispiel Demenz, warum die Früherkennung von Alzheimer wissenschaftlicher Unsinn und damit ein leeres Versprechen ist. Doch das sei nur die Spitze des Eisbergs. In Wirklichkeit führten namhafte Mediziner und Forscher die Öffentlichkeit seit Jahren mit Fehlinformationen zu Alzheimer und Demenz in die Irre. Im Schatten renommierter Universitäten und unter dem Deckmantel angeblich gemeinnütziger Organisationen schürten sie Ängste, setzten falsche Versprechen

von Prävention und Heilung in die Welt. Kein Wunder. Denn: Die beteiligten Professoren, Universitäten und Ärzte seien eng mit der Industrie verstrickt. Statt ärztlichem Ethos seien massive Interessenkonflikte im Spiel.

Der Staat als Akteur und Kontrolleur der Gesundheitswirtschaft

Prof. Dr. Dirk Sauerland, Professor für Institutionsökonomie und Gesundheitspolitik, brachte dem Auditorium die Zwänge nahe, denen die in der Gesundheitswirtschaft tätigen Akteure aus ökonomischen Betrachtungsweisen heraus ausgesetzt sind. Die stetigen Gesundheitsreformen (Struktur- und/oder Finanzreformen) veranlassten die Marktteilnehmer zu einem fortlaufenden Anpassungsprozess auf dem Gesundheitsmarkt. Die Folge der extern gesetzten Reize des Staates seien neue Organisationsformen und die Bildung neuer Berufsfelder. Die dadurch entstehenden Marktnischen würden durch neue Marktteilnehmer oder durch innerhalb der Gesundheitsbranche bestehende Marktakteure erschlossen und besetzt. Die Strukturen innerhalb der Gesundheitswirtschaft passten sich an und neue Wirkungszusammenhänge zwischen Akteuren entstünden.

Deutschland, deine Hüften – ein Land operiert sich fit

In Fortsetzung des Vortrages von Prof. Sauerland ging es beim Vortrag von *Dr. Helmut Isringhaus*, Herz- und Thoraxchirurg und Leiter des Gesundheitsforums Saar, beim Thema: „Deutschland, deine Hüften – ein Land operiert sich fit“ in erster Linie über die Vorenthaltung medizinischer Leistungen. Experten müssten künftig entscheiden, wem die Kassen noch teure Therapien und Arzneimittel erstatten dürfen. „Harte Kämpfe um Medikamente und Therapien könnten in Deutschland bald Alltag werden“, schrieben gar einige Medienvertreter, so Dr. Isringhaus. Lange Wartezeiten sollen in Kauf genommen werden, Selbstbehalte und Zusatzbeiträge sollen steigen. Es stelle sich die Frage, wer in Zukunft überhaupt festlegen soll, ob Kosten und Nutzen „angemessen“ sind. Wie teuer darf zukünftig ein Diagnoseverfahren sein, das etwa Brustkrebs etwas früher entdeckt? Oder zahlen wir bald einen Krankenkassenbeitrag in Höhe von 20 % oder mehr. Sind wir künftig bereit, mehr für unsere Gesundheit zu zahlen? Ist Pflege im Alter bezahlbar? Erkennt man finanzielle Armut irgendwann am schlechten Gebiss? Quo vadis Gesundheitssystem?

Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Sehr spannend fand ich auch den Praxisbericht von Bernd Christl, dem Leiter von „EU-PATIENTEN.DE“, der nationalen Kontaktstelle für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union. Sie hat die Aufgabe, die Informationslage für Patientinnen und Patienten zu verbessern, die eine Gesundheitsleistung (z. B. eine ärztliche Behandlung) in einem anderen EU-Mitgliedstaat erhalten möchten. Grundlage für diese Ansprüche ist die Richtlinie zur Patientenmobilität (RL 2011/24/EU). „EU-PATIENTEN.DE“ ist die nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in Deutschland. Auf der Plattform „EU-PATIENTEN.DE“ erfahren Patienten, aber auch Dienstleister im Gesundheitswesen, welche Möglichkeiten einer ärztlichen Behandlung es für EU-Bürger in Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, den s. g. EWR-Staaten und der Schweiz gibt. Dort ist nachzulesen, wer die Kosten der Behandlung z. B. deutscher Patienten z. B. in Spanien übernimmt, und welche Kosten übernommen werden und von wem? An wen muss sich der Patient wenden? Alle diese Informationen seien im Detail und mit viel Hintergrundinformationen auf dieser Plattform im Internet abrufbar, so Bernd Christl.

Telemedizin – Alles geht ... manches schief

PD Dr. med. Michael Reng ist Chefarzt für Gastroenterologie und Akutmedizin in der Goldbergklinik Kelheim. Er hat zum Thema „Einsatz moderner Informationstechnologie in der Medizin“ sich habilitiert und lehrt am Universitätsklinikum und an der Fachhochschule Regensburg Medizininformatik. Reng ist trotz seines IT-Engagements kontinuierlich in der Patientenversorgung tätig und vereint so Entwickler und Nutzer medizinischer Software in seiner Person. PD Reng stellte den derzeitigen Stand der Telemedizin vor, gab einen Überblick zum Stand der Entwicklung und den Möglichkeiten und Grenzen, die mit der Einführung der Gesundheitskarte einhergehen. Sein Vortrag trug den vielsagenden Titel: „Alles geht ... manches schief“, und zeigte die Risiken und Nebenwirkungen des Einsatzes moderner Informationstechnologien in der Medizin, am Beispiel der Gesundheitskarte und der Notfallmedizin sowie der ärztlichen Versorgung einer überalternden und wenig mobilen Landbevölkerung in der Zukunft auf.

Patientensouveränität – Das ICH entscheidet

„Der unzureichende Zugang zu angemessenen und patientenorientierten Gesundheitsleistungen, mangelnde Wertschätzung und unzureichend erlebte Partizipation d.h. Teilhabe durch Mitbestimmung, Mitsprache, Einbeziehung beeinträchtigen die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung und ihren Erfolg!“ So das Eingangs-Statement des Patientenbeauftragten der Landesregierung in NRW, Dirk Meyer, der gleich zu Anfang die Unabhängigkeit seiner Arbeit betonte. Er sei, so macht er deutlich, nicht an Weisungen der Landesregierung gebunden und ist so unabhängig von politischen Entscheidungen. Meyer setzt sich ein für eine Verbesserung der Patientenorientierung in der Medizin. Die aber erfordert von den Professionellen, dass sie sich sowohl auf die spezifischen Herausforderungen der medizinischen Behandlung, als auch auf den individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten im Zusammenhang ihrer Krankheit einstellen müssen. Das geschehe leider noch viel zu wenig. Auf der institutionellen und politischen Ebene bedürfe es spezifischer Rahmenbedingungen, um eine legitimierte und fachkundige Partizipation der Patientenorganisationen zu ermöglichen. In NRW sei es im letzten Jahr gelungen, einen wichtigen Prozess für mehr Teilhabe auf den Weg zu bringen. Ziel sei es, so Meyer, die Autonomie und Selbstbefähigung in der Patientenvertretung zu fördern, damit so eine Beteiligung auf Augenhöhe mit anderen Institutionen im Gesundheitswesen möglich werde.

Ende gut, alles gut?

Nicht wirklich! 3 Tage volles Programm, sind nicht spurlos an mir vorbeigegangen. Aber das Seminar hat sich gelohnt, gerade auch deshalb, weil nur durch den Blick auf das große Ganze unseres Gesundheitssystems auch die Selbsthilfearbeit in der Zukunft erfolgreich sein kann.

Was kann Selbsthilfe in diesem Gesundheitsmarkt noch leisten?

Vor dem Hintergrund dieser Fortbildung, die mich als Zuhörer und Diskutanten begeisterte, wollte ich eigentlich nur einen überschaubaren Artikel zu den Themen des Seminars schreiben. Letztlich ist dann ein Aufsatz daraus geworden, der die Selbsthilfe im Gesundheitswesen als Ganzes in diesem Gesundheitsmarkt betrachtet und hinterfragt, was wir unter den im besuchten Seminar beschriebenen Szenarien überhaupt noch tun können. Als Beisitzer für Gesundheitspolitik in der Deutschen Sauerstoff- und Beatmungsliga LOT e.V. war ich im Vorstand verantwortlich für die gesundheitspolitische Ausrichtung unserer Selbsthilfeorganisation. Diese gesundheitspolitische Ausrichtung war und ist geprägt durch die alltäglich spürbaren Veränderungen im Deutschen Gesundheitssystem. Für viele unserer Mitglieder, Patienten mit einer Langzeit-Sauerstoff- und/oder Beatmungstherapie bedeutet das Veränderungen oder gar grundlegende Einschnitte in ihre Versorgung, welche in der Folge zum Verlust der bis dahin noch einigermaßen zufriedenstellenden Mobilität führt. Die bundesweite Versorgungs- bzw. Umversorgungspraxis der Krankenkassen beschäftigte nicht nur mich in meiner Funktion als Beisitzer für Gesundheitspolitik, sondern den gesamten Vorstand und auch viele davon betroffene Mitglieder und Patienten sehr umfänglich. Diese Praxis der Krankenkassen beschränkt sich nicht alleine auf den Bereich der Langzeit-Sauerstoff- und

Beatmungstherapie, sondern betrifft alle Bereiche der Versorgung. Ein patientenorientiertes Versorgungssystem würde, da bin ich mir sicher, dazu führen, dass unser Gesundheitssystem insgesamt wirtschaftlicher wird. Es könnte viel weggelassen werden, ohne die Versorgung zu gefährden oder zu verschlechtern. Andererseits könnte die Versorgungsqualität und die damit verbundene Steigerung der Lebensqualität der Patienten mit etlichen kleinen Maßnahmen, die nicht viel kosten, entscheidend verbessert werden. Wenn wir Aktive in der Selbsthilfe für Atemwegspatienten uns für Sie, sehr geehrte Leserinnen und Leser, und für die Stärkung Ihrer Rechte als Patienten im Gesundheitssystem einsetzen, dann kann das auch nur erfolgreich sein, wenn jeder Betroffene seinen Beitrag zum Erfolg einer Therapie leistet und nicht nur Engagement von Anderen fordert. Das darf und muss Selbsthilfe von den Betroffenen offen einfordern dürfen, um im „Gesundheitsmarkt“ als Patientenvertreter ernst genommen zu werden. Das hat das keine primär wirtschaftlichen Gründe, sondern vor allem humanitäre.

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist einerseits sehr krankheits-, medizin- und arztzentriert, andererseits eine der größten, und weiter eine der am schnellsten wachsenden Branchen unserer Volkswirtschaft mit einem Umsatz von über 300 Milliarden Euro pro Jahr. Die allermeisten Akteure vertreten dabei ihre eigenen wirtschaftlichen Interessen. Das hat mehrere, für die Patienten ungünstige Konsequenzen. Zum einen sind nur wenige der Institutionen in erster Linie an der besten Versorgung der Patientinnen und Patienten interessiert, sondern vielmehr an ihrem eigenen wirtschaftlichen Wohlergehen. Das führt insgesamt dazu, dass der Umgang mit Gesundheit und Krankheit immer stärker unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet wird. Der Patient wird in mögliche

ANZEIGE

 <p>KLINIK BAD REICHENHALL</p> <p>Zentrum für Rehabilitation Pneumologie und Orthopädie</p> <p>Eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd</p> <p>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</p>	<p>Wir setzen seit 60 Jahren Standards in der pneumologischen Rehabilitation</p>  <p>- Behandlung von Patienten mit Erkrankungen der Atmungsorgane wie Asthma, Bronchitis, COPD, Emphysem, Lungenfibrosen, Atemwegsallergien sowie orthopädischen Erkrankungen und internistischen Begleiterkrankungen in ganzheitlicher Form. Anschluss-Rehabilitation, z.B. nach Tumorbehandlung, Pneumonien oder Lungenembolien - Vorgehalten werden alle diagnostischen Verfahren (z. B. Röntgen, Schalllabor, Lungenfunktions- und Allergielabor, Bronchoskopie, internistische und kardiologische Funktionsdiagnostik) und therapeutischen Verfahren einer pneumologischen Schwerpunkt-Rehabilitationsklinik (alle Formen der Inhalation, Atemphysiotherapie, allgemeine Krankengymnastik, Lungensport, Med. Trainingstherapie, Patientenschulung, nicht-invasive Beatmung, Diätberatung, psychologische Hilfen, Sozialberatung) - 269 moderne und helle Einzelzimmer, alle ausgestattet mit Dusche/WC, TV, Telefon, Radio und Kühlschrank, auf Wunsch auch Doppelzimmer (z. B. Ehe- oder Lebenspartner) - Barrierefreie Klinik mit rollstuhlgerechten Zimmern - Optimale Lage in der Fußgängerzone (Kurzone) direkt am Kurpark mit Gradienwerk - Aufnahme von Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenkassen sowie Selbstzahlern und Privatpatienten</p>
---	--

Leistungen „zerlegt“, die mit Eurobeträgen hinterlegt werden. Was dabei herauskommt ist nicht unbedingt eine optimale Versorgung, sondern eine Optimierung der Ertragslage der einzelnen versorgenden Akteure. Deshalb kommen wir in unserem Land mit der fach- und institutionenübergreifenden Versorgung chronisch kranker Menschen nicht wirklich voran. An der guten Versorgung chronisch kranker Menschen haben nach meiner Einschätzung – auch die Krankenkassen kein echtes Interesse.

Krankenkassen nehmen chronisch kranke Menschen vor allem deshalb gerne auf, weil sie so mehr Geld aus dem Risikostrukturausgleich der Krankenkassen erhalten können. An der Versorgung chronisch kranker Menschen hat aber der einzelne niedergelassene Arzt kein gesteigertes Interesse, weil diese öfter kommen, als es für ihn ökonomisch günstig ist. Gleiches gilt auch für die Krankenhäuser, weil längere Liegezeiten chronisch kranker Menschen nicht mit den kalkulierten kurzen Liegezeiten der Fallpauschalen vereinbar sind. So wird die teuerste Patientengruppe, also jene 20 Prozent der Bevölkerung, die unter chronischen Krankheiten leiden, nicht wirklich entsprechend dem Stand der medizinischen Möglichkeiten versorgt.

In Deutschland haben wir immer noch das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Patient zu sein ist ja im Regelfall (bei etwa 80% der Menschen) ein vorübergehender Zustand. Deshalb ist es unmöglich, so etwas wie eine Patientengewerkschaft zu gründen. Auch chronisch kranke Menschen sind ja oft nicht dauerhaft Patienten. Sie haben aber aufgrund der Kontinuität ihrer Betroffenheit einen besonders scharfen und erfahrungsgesättigten Blick auf das System. Deshalb hat der Gesetzgeber ja auch zu Recht entschieden, dass zum Beispiel in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses, G-BA, die maßgeblichen Organisationen der Selbsthilfe als die authentischen Vertreter der Patientenperspektive vertreten sind.

Aber wir sehen, dass die Kraft dieser Akteure, wie mir das von Mitgliedern in diesem zentralen Ausschuss des deutschen Gesundheitswesens bestätigt wurde, oft nicht ausreicht um wirklich etwas zu verändern. Bei der Systemgestaltung und Steuerung im Gesundheitswesen wird die Selbsthilfe von der Politik „schwach gehalten“ statt gestärkt. Vertreter der Selbsthilfe haben in allen Gremien – bis heute – nur eine beratende Stimme. Da hilft auch ein schlecht gemachtes „Patientenrechtegesetz“ nicht weiter.



Gegen die Tatsache, dass das Versorgungssystem vorwiegend wirtschaftlich orientiert ist, kommt die Sichtweise der Patienten sehr schwer an. Es wäre sicher wünschenswert, wenn alle Organisationen der Selbsthilfe und der Interessenvertretung der Patienten eine gemeinsame Plattform der Willensäußerung hätten. So könnten Sie Ihre politische Einflussnahme stärker bündeln. Das ist sicher eine wichtige Zukunftsaufgabe, um die „Patientenlobby“ zu stärken. Wir müssen dahin kommen, dass wir als Selbsthilfeorganisationen zukünftig die Bedeutung der Einheit von medizinischer und sozialer Versorgung stärker in die Gesellschaft transportieren, so dass sich diese Sichtweise dann auch in der Gestaltung und Steuerung des Gesundheitssystems niederschlägt. Sowohl im Gemeinsamen Gesundheitsausschuss (G-BA) als auch im Gesundheitsministerium kann man nicht davon ausgehen, dass die dort mit politischen Entscheidungen befassten Akteure zwingend einen besonders ausgeprägten Sachverstand im Hinblick auf medizinische und psychosoziale Fragen haben. Umso stärker sind diese Akteure aber offen für die Einflüsse der Leistungserbringer und -anbieter. Auch für professionelle Gesundheitspolitiker ist Gesundheitspolitik immer noch weithin Krankenversorgungs- und Medizinpolitik, und die wird in ihrer Sichtweise meist authentisch von der Ärzteschaft artikuliert. Durch diese Verengung des Blickwinkels geraten aber wichtige Aspekte, gerade der psychosozialen Versorgungsnotwendigkeiten, aus dem Blickfeld. Es ist unsere Aufgabe, uns starke Mitstreiter z.B. bei den Sozialverbänden zu suchen die mit viel Erfahrung, auch in der Gesundheitsselfhilfe und der Behindertenhilfe immer wieder diese wichtigen Aspekte in die Politikprozesse einbringen und



G-BA

sie können diese auch der Öffentlichkeit vermitteln, zumal es, wie wir wissen, Aspekte sind, die von der breiten Bevölkerung genauso gesehen werden. Wir müssen lernen, die Potenz unserer Selbsthilfe in der Politik umzusetzen. Das ist bislang leider noch nicht gelungen.

Ein echtes Stimmrecht für Patienten wäre unendlich wichtig. Wenn wir das in den Ausschüssen hätten, in denen die Gesetzesvorlagen zum Patientenrecht erarbeitet werden, wäre das doch etwas ganz anderes, als wenn man, wie vor drei Jahren geschehen, ein Patientenrechtegesetz verabschiedet, das, wie ich finde, seinen Namen zu Unrecht trägt. So war es Selbsthilfevertretern – nach meiner Kenntnis – nur erlaubt, dabei sitzen zu können und hin und wieder einmal ihre maßgebliche oder unmaßgebliche Meinung sagen zu dürfen.

Wir alle, einmal mehr die Aktiven der Selbsthilfe, aber auch alle Mitglieder in den Patientenorganisationen und alle Patienten müssen viel mehr nach außen gehen. Bei den Selbsthilfeorganisationen passiert alles eher nach Innen! – Da ist man vorwiegend mit sich selbst beschäftigt – oft, vielleicht zu oft, im schlechten Sinne.

Solange Selbsthilfearbeit nicht nach außen (draußen) getragen wird und dem Patientenanliegen keine politische Macht und Wählerstimmen verliehen werden, können wir lange darauf warten, dass sich etwas grundlegend ändert.

Ganz wichtig ist in diesem Zusammenhang auch deutlich zu machen, dass jeder, der von einer chronischen Erkrankung betroffen ist, seinen ganz persönlichen Beitrag für die Selbsthilfe leisten kann: In dem er z.B. durch seine regelmäßige Teilnahme an Treffen mit

Anderen gleichfalls Betroffenen mit dazu beiträgt, dass der Fortbestand der Selbsthilfegruppen und der Zusammenhalt in der Selbsthilfearbeit gestärkt wird, um so Forderungen der Selbsthilfe transparent in die Öffentlichkeit zu tragen.

Holen wir uns doch Multiplikatoren wie beispielsweise Journalisten oder Politiker mit ins Boot, bleiben wir mit diesen im ständigen Dialog und entwickeln mit diesen eventuell auch Patenschaften / Schirmherrschaften. Einige werden Betroffenheit zeigen, kennen im Angehörigen-, Bekannten- oder im Umkreis ebenfalls jemanden, der auch betroffen ist.

Letztlich geht es darum, dass die Selbsthilfe sich von der Politik nicht mehr so viel gefallen lässt wie bisher. Wo Patienten mit ihrer Kompetenz wahrgenommen werden, können und sollen sie die Qualitätszirkel im Gesundheitswesen bereichern.

Es gibt viele Baustellen, an denen wir unterwegs sein müssen, zum Wohle kranker Menschen, zu denen auch wir Aktive in der Selbsthilfe gehören!

Gut, wir können auch immer unzufrieden sein, sagen, dass das nicht schnell genug und vielleicht auch nicht immer in die richtige Richtung geht. Andererseits darf ich aber feststellen, dass in den vergangenen 10 Jahren in der Deutschen Sauerstoff- und Beatmungsliga, der LOT e.V., auch durch eine verstärkte gesundheitspolitische Ausrichtung Dinge in Bewegung gekommen sind, die die Gründerväter und -mütter der damaligen Selbsthilfegruppe Sauerstoff-Langzeit-Therapie (LOT e.V.) so nicht „auf dem Schirm“ hatten.

Machen wir gemeinsam und aktiv weiter!

Der Autor:

Franz-Josef Kölzer,
ehem. Beisitzer Gesundheitspolitik und
Ehrenvorsitzender der Deutschen Sauerstoff- und
Beatmungsliga LOT e.V.,



50 Jahre BAG SELBSTHILFE

Selbsthilfegruppen sind Keimzellen der Demokratie

Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier würdigt Engagement der BAG SELBSTHILFE

„Selbsthilfegruppen sind Keimzellen der Demokratie. Hier entstehen Impulse, bestehende Strukturen, die vielleicht verknöchert sind, umzugestalten und für gemeinsame Rechte zu kämpfen.“ Mit dieser Grundsatzaussage begeisterte Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier die 250 geladenen Gäste im Rahmen der Jubiläums-Matinée der BAG SELBSTHILFE am 22. September 2017 im Tagungszentrum Aquino in Berlin.

In seiner Rede forderte der Bundespräsident mehr Anstrengungen für die Inklusion Behinderter. „Inklusion ist gelebte Demokratie. (...) Es verträgt sich nicht mit unserer Demokratie, wenn Menschen ausgeschlossen werden. Es widerspricht unserer Vorstellung von einer offenen Gesellschaft, wenn Menschen im Alltag auf Hürden stoßen, die sie daran hindern, am öffentlichen Leben teilzunehmen“, stellte er heraus und beschrieb damit auch den Alltag der anwesenden Menschen. „Inklusion darf nicht zum Sparmodell umfunktioniert werden.“ Das gelte besonders für die Schulen. „Der gemeinsame Unterricht leidet darunter, wenn es an geeigneten Räumen, an barrierefreien Texten oder an gut ausgebildeten Lehrkräften mangelt.“

Der Bundespräsident würdigte ausdrücklich auch die Arbeit der BAG SELBSTHILFE in den vergangenen 50 Jahren auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft: „Natürlich gibt es Schwierigkeiten, natürlich gibt es auch Konflikte“, betonte er. „Das ist aber kein Grund, alles schlechtzureden und das Prinzip Inklusion zu verdammern. Wenn wir heute auf ein halbes Jahrhundert zurückblicken, ich glaube dann wird uns bewusst, wie unglaublich viel Sie tatsächlich erreicht haben“.

(<http://www.bundespraesident.de/SharedDocs/Reden/DE/Frank-Walter-Steinmeier/Reden/2017/09/170922-BAG-Jubilaum.html?nn=9042544>)

In seiner Rede verwies Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer der BAG SELBSTHILFE, deshalb auf wichtige Erfolge der Selbsthilfebewegung, wie beispielsweise die Umsetzung der Patientenbeteiligung oder die Aufnahme des Diskriminierungsverbots für Menschen mit Behinderungen in das Grundgesetz. Er machte aber auch deutlich, dass es noch viele Ziele



Jubiläums-Matinée der BAG SELBSTHILFE - Der Bundesvorstand sowie der Bundesgeschäftsführer der BAG SELBSTHILFE mit dem Bundespräsidenten Frank-Walter Steinmeier (v.l.n.r.: Birgit Dembski, Barbara Kleinow, Dr. Martin Danner, Verena Gotzes, Rolf Flathmann, Dr. Frank-Walter Steinmeier, Prof. Dr. Joachim Baltes, Hannelore Loskill, Renate Pfeifer, Marion Rink)

zu erreichen gibt und dass gerade durch den Wandel zu einer Wissens- und Informationsgesellschaft große Herausforderungen auf die Selbsthilfe warten:

„Bevor es das Internet gab, waren Selbsthilfegruppen für die Betroffenen oftmals die wichtigste Informationsbörse, um sich über therapeutische Optionen, mögliche Behandler und neue Hilfsmittel zu informieren. Heute geht es eher darum, die Vielzahl der Informationen zu gewichten oder über das zu informieren, was eben noch nicht im Internet steht.“

Junge Menschen für die Selbsthilfe zu begeistern, Wissensmanagement und die Nutzung internet-basierter Kommunikationskanäle sind daher große Herausforderungen für die weitere Entwicklung der Selbsthilfe. Gerade in diesen Feldern wird sich die BAG SELBSTHILFE künftig besonders engagieren.

Die BAG SELBSTHILFE mit Sitz in Düsseldorf ist die Dachorganisation von 117 bundesweiten Selbsthilfeverbänden behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen. Sie ist in 13 Landesarbeitsgemeinschaften und 5 außerordentliche Mitgliedsverbände gegliedert. In der BAG SELBSTHILFE werden mehr als 1 Million körperlich-, geistig-, sinnesbehinderte und chronisch kranke Menschen vertreten. Sie sind sowohl auf Bundes- und Landesebene tätig und auf lokaler Ebene in Selbsthilfegruppen und Vereinen vor Ort.

Praktischer Tipp:

Mit Sauerstoff mobil dank Eigenkonstruktion



Auch auf dem Fahrrad kann man mit flüssigem Sauerstoff mobil sein und auf einen lästigen Rucksack verzichten!

Die nachstehenden Bilder zeigen eine Eigenkonstruktion zum Transport eines „Helios-Marathon- H850-Mobilteiles“ auf einem E-Bike – montiert mit wenigen Handgriffen, Kosten unter 10,00 Euro.

Dazu folgende Beschreibung:

1. Ein Trolley (Original von Helios Marathon) wird mit 4 Kabelbindern und einem Gummiband auf weicher Textil-Unterlage (z. B. Gästehandtuch) auf dem Fahrrad-Gepäckträger fest montiert.
2. Der montierte Trolley nimmt das Helios-Marathon-Mobilteil auf.
3. Ein 4- oder 5-teiliges Spann-Gummiband (oder 2 bzw. 3 einzelne), das am Fahrrad-Gepäckträger eingehakt wird, wird über das Mobilteil (unter dem Griffstück hindurch) und über das Gestänge des Trolleys geführt und in einen waagrecht auf etwa „halber Höhe“ angebrachten (größe-

ren) Kabelbinder eingehakt und damit festgezurr.

Fertig!!

(Analoges Verfahren bei anderen Mobilteilen)

Mit wenigen Handgriffen (lösen des Gummibandes) kann das Mobilteil zum Füllen wieder entfernt werden; der Trolley bleibt auch während des Transportes auf dem Auto-Fahrradträger montiert – das Mobilteil wird im Auto transportiert und dient ggfs. während der Fahrt zur Sauerstoffversorgung.

Der Autor:

Hans-Otto Kurz
Schillerstr. 15
36251 Ludwigsau-Friedlos
Tel.: 06 621-76 548 –
Mob.: 0174-44 12 177



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

Arbeitsplatzbedingte Erkrankungen sind leider immer noch sehr häufig. Sie können durch Luftverschmutzung mit Gasen, Stäuben und Dämpfen bis zur Berufsunfähigkeit führen. Detaillierte Informationen finden Sie im Flyer 26: Arbeitsplatzbedingte Erkrankungen.

Arbeitsplatzbedingte Erkrankungen sind vielfältig. Sie können berufsbedingt zu COPD, Asthma, über Staublungerkrankungen sogar bis zum Krebs führen. Einen Überblick hierzu bis zu Informationen zur Vorbeugung und dem Handeln bei Verdacht auf eine Berufskrankheit gibt der Flyer 26 Arbeitsplatzbedingte Erkrankungen 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 Lungensport in Deutschland e.V. unter www.lungensport.org oder bei der Deutschen Atemwegsliga e.V., <http://www.atemwegsliga.de/bestellung.html>, oder bei der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA, info@pat-liga.de, Tel. 06133 / 35 43, für einen kleinen Unkostenbeitrag angefordert werden. Diese Reihe wird von ausgewiesenen Experten erstellt, immer wieder aktualisiert und fortlaufend erweitert. ■

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



Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA
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
	Baden-Württemberg Fellbach, Waiblingen, Backnang	Dieter Kruse	0711 / 589458
	Bayern Weiden, Neustadt, Vohenstrauß	Geschäftsstelle	06133 / 35 43
	Brandenburg Potsdam	Gudrun Krüger Wolfgang Weber	0331 / 2708809 033205 / 25699
	Hessen Frankfurt am Main Marburg Schwalmstadt Wiesbaden	Ellen Herchen Ursula Schösser Friedhelm Stadtmüller Margit Nahrgang Wolfgang Tentler Lothar Wern	069 / 523 507 06102 / 53 416 06422 / 44 51 06424 / 45 73 06691 / 21 775 06122 / 15 254
	Niedersachsen Region Hannover - Hannover - Neustadt am Rübenberge - Garbsen - Wunstorf - Wedemark	Michael Wilken Detlef Henning	05130 / 583 85 77 05032 / 964 090
	Nordrhein-Westfalen Dortmund Duisburg Essen Gelsenkirchen Hagen Lüdenscheid Moers-Niederrhein Rheda-Wiedenbrück Wuppertal	Cornelia Schulz Geschäftsstelle DPLA Jürgen Frischmann Dr. Markus Wittenberg Werner Brand Marlene Dudanski Wilhelm Knitter Helga Brach Heinz-Jürgen Belger Gabriele Reinhold	0231 / 126 376 06133 / 35 43 0160 / 4628961 0209 / 364-3610 02330 / 12 792 02351 / 27 567 02353 / 43 93 02842 / 59 20 05242 / 56 786 0202 / 2531221
	Rheinland-Pfalz Alzey Bernkastel-Wittlich Bitburg Daun (Vulkaneifel) Renate Maisch Birkenfeld/Idar-Oberstein Linz am Rhein Mainz Trier Worms	Jürgen Frischmann Inge Follmann Jürgen Frischmann Inge Follmann 06572 / 23 99 Winfried Walg Jürgen Frischmann Jürgen Frischmann Ursula Eicher Bernhard Röhrig	0160 / 4628961 06573 / 574 0160 / 4628961 06573 / 574 06785 / 77 70 0160 / 4628961 0160 / 4628961 0651 / 44611 0176 / 285 60516
	Saarland Homburg / Saar	Dietmar Hecker Uwe Sersch	06841 / 162 2919 06873 / 669 284

Befreundete Selbsthilfegruppen

**Nordrhein-Westfalen****Selbsthilfegruppe COPD-Atemwegserkrankungen Plettenberg**

Kontakt: Horst Beyer
 Tel.: 02391 – 9179409
 E-Mail: copd-gruppe-plettenberg@t-online.de
<http://www.copd-plettenberg.info/>

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-City

Kontakt: Doris Krecké
 Tel.: 0241-572438
 E-Mail: d.krecke@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD & Lunge Städte Region Aachen – Lungenkrebs

Kontakt: Anja Schüller
 Tel.: 0241 – 4748810
 E-Mail: a.schueller@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Simmerath

Kontakt: Maria-Luise Zorn
 Tel.: 02408-1460099
 E-Mail: m.zorn@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Würselen

Kontakt: Heidi Witt
 Tel.: 02405-475255
 E-Mail: h.witt@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Städte Angehörigengruppe Region Aachen-Würselen

Kontakt: Heidi Witt
 Tel.: 02405-475255
 E-Mail: h.witt@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

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 nahezu 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 fast 50 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

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in die:
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 31.07.2017

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

Die "Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke" im 25. Jahrgang

unterstützt durch

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

Herausgeber und Copyright:

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

„Luftpost“-Redaktion:

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

Abonnenten-Service:

Telefon 06133 – 3543

Das Team:

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

Copyright:

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

Bildnachweise:

Titelbild: © DPLA

Alle Bilder von den Autoren, wenn nicht anders angegeben

Anzeigenvertrieb, Layout und Druck:

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

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

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

Einzelpreis pro Heft:

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

kompetent · verständlich · patientengerecht



Abonnement der „Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke“

Hiermit abonniere ich die

„Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke“.

Die „Luftpost“ erscheint viermal jährlich – einmal im Quartal. Der Bezugspreis pro Jahr beträgt 10,00 Euro, statt 18,00 Euro bei Einzelbezug, inklusive Porto und Versand innerhalb Deutschlands. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, falls es nicht schriftlich sechs Wochen vor Jahresende gekündigt wird.

Abonnement ab Ausgabe:

- Frühjahr Sommer Herbst Winter

Vorname, Name

Telefon

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Abonnementbetreuung:

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

Gewünschte Zahlungsweise:

- bargeldlos durch Bankeinzug

IBAN

BIC

Geldinstitut

- gegen Rechnung (keine Vorauszahlung, bitte Rechnung abwarten)

Datum

Unterschrift

Rücktrittsrecht:

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

Mehr LUFT!

Mit der Kombi-Therapie gegen Atemnot.

Sowohl die chronische Bronchitis, als auch COPD zeichnen sich durch dauerhaft verengte und entzündete Atemwege aus. Der damit verbundene zähe Schleim löst sich nur schwer – der Abtransport ist gestört. Über die normale Tagesschwankung hinweg, können sich die Symptome deutlich verstärken. In schweren Fällen treten alle drei Leitsymptome – Auswurf, Husten und Atemnot gleichzeitig auf und beeinträchtigen den Allgemeinzustand immanent.

Diesem als Exazerbation bezeichneten Zustand, also die deutliche Verschlechterung des Krankheitsbildes, kann man jedoch vorbeugen. Eine aktuelle Studie¹ belegt, dass das vorbeugende Einnehmen von GeloMyrtol[®] forte nicht nur das Allgemeinbefinden verbessert, sondern auch die Exazerbationsrate deutlich reduziert. Während der sechsmonatigen Einnahme von GeloMyrtol[®] forte waren 71 % der GeloMyrtol[®] forte-Gruppe exazerbations-frei, während dies nur bei 45 % der Patienten aus der Placebo-Gruppe der Fall war.

Das pflanzliche Mukosekretolytikum GeloMyrtol[®] forte aktiviert den Selbstreinigungsmechanismus der Atemwege und fördert so den Heilungsprozess.

Auch eine gezielte Atemphysiotherapie kann zusätzlich unterstützen. GeloMyrtol[®] forte und das Atemtherapiegerät GeloMuc[®] bieten eine optimale Kombination zur Verbesserung der Sekretlösung und des Sekrettransports.

Mit seinem Spezialdestillat ätherischer Öle unterstützt GeloMyrtol[®] forte auch den chronisch beeinträchtigten Reinigungsmechanismus in den Bronchien. Der zähe Schleim wird gelöst, die Zilien (Flimmerhärchen) schlagen schneller und können das Sekret besser abtransportieren. Hustenattacken und Auswurf werden gelindert – man kann wieder besser durchatmen. Mehr noch: Das Präparat bremst die Entzündung in den Atemwegen und hemmt Bakterien, die sich im zähen Bronchialschleim leicht vermehren können.

Das Atemtherapiegerät GeloMuc[®] wurde speziell zur Mobilisation von zähem Bronchialschleim entwickelt. Es ist einfach in der Handhabung und effektiv in der Wirkung. Durch Pusten in das Gerät rollt die kleine Metallkugel im Trichter auf und ab und erzeugt Schwingungen, die die Bronchien zum Vibrieren bringen und hier eine Schleimmobilisierung bewirken. Bei regelmäßiger Anwendung ist die Folge eine erleichterte Atmung und eine Verbesserung der Lungenfunktion.

Mit GeloMyrtol[®] forte, das zähes Sekret löst, und GeloMuc[®], das Bronchialschleim mobilisiert und dessen Abtransport erleichtert, steht Ihnen eine effektive Kombination zur Verfügung, mit der Sie aktiv für mehr Luft sorgen können.

1 Beeh KM; Beier J; Candler H; Wittig T. Effect of ELOM-080 on exacerbations and symptoms in COPD patients with a chronic Bronchitis phenotype – a post-hoc Analysis of a randomized, double-blind, Placebo-controlled clinical trial. International Journal of chronic obstructive pulmonary disease, 2016; 11: 2877–2884

Die Kombi, die Sie wieder Luft holen lässt.



Spüren, wie es wirkt.

www.pohl-boskamp.de

GeloMyrtol[®] forte. Zur Schleimlösung und Erleichterung des Abhustens bei akuter und chronischer Bronchitis. Zur Schleimlösung bei Entzündungen der Nasennebenhöhlen (Sinusitis). Wirkstoff: Destillat aus einer Mischung von rektifiziertem Eukalyptusöl, rektifiziertem Süßorangenöl, rektifiziertem Myrtenöl und rektifiziertem Zitronenöl (66:32:1:1). Zur Anwendung bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 6 Jahren. Enthält Sorbitol. Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker. G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG, 25551 Hohenlockstedt (01/11)

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



68470601/15

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

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

AstraZeneca 