

Patienten-Bibliothek

Arzt und Patient im Gespräch – mehr wissen, aktuell und kompetent informiert



Im Fokus der Forschung

COPD in Deutschland

Mit Berichten vom 56. Pneumologie Kongress, Berlin und
22. Kongress der Schlafforschung und Schlafmedizin, Köln

COPD:
Auswirkungen auf Alltag, Psyche und Lebensqualität



Wichtige Ankündigung:
Symposium Lunge

Schlaf und Rhythmus

Deutschland 2,50 €

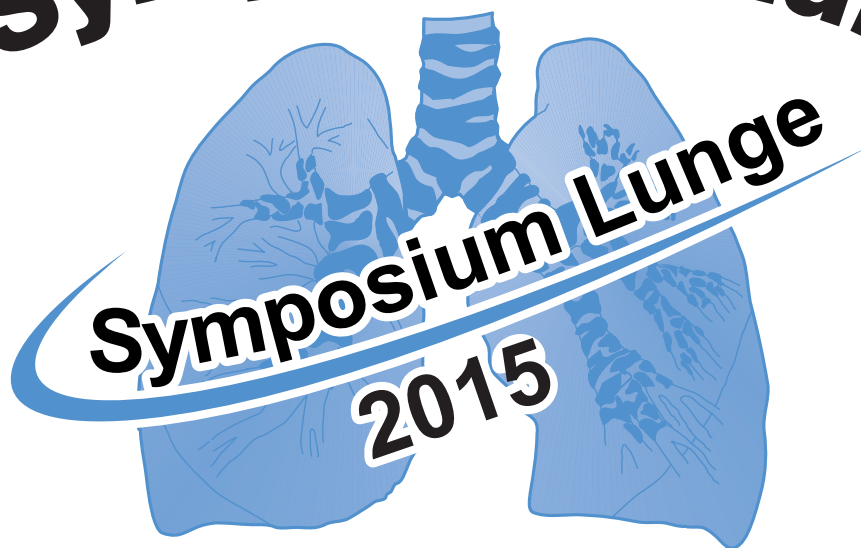


Freiexemplar
Sommer 2015
2. Jahrgang

COPD in Deutschland

Patientenzeitschrift für Atemwegs- und Lungenerkrankungen
kostenfrei bei Ihrem Hausarzt, der Apotheke und in der Klinik

8. Symposium Lunge



COPD und Lungenemphysem

**Behandlung von chronisch obstruktiven
Atemwegserkrankungen heute und in der Zukunft**

Am Samstag, 12. September 2015

9:00 bis 17:00 Uhr

**Auf dem Gelände des
Westfälischen Industriemuseum
Henrichshütte - Gebläsehalle
in Hattingen - Ruhr/NRW**

Eintritt frei!

**Ein Symposium für alle Atemwegs- und
Lungenerkrankte, deren Angehörige,
Ärzte und Fachpersonal**

www.lungenemphysem-copd.de

Veranstalter:



Mitveranstalter:



Editorial



Sehr geehrte Leserinnen, sehr geehrte Leser,

am Samstag, den 12. September 2015 findet zum 8. Mal das Symposium Lunge in Hattingen statt, zu dem ich Sie ganz persönlich einladen möchte.

Das Thema der diesjährigen Veranstaltung lautet: „Behandlung von chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen – heute und in der Zukunft“.

Das Symposium Lunge ist eine einzigartige und gleichzeitig die am meisten besuchte Veranstaltung dieser Art in Deutschland – und bereits zu einer Institution geworden.

Dank der Unterstützung national und international anerkannter Lungenfachärzte aus Universitätskliniken, Fach- und Rehabilitationseinrichtungen, Fachverbänden und Forschungszentren können wir mit dem Symposium Lunge wertvolle Aufklärungsarbeit leisten.

Patienten und Angehörige finden hier auf vielfältige Weise Antworten auf Fragen rund um das Thema Lungenerkrankungen. Durch die hochwertigen informativen Fachvorträge wird Ihnen wichtiges Basiswissen auf dem aktuellsten Stand der Wissenschaft vermittelt. Individuelle Fragen beantworten die Referenten am Ende der Veranstaltung.

Einen Überblick über die aktuellen Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsmittel erhalten Sie auch durch die große Industrieausstellung. Hier werden Ihnen zudem kostenfreie Serviceleistungen angeboten – von der Messung der Sauerstoffsättigung bis hin zur Lungenfunktionsprüfung.

Einen besonderen Stellenwert während der Veranstaltung nimmt immer der persönliche Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen ein. Das Symposium Lunge ist ein Treffpunkt.

Nutzen Sie die Chance, sich umfassend zu informieren und auszutauschen!

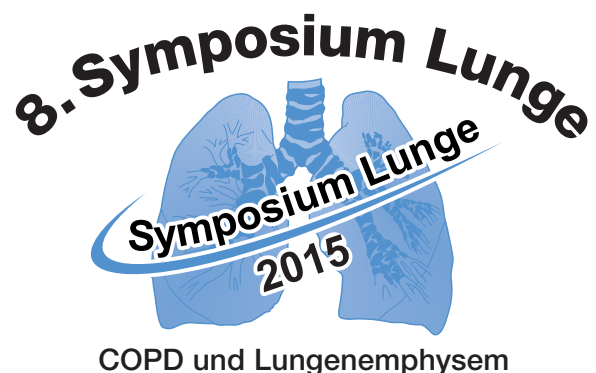
Auf den nachfolgenden Seiten finden Sie das Programm zur Veranstaltung mit allen wichtigen Hinweisen und Informationen.

Hattingen ist eine Reise wert. Ich wünsche Ihnen schon heute eine unbeschwerte Anreise, einen angenehmen Aufenthalt und viele nützliche Erkenntnisse.

Ihr

Jens Lingemann

Initiator und Organisator des Symposium Lunge
Vorsitzender des COPD – Deutschland e.V.
Gründer und Koordinator der Patientenorganisation
Lungenemphysem–COPD Deutschland



Inhalt

Editorial

Persönliche Einladung zum 8. Symposium Lunge

Inhaltsverzeichnis

Ankündigung: 8. Symposium Lunge

Programm

Kostenlose Gesundheitschecks

Das sollten Sie wissen

Pneumologie Kongress

Versorgungsrealität in Deutschland:
Es ist noch „Luft nach oben“

Kongress-Report: Was kommt nach Antibiotika –
Viren gegen Bakterien?

Aktueller Status: COPD-Kohorte COSYCONET

Kongress-Report: Sodbrennen bei COPD

Sport mit einer Lungenerkrankung?
Bewegung heißt (besser) leben

Franziska Liebhardt: Sport ist mein Leben

Positionspapier zur E-Zigarette – Sie ist weder
harmlos noch gut zum „Abgewöhnen“

Aktueller Status: Interventionelle
Emphysemtherapie

Kongress-Report: Für jeden Patienten das
passende Gerät

Inhalativa: Doppelverordnungen oder
Verwechslungen?

Neue Leitlinie: Spirometrie

Gut zu wissen: Diagnostik und Register
des AT1-Mangels

Neue Therapieoption: Idiopathische
Lungenfibrose (IPF)

In der Diskussion:
Lungenfibrose und Emphysem

Auswirkungen auf Alltag, Psyche und Lebensqualität

Übersicht: Angst und Depression bei COPD

Kongress-Report: Leben mit Atemnot 38

Kongress-Report: Individuelle und partnerschaftliche
Krankheitsbewältigung 40

Neuer Ratgeber: COPD: Auswirkungen auf
Alltag, Psyche und Lebensqualität 42

Schlaf und Rhythmus

Basisinformationen: Obstruktives
Schlafapnoe-Syndrom 44

Gut zu wissen: Lungenerkrankung
und Schlafstörungen 45

Aktueller Hinweis: Zentrale Atmungsstörung
und Herzinsuffizienz 46

Buchtipps: Chronobiologie oder Wie wir ticken! 48

Bronchiektasen

Aktuelle Übersicht: Bronchiektasen 50

Kurz und wichtig

Aufruf Versorgungsstudie
Außerklinische Versorgung beatmeter Patienten 53

Pilotprojekt: Telemedizinische Betreuung 54

Aufruf Klinische Studie
Antibiotika und Exazerbationen 55

Veranstaltungstermine 56

Auf ein Wort 57

Bestell- und Lieferservice 58

Selbsthilfe

Patienten fragen – Experten antworten 59

Patienten schreiben für Patienten
Bereits 20 Ratgeber stehen zur Verfügung 61

Selbsthilfegruppen der Patientenorganisation
Lungenemphysem-COPD Deutschland 62

Impressum 63

Vorschau Ausgabe III/2015 63

Du willst es doch auch. Einfach. Atmen.



**Die feine Sprühwolke
macht den Unterschied.¹**

- Strömt langsam aus²
- Einfach einzuatmen
- Kommt gut an^{3,4}

RESPIMAT®

www.respimat.de

Unsere Unterstützung für Ihre Patienten: Kundenservice-Center 0800 77 90 90 0

¹ Voshaar T. Pneumologie 2005;59:25–32.
² Hochrainer D et al. J Aerosol Med 2005;18:273–282.

³ Gillissen A. Pneumologie 2014;68(11):727–736.
⁴ Ciciliani AM et al. Pneumologie 2014;68–V494.

08/15

 **Boehringer
Ingelheim**

8. Symposium Lunge

Thema:	Behandlung von chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen – heute und in der Zukunft	12:00 – 12:25	Impfprophylaxe weitere Impfungen Prof. Dr. Gernot
Datum:	Samstag, 12. September 2015 09:00 – 17:00 Uhr	12:25 – 13:50	Mittagspause Möglichkeit zur
Ort:	LWL – Industriemuseum Westfälisches Landesmuseum Henrichshütte – Gebläsehalle Werksstraße 31 – 33, 45527 Hattingen – Ruhr/NRW	13:20 – 13:50	Im Pausenblock Atemtherapie Dr. rer. medic.
Organisationsbüro:	Symposium Lunge Jens Lingemann Lindstockstraße 30, 45527 Hattingen Telefon: 02324 – 999959 E-Mail: symposium-org@copd-deutschland.de	13:50 – 14:15	Neue Erkenntnis lumenreduktion Prof. Dr. Felix H
Veranstalter:	COPD – Deutschland e.V. www.copd-deutschland.de	14:15 – 14:40	COPD und mög Prof. Dr. Heinric

Programm

09:00	Einlass	15:05 – 15:35	Pause Möglichkeit zur
09:00 – 10:30	Möglichkeit zum Ausstellungsbesuch	15:35 – 16:00	Viren, Bakterien Therapieoptionen Prof. Dr. Susan
10:30 – 10:35	Eröffnung und Begrüßung Heike Lingemann, Hattingen	16:00 – 16:25	Langzeit-Sauer zeitziel, korrek (24 Std.), Flug Dr. Justus de Ze
10:35 – 11:10	Begrüßung und Einführung Differenzierung von Asthma, COPD, Lungenemphysem und Lungenfibrose Prof. Dr. Helmut Teschler, Essen	16:25 – 17:00	Beantwortung formulierten P Prof. Dr. Susan Dr. Justus de Ze Moderation: Pr
11:10 – 11:35	COPD: Erste Symptome? Was tun? Wann zum Pneumologen? Prof. Dr. Kurt Rasche, Wuppertal	Hinweis:	Kurzfristige Än Veranstalter vo
11:35 – 12:00	Diagnostische Möglichkeiten: Lungenfunktionsmes- sung (LUFU), Blutgasanalyse (BGA) wichtig! mit und ohne Belastung, verschiedene bildgebende Verfahren Dr. Thomas Voshaar, Moers		



Kostenlose Gesundheitschecks

- Messung der Sauerstoffsättigung mittels Pulsoximeter
- Blutdruckmessung
- Ermittlung der Lungenfunktionsparameter FEV1 und FEV6
- Kleine Lungenfunktionsprüfung
- Messung der Lebensqualität mittels Fragebogen: COPD Assessment-Test (CAT)
- Messung der Leistungsfähigkeit mittels Hand-Dynamometer: Handkraftmessung
- Lungenfunktionsmessung

Weitere Serviceleistungen

- Überprüfung eventueller Keimbeseidlung der Everest-Nasenbrillen beziehungsweise der Hände mittels Schwarzlicht
- Testen der hochfrequenten Vibrations-Weste VibraVest
- Kostenlose Befüllung der gängigen Flüssigsauerstoff-Mobilgeräte erfolgt im Zelt 1 gegenüber dem Kongressbüro.

Das sollten Sie wissen

- Teilnahme:** Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenfrei. Da es sich um eine öffentliche Veranstaltung handelt, sind Anmeldungen und Reservierungen nicht möglich. Der gesamte Komplex ist behindertengerecht u barrierefrei.
- Die kostenlose Nachfüllung der gängigen Flüssigsauerstoff-Mobilgeräte ist für die Besucher des Symposiums ganztätig gewährleistet.
- Workshop:** Selbsthilfetechniken + Krankengymnastik + Lungensport
Referentin Frau Lorenz, Physiotherapeutin, Wuppertal
Gebläsehalle, Tagungsraum I (Obergeschoss)
Workshop I von 12:30 – 13:30 Uhr
Workshop II von 15:00 – 16:00 Uhr
Für den Workshop ist eine Anmeldung erforderlich unter
Telefon 06133 – 3543 oder info@pat-liga.de
- Programmheft:** Das gedruckte Programm kann angefordert werden. Bitte nutzen Sie hierfür das Bestellformular, das Sie auf der Internetseite zum Symposium Lunge unter dem Button „Informationen“ unter www.copd-deutschland.de oder www.lungenemphysem-copd.de finden. Die Versendung erfolgt innerhalb Deutschlands kostenfrei. Das Programmheft kann auch online gelesen werden.
- Hotels:** Wichtig! Es können keine Zimmerbuchungen durch den Veranstalter und die Organisatoren übernommen werden.
- Eine Liste von möglichen Hotels im Umkreis von 20 km finden Sie auf der Internetseite des Symposium Lunge unter www.copd-deutschland.de oder www.lungenemphysem-copd.de.
- Anreise:** mit dem PKW
A 43, Abfahrt Witten-Herbede, Richtung Hattingen; Wittener Straße, Blankensteiner Straße, Am Büchenschütz, Werksstraße 31 – 33, LWL Industriemuseum
- mit öffentlichen Verkehrsmitteln
Bus-Haltestelle „Industriemuseum“ bzw. „Heinrichshütte“
der Linien SB 37 und CE 31 ab Bochum, Hauptbahnhof;
ab Hattingen-Mitte Linien 335, 358, SB 37 oder CE 31
- mit der S-Bahn aus Richtung Essen Hbf
mit der S3 Richtung Hattingen, aussteigen Bahnhof Hattingen Ruhr, von dort sind es 1,8 km bis zum Veranstaltungsort

e, Pneumokokken, Gripeschutz und
ngen
t Rohde, Maastricht

m Ausstellungsbesuch

mit praktischen Übungen
Sebastian Teschler, Essen

nisse zur Bronchoskopischen Lungenvo-
n
erth, Heidelberg

gliche Begleiterkrankungen
ch Worth, Fürth

Wirkstoffgruppen zur Behandlung von
genemphysem
Gillissen, Kassel

m Ausstellungsbesuch

en oder Pilze? Diagnostik und mögliche
en
ne Lang, Gera

rstofftherapie: Voraussetzungen, Lang-
te Durchführung durch den Betroffenen
reisen
eeuw, Köln

der vor Ort eingereichten, schriftlich
atientenfragen
ne Lang
eeuw
of. Dr. Helmut Teschler

nderungen des Programms behält sich der
r.



Pneumologie Kongress



Deutsche
Gesellschaft für
Pneumologie

Vom 18. – 21. März 2015 fand die 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) in Berlin statt. Dieser Kongress ist die bedeutendste wissenschaftliche Veranstaltung in Deutschland für Bronchial- und Lungenerkrankungen und reflektiert den aktuellen Stand der Wissenschaft. Das Motto der Tagung lautete „Gemeinsam für den Patienten“ und sollte alle Kongressteilnehmer dazu anregen, gemeinsam zum Nutzen der Patienten zu handeln, formulierte Professor Dr. Torsten Bauer, der diesjährige Tagungspräsident.

Für die Patientenzeitschrift COPD in Deutschland haben Elke Klug, Dipl.-Journalistin/Medizinjournalistin und Ulrike Tietze, Medizin- und Wissenschaftsjournalistin am Kongress teilgenommen, eine Vielzahl von Veranstaltungen wie Symposien und Pressekonferenzen besucht und mit Ärzten und Wissenschaftlern gesprochen.

Versorgungsrealität in Deutschland

Es ist noch „Luft nach oben“

Im Gespräch mit **Professor Dr. med. Tobias Welte**, Direktor der Klinik für Pneumologie, Medizinische Hochschule Hannover und Pastpräsident der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie e.V.



Auf dem diesjährigen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. gab es überraschende und zum Teil erschreckende Nachrichten: Neben den als große Volkskrankheiten bekannten Atemwegserkrankungen wie Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist ein dramatischer Anstieg an Bronchialkarzinomen zu verzeichnen. Leider findet eine fachgerechte lungenärztliche Untersuchung,

Anzeige

Lungenklinik Ballenstedt

– das moderne überregionale pneumologische Zentrum direkt am Harzrand



DKG | **Zertifiziertes
Lungenkrebszentrum**

Lungenklinik Ballenstedt/Harz gGmbH
Evangelisches Fachkrankenhaus für
Lungenkrankheiten und Tuberkulose



Ein freundliches und engagiertes Team aus erfahrenen Fachärzten, geschultem Pflegepersonal und Atemwegstherapeuten gewährleistet eine hochmoderne und komplexe Diagnostik und Therapie aller Formen von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge.

Leistungsspektrum der Klinik

- Kardiopulmonale Funktionsdiagnostik
- Allergologie
- Endoskopie
- Interventionelle Therapie
- Onkologie
- Palliativmedizin
- Nichtinvasive Beatmung
- Beatmungsentwöhnung/Weaning
- Schlafmedizin
- Sonographie/Endosonographie
- Infektiologie/Tuberkulose
- Klinisches/zytologisches Labor
- Physiotherapie
- Ambulanter Hospizdienst
- Klinikseelsorge
- Raucherentwöhnung

Leistungsspektrum der Praxen

Pneumologie/Allergologie/Schlafmedizin
MVZ Standort Ballenstedt 039483 70510
OA DM A. Pitschmann/ OÄ Dr. med. K. Conrad

MVZ Standort Aschersleben 03473 807037
Dr. med. B. Kühne

Kinderheilkunde/Kinderpneumologie
MVZ Standort Ballenstedt 039483 70541
OÄ G. Braune
K. Tinnefeld

Radiologie (CT, Röntgen, Mammographie)
MVZ Standort Ballenstedt 039483 70520
Th. Krampitz

Physiotherapie
MVZ Standort Ballenstedt 039483 70530
Kati Hofmann

Unterbringung in modernen Zimmern mit Bad/WC, TV, Telefon, Telekom-Hotspot ++ Cafeteria ++ Blick ins Grüne ++ eigener Park ++ reichlich kostenfreie Parkplätze ++ Bushaltestelle der Linie 6 der HVB vor der Klinik

Lungenklinik Ballenstedt/Harz gGmbH, Robert-Koch-Str. 26-27, 06493 Ballenstedt Telefon: 039483 700 **www.lungenklinik-ballenstedt.de**



wenn überhaupt, oft viel zu spät statt. Um leidvolle Konsequenzen für die Patienten und enorme Kosten dieser Erkrankungen zu vermeiden, ist eine deutlich stärkere Wahrnehmung der Risiken, Gefahren und Folgen von Lungen- und Bronchialerkrankungen erforderlich, sagt Prof. Dr. med. Tobias Welte, Hannover. Im Rahmen des DGP-Kongresses sprach Elke Klug in Berlin mit ihm darüber, welche Probleme Lungenärzten aktuell unter den Nägeln brennen...

... die wachsende Anzahl an Patienten, die unter Atemwegs- und Lungenerkrankungen leiden. Woran liegt das?

Der wichtigste Grund ist der zunehmende Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung. Es gibt schon heute ca. 0,5 Mio. Menschen mit Lungenerkrankungen im Endstadium. Aufgrund der Geburtenentwicklung verdoppelt sich dieser Anteil alle 5 -10 Jahre.

Alle chronischen Lungenerkrankungen stehen in sehr engem Zusammenhang mit dem alternden Organ. Einerseits ändert sich die Gerüststruktur der Lunge, das hat bindegewebige Erkrankungen zur Folge. Auf der anderen Seite findet ein Abbau von Lungengewebe statt, wie das für die COPD und das Lungenemphysem typisch ist. Begleitende Schädigungsmechanismen sind in erster Linie das Rauchen, aber auch Umweltfaktoren rücken immer mehr in den Vordergrund. Je höher die Schadstoffbelastungen sind, um so größer sind die entstehenden Schäden. (Beachten Sie hierzu auch unsere ausführliche Berichterstattung in der Ausgabe I/2015 der COPD in Deutschland – unter www.Patienten-Bibliothek.de.)

Kann man sich in irgendeiner Weise vor Lungenerkrankungen schützen, wirkt z. B. körperliche Bewegung vorbeugend oder gibt es Impfungen?

Man kann sich natürlich nicht vor allem schützen, aber es gibt präventive Maßnahmen. Dazu gehört an vorderster Stelle eine aktive Antirauchpolitik. Da sind wir in

Deutschland, verglichen mit den skandinavischen Ländern oder mit Großbritannien, nicht gut. Dort gibt es viel strengere Regeln und nicht so viele Ausnahmen wie bei uns. Das betrifft vor allem das Rauchen im Gebäudebereich. Und es gibt sehr viel mehr Restriktionen für die Zigarettenindustrie, hier haben wir Nachholbedarf.

... der unregulierte Zugang und die Verharmlosung der E-Zigarette. Wie konnte es so weit kommen?

Wir haben in Deutschland eine eigenartige Form von Liberalität. Auf unserer Pressekonferenz ist es ja nicht so explizit gesagt worden, aber wenn man genauer hinschaut, dann sind es die klassischen Zigarettenfirmen, die dahinter stehen. Sie verlagern einfach ihr Geschäft. Aus unserer Sicht ist der größte Fehler der Politik, dass man die E-Zigarette als Wellnessprodukt angesehen hat und sie völlig ungeprüft freigibt, statt sie einer kritischen Nebenwirkungsprüfung wie bei einem Medikament zu unterziehen. Das ist leider wegen falsch verstandener wirtschaftlicher Liberalität unterblieben. Man knickt vor der Lobby der Zigarettenindustrie ein.

Zweitens erwähnten Sie Impfungen als präventive Maßnahme. Ein Auslöse- und vor allem ein Verschlechterungsfaktor für Atemwegserkrankungen sind Infektionen. Mit der Impfung gegen das Grippevirus Influenza und gegen den wichtigsten Lungenentzündungserreger, die Pneumokokken, haben wir zwei Möglichkeiten, Infektionen zu reduzieren und damit Verschlechterungen vorzubeugen.

Der Renner schlechthin, um seltener krank und dabei älter zu werden, ist Bewegung. Das gilt für alle chronischen Erkrankungen. Allerdings muss man es ein bisschen kritisch sehen. Gerade wir Deutschen haben immer die Neigung zu übertreiben. Mäßig, aber regelmäßig ist hier die Maxime. Auch hier haben wir einen großen Nachholbedarf, was strukturierte Trainingsprogramme für Lungenkranke angeht. In den Städten funktioniert es ganz gut, aber in der Breite sind wir nicht gut aufgestellt.

... die unkritische Verordnung zu vieler Antibiotika. Haben bakterielle Infektionen zugenommen?

Prinzipiell kann man nicht sagen, dass bakterielle Infektionen zugenommen haben. Aber das Problem ist auch hier die höhere Anfälligkeit älterer Menschen. Als alter Mensch wird man empfindlicher für bakterielle Infektionen – je mehr Ältere es gibt, desto mehr Infektionen sehen wir.

Sorgen machen uns zunehmende Resistenzen von Bakterien gegen wichtige Antibiotika. Dafür sind zwei Faktoren verantwortlich:

1. Der Antibiotika-Verbrauch im Tierreich, in der Geflügel- aber auch in der Schweine- und Rinderzucht. Dieser ist dramatisch und deutlich höher als im Humanbereich. Wir nehmen dann diese resistenten Bakterien mit der Nahrung auf.

2. Ein deutlicher Überverbrauch an Antibiotika in den niedergelassenen Praxen, vor allem bei den Allgemeinmedizinern. Das ist aber nicht den Ärzten allein anzulasten. Ich sehe hierfür vor allem einen gesellschaftlichen Grund: Wir sind einfach nicht mehr bereit, bei einer banalen Erkältung in Kauf zu nehmen, dass es eben eine gewisse Zeit dauert, bis man wieder auf dem Damm ist. Wir meinen, um schnell wieder fit zu sein, müssen wir unbedingt etwas tun, selbst wenn es gar nicht wirkt. Meist sind die Erreger Viren und dagegen wirken Antibiotika nun mal nicht. Man will sie nehmen, weil man ein besseres Gefühl hat. Hier brauchen wir mehr Aufmerksamkeit bei den Ärzten, aber vor allen Dingen müssen die Patienten sensibilisiert werden für diese Problematik.

Auch hier werden politische Fehler gemacht. In Frankreich z. B. sind mit staatlich finanzierten Medienkampagnen die Resistenzdaten deutlich gesunken. Es ist gelungen, im Fernsehen mit Werbespots die nötige Aufmerksamkeit bei den Menschen zu wecken. Hier müssten auch wir mehr tun.

... wachsende Patientenzahlen. Wie können wir in Zukunft bei steigenden Kosten die Qualität der Versorgung sichern?

Die Frage ist, welche Medizin in welchem Ausmaß und in welchen Strukturen können wir den Patienten mit unserem Solidarsystem anbieten?

Wir sind aus meiner Sicht leider nicht ehrlich. Nicht alles, was möglich ist in der Medizin, wird in der Zukunft noch machbar sein. Es wird nicht jeder alles haben können

und wir werden uns sehr genau überlegen müssen, was ist eine Basisversorgung, was sind sinnvolle Zusatzleistungen und wie wollen wir das finanzieren. Ich denke, es wird Modulwahlleistungen geben, die von Versicherungen angeboten werden. Aber wir müssen uns auch viel kritischer der Frage stellen, was machen wir eigentlich alles, was völlig sinnlos ist in der Medizin. Ich bin viel in der Welt unterwegs. Es gibt kein einziges anderes Land, das eine solche Vollversorgungserwartungshaltung hat wie Deutschland. Auch die oft so hochgelobten skandinavischen Länder haben Restriktionen und Einschränkungen in ihrem Leistungsspektrum. Bei uns ist man leider nicht bereit, darüber zu diskutieren.

Meine Botschaft ist: Es ist besser, wir mischen uns ein in diese Debatte und bestimmen selbst, was wir haben wollen, als es uns irgendwann aus einer Notsituation, und diese finanzielle Notsituation wird kommen, von anderen diktieren zu lassen.

... notwendige Strukturveränderungen. Wie sehen diese konkret aus?

Wir brauchen vertikale und horizontale Strukturveränderungen.

Immer älter werdende Menschen werden an vielen Organsystemen krank, sie sind multimorbid. Deshalb brauchen wir mehr vernetzte Betreuung zwischen den einzelnen Disziplinen der Medizin. Ein pneumologischer Patient ist mit 85 mit hoher Wahrscheinlichkeit auch ein kardiologischer Patient und da wird zurzeit noch oft nebeneinanderher diagnostiziert und therapiert. Hier brauchen wir Strukturen, die mehr Gemeinsames, mehr Absprache möglich machen.

Und es wird eine bessere vertikale Vernetzung nötig sein. Die Bereiche ambulante, stationäre und universitäre Medizin laufen zu getrennt nebeneinander her. Vieles, was stationär gemacht wird, kann man ambulant behandeln. Dafür muss man allerdings die Grundbedingungen schaffen, also z. B. eine vernünftige Basisversorgung in der Fläche. Es wird Spezialisierung im stationären Bereich nötig sein, denn es wird Krankheitsbilder geben, die man in Exzellenzzentren betreuen muss. Hier müssen wir neue Strukturen schaffen, die dann allerdings auch ausfinanziert werden müssen.

... die Aktualisierung zum Teil schon älterer Leitlinien. Was ist zu erwarten?

Für die Leitlinie ambulant erworbene Lungenentzündung (CAP) gab es bereits eine Konsensuskonferenz. Diese neue Leitlinie kommt also relativ zeitnah. Man muss allerdings sagen, seit 2009 hat sich im Bereich Pneumonie

nicht gravierend viel getan, so dass die alte auch wieder nicht so veraltet ist. Es gibt ein bisschen mehr Erkenntnis zur optimalen Therapie, es gibt neue Impfstoffe, die vorgestellt und empfohlen werden.

Für die COPD ist die Leitlinie überfällig, aber es wird leider noch ein bisschen dauern, bis sie kommt. Hauptgrund ist, dass in den letzten zwei Jahren eine große Zahl an Medikamenten in den Markt gekommen ist. Keine wirklich neuen Substanzgruppen, eigentlich nur neue Medikamentenkombinationen. Den Platz dieser neuen Kombitherapien zu finden, war nicht so ganz einfach. Jetzt haben wir erste verlässliche Daten. Und wir haben zunehmend Erkenntnis über die positiven Effekte der Bewegungstherapie.

Wir haben im Bereich der sehr weit fortgeschrittenen Lungenerkrankungen neue Technologien, wie die endoskopische Volumenreduktion, hier können wir das Spektrum der Patienten, die profitieren, besser festlegen, so dass hier wirklich eine grunderneuerte Leitlinie zu erwarten ist.

... wachsende Einwanderungszahlen, kranke Migranten. Ist das deutsche Gesundheitssystem dem gewachsen?

Teilweise funktioniert das schon gut. Jeder Einwanderer bekommt eine Basisgesundheitsuntersuchung, damit man z. B. Tuberkuloseerkrankungen frühzeitig erkennt – das ist eines der ganz großen Probleme. Allerdings bei der Versorgung über diese Eingangsuntersuchungen hinaus sind wir noch unorganisiert. Wir können z. B. die Sprachprobleme kaum lösen. Das ist ein babylonisches Wirrwar, und wenn man nicht kommunizieren kann, verschärft das die Probleme.

Und wir sehen zunehmend Krankheitsbilder, die in Deutschland schon längst vergessen sind, wie das rheumatische Fieber mit entsprechenden Herzklappenfehlern, die Tuberkulose, andere Infektionskrankheiten, die bei uns nie typisch waren. Der Gesundheitszustand vieler dieser Einwanderer ist dramatisch schlechter als in einem Land wie Deutschland.

Wir haben eine moralische Verpflichtung, uns um Flüchtlinge zu kümmern. Dafür brauchen wir aber ein Konzept: Was gehört zur Basisversorgung und was tun wir, wenn diese Menschen chronisch krank sind und eine Langzeitversorgung benötigen. Darüber muss es eine gesellschaftlich offene Diskussion geben, die sicherlich zu Kontroversen führen wird. Aber wenn man die Diskussion nicht führt, dann wird sie sich im Untergrund abspielen und das ist allemal schlechter.



per definitionem ...

Medizinische Leitlinien sind systematisch entwickelte Empfehlungen, die Arzt und Patient bei der Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung in spezifischen Krankheitssituationen unterstützen.

Ein Verzeichnis der deutschen Leitlinien findet sich im AWMF-Leitlinienregister unter www.awmf.org/leitlinien.

... mehr Wissen

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe sprach ein Grußwort anlässlich der Eröffnung des Pneumologie Kongresses am 18. März 2015 in Berlin.

Am 25. März 2015 legte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe einen 10-Punkte-Plan zur Vermeidung behandlungsassoziierter Infektionen und Antibiotikaresistenzen vor.

www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/10-punkte-plan-zu-antibiotika-resistenzen.html

Das Bundeskabinett beschloss am 13. Mai 2015 die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART 2020). www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2015-02/bundeskabinett-beschliesst-dart-2020.html

Kongress-Report

Was kommt nach Antibiotika – Viren gegen Bakterien?

Das Problem der multiresistenten Erreger und Resistenzen muss über viele verschiedene Wege angegangen werden. Das gehe über Hygiene, Mikrobiologie, Ausbildung, den rationalen Einsatz von Antibiotika, aber auch über Fortschritte in der Forschung, die eventuell ganz neue Perspektiven aufzeigen könnten, so Dr. Jan-Moritz Doehn, Charité Berlin.

Jan-Moritz Doehn prüft angesichts schwindender wirksamer Antibiotikaressourcen mögliche Alternativen. Eine davon könnten Bakteriophagen sein. Bakteriophagen sind Viren, die Keime abtöten, indem sie ausschließlich Bakterien befallen und sich an ihren Wirt anpassen.

Die Entwicklung mit Bakteriophagen stehe jedoch noch am Anfang. Bei Mäusen mit einer Pneumokokkeninfektion der Lunge habe die Behandlung mit dem isolierten

Enzym der Phagen gute Erfolge gezeigt. Es funktioniere so gut wie Penicillin, ohne Nebenwirkungen. Erste Studien am Menschen laufen.

Bakteriophagen könnten, so Doehn eine Alternative oder Ergänzung für die antimikrobakterielle Therapie darstellen.

Die Phagentherapie kam bereits in den 1920er und 1930er Jahren weltweit bei der Behandlung von Typhus, Cholera, Pest zum Einsatz. In Europa hat sie jedoch mit der Entwicklung von Penicillin an Bedeutung verloren. Vielleicht wird sie ein Revival erleben.

Quelle: Vortrag, Was kommt nach Antibiotika?, 19. März 2015, Dr. Jan-Moritz Doehn, Berlin

Text: Ulrike Tietze, Berlin

Aktueller Status

COPD-Kohorte COSYCONET

Vernetzte Kompetenz gegen Atemwegserkrankungen

Als das Bundesministerium für Bildung und Forschung im Jahr 2008 beschloss, ein Kompetenznetz zu fördern, das sich mit den Atemwegserkrankungen Asthma und COPD (chronisch-obstruktive Lungenerkrankung) beschäftigen sollte, geschah dies auch vor dem Hintergrund, dass COPD als weltweite Herausforderung erkannt worden war.

Um Mittel und Wege zu finden, gegen eine Krankheit vorzugehen, muss man sie näher untersuchen. Aus diesem Grund sind Kohortenstudien für die medizinische Forschung eine Art Schatzkästchen: Über einen langen Zeitraum werden möglichst viele Daten zur Erkrankung gesammelt, die dann Forschern auf der ganzen Welt immer wieder zur Verfügung stehen. Und da es bekanntlich so ist, dass neue Erkenntnisse auch neue Fragen hervorbringen, werden die Daten auch noch in 20 oder 30 Jahren bedeutsam sein.

Planung und Wirklichkeit

Die COPD-Kohorte COSYCONET* ist einzigartig in Deutschland, und daran wird sich vermutlich auch für längere Zeit nichts ändern. Allen Beteiligten war dies bei der Gründung des Kompetenznetzes klar. Umso sorgfältiger wurde geplant, wie vorzugehen ist. Dabei mussten zwei Aspekte vorrangig geklärt werden: die wissenschaftlichen

Fragestellungen und die organisatorische Umsetzung. Ziel war es, bis zu 3500 Menschen, die an COPD erkrankt waren, innerhalb eines Jahres in die COSYCONET-Studie einzuschließen.

Um Teilnehmer zu finden, sollten vornehmlich niedergelassene Pneumologen ihre Patienten auf die Studie aufmerksam machen und zur Teilnahme in einem nahegelegenen Studienzentrum motivieren. Mehr als 30 Universitätskliniken und Fachkrankenhäuser in Deutschland beteiligten sich und wurden zu einem COSYCONET-Studienteam.

Ein neuer Weg wurde dabei beschritten, denn die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Fachärzten und klinischen Forschern ist nicht durchgängig etabliert. Hierdurch wurde der Austausch zwischen Forschung und Praxis gestärkt, nach einiger Zeit erwies sich dieses Konzept jedoch als nicht ausreichend. Woher sollte der hochfrequentierte Facharzt die Zeit nehmen, den Patienten ausführlich darüber aufzuklären, worum es geht und was er zu erwarten hat? Die Rekrutierungsphase begann im September 2010, aber bereits nach wenigen Monaten wurde deutlich, dass die Unterstützung durch die niedergelassenen Ärzte nicht ausreichen würde, um die hochgesteckten Ziele zu erreichen.



Ein erster Schritt zur Lösung des Problems bestand darin, den Zeitraum der Rekrutierung zu verlängern. Entscheidend war aber die Mitarbeit der COPD-Selbsthilfeorganisationen in Deutschland und der Medien. Patienten konnten gezielt informiert und angesprochen werden, einige Ärzte und Mitarbeiter des Kompetenznetzes hielten auch Vorträge bei den Treffen der Selbsthilfegruppen. So konnten letztendlich viele Patienten in COSYCONET aufgenommen werden. Im Dezember 2013 endete die Rekrutierungsphase: 2741 Personen nehmen teil.

Was wollen wir wissen?

Es gab und gibt viele Fragen zur COPD, das Krankheitsbild ist bis heute nicht ausreichend erforscht. Eines war jedoch bereits vor Beginn der Studie bekannt: Menschen, die an COPD erkrankt sind, leiden häufig auch an Begleiterkrankungen. Sie betreffen das Herz-Kreislaufsystem, oft treten Skeletterkrankungen auf, und auch das psychische Wohlbefinden ist in Mitleidenschaft gezogen. Eine Frage rückte deshalb schnell ins Zentrum des Interesses: Ist es möglich, dass es sich bei dem, was wir heute als COPD bezeichnen, um eine sogenannte systemische Erkrankung handelt? Also eine Krankheit, die durch entzündliche Prozesse, die irgendwo im Körper stattfinden, befördert wird? Nur umfangreiche Untersuchungen können Antworten auf diese Frage bringen. Deshalb wurde das wissenschaftliche Programm immer wieder neu diskutiert und teilweise auch modifiziert, bis der komplette Ablauf umrissen war. Das Ziel war und ist, über jeden einzelnen Teilnehmer so viel wie möglich medizinisch zu erfahren und ihn so lange wie möglich zu begleiten. Im Rahmen unserer Kohorte werden deshalb alle Teilnehmer regelmäßig im Abstand von 18 Monaten untersucht. Die Hoffnung ist, dass die erhobenen Daten den Weg zu neuen Therapieoptionen öffnen.

Der Untersuchungskanon, den die COSYCONET-Teilnehmer bei jeder Visite durchlaufen, ist dementsprechend anspruchsvoll. Vier Stunden verbringen sie durchschnittlich in einem unserer Studienzentren und absolvieren dabei eine Vielzahl von Messungen, Tests, Befragungen und Untersuchungen. Eine Besonderheit an COSYCONET ist, dass die Lungenfunktionsmessungen ausführlicher als bei vergleichbaren internationalen Kohorten sind.

Auch die Untersuchungen des Herz-Kreislaufsystems sind gründlich und umfangreich. Sie umfassen unter anderem eine ausführliche Ultraschalluntersuchung des Herzens, mit der strukturelle und funktionelle Störungen besonders gut erkennbar werden.

Die Basisdaten sind erhoben

Nach dem Ende der Rekrutierung startete das Team unserer Datenbank in Hannover mit der Bereinigung der Daten. Dieser Prozess ist notwendig, um Daten, die nicht

plausibel erscheinen, möglicherweise noch im Nachhinein zu korrigieren. So ist es beispielsweise unwahrscheinlich, dass ein Proband mit einem Body-Mass-Index von 40 kg/m² einen Taillenumfang von 60 cm hat. Teilweise werden solche Ungereimtheiten von speziellen Programmen aufgespürt, teilweise müssen die Daten aber auch von den Mitarbeitern der Datenbank persönlich kontrolliert werden. Wird ein unstimmiger Wert entdeckt, stellt die Datenbank eine entsprechende Anfrage an das Studienzentrum, dort kontrollieren die Mitarbeiter die Eintragung. Oft stellt sich dann heraus, dass es sich um einen Eingabefehler handelt. Diese Arbeit war im Sommer 2014 beendet, die bereinigten Basisdaten der Kohorte liegen vor und stehen den Forschern für Auswertungen zur Verfügung.

*** COSYCONET = German COPD and Systemic Consequences – Comorbidities Network**

Abbildung 1: Basisdaten der Kohorte

Es war zu erwarten, dass mehr Männer (59%) als Frauen (41%) an der Studie teilnehmen würden. In der COSYCONET-Kohorte beträgt das Mindestalter 40 Jahre, im Durchschnitt sind die Patienten 65 Jahre alt. Diese Patienten wurden zu einer Zeit geboren, als es noch nicht selbstverständlich war, dass auch Frauen rauchen. Experten gehen davon aus, dass in Europa Rauchen die Hauptursache für die Entwicklung einer COPD ist. Der Schweregrad der COPD wird derzeit noch nach den sogenannten GOLD-Stadien gemessen. Diese wurden von der „Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease“ festgelegt und beziehen sich auf Werte, die bei der Durchführung eines Lungenfunktionstestes erhoben werden. Nur wenige Patienten der COSYCONET-Kohorte befinden sich im GOLD-Stadium IV. Häufig sind diese Patienten bereits so geschwächt, dass ihnen die aufwendigen Untersuchungen nicht mehr zuzumuten wären.

Abbildung 1: COPD-Kohorte: Einschlussdaten

Eingeschlossene Patienten	n=2741
Weiblich/männlich	41%/59%
Mittleres (±SD) Alter	65,0±8,6 J
Bereich	40-90 J
GOLD I (leicht)	10%
GOLD II (mittel)	37%
GOLD III (schwer)	29%
GOLD IV (sehr schwer)	7%
GOLD 0	13%
Keinem Stadium zugehörig*	3%

* = Personen, denen seitens ihres Arztes die Diagnose COPD gestellt wurde, bei denen sich aber bei der Untersuchung im SZ eine normale Lungenfunktion zeigte und die keine Atemwegssymptome aufwiesen.

**2001: HEPA Luftfilter serienmäßig
in der Mercedes E-Klasse**

**2001: Keine klaren Richtlinien für die
Filtertechnik von Beatmungs-
geräten**

**2009: HEPA Luftfilter serienmäßig
im FLO x PAP III**

**2015: Keine klaren Richtlinien für die
Filtertechnik von Beatmungs-
geräten**

**2015: FLO x PAP III das EINZIGE
Beatmungsgerät mit HEPA
Luftfilter**



FLO Medizintechnik GmbH
Westhoyeler Straße 25
D-49328 Melle
fon +49 5226 - 98 30 47
info@flo-medizintechnik.de
www.flo-medizintechnik.de

besser **SCHLAFEN**
besser **LEBEN**

Abbildung 2: Raucher-Status in der COSYCONET-Kohorte

Raucher	Ex-Raucher	Nie-Raucher
25%	67%	8%

Abbildung 3: Häufige Begleiterkrankungen in COSYCONET

In dieser Tabelle sehen Sie die Häufigkeit einiger der von uns erfragten Begleiterkrankungen. Viele der Werte kommen dabei denen in der Gesamtbevölkerung nahe. Im Jahr 2012 litten beispielsweise in Gesamtdeutschland 58,1% der Bevölkerung, die älter als 64 Jahre waren, unter Bluthochdruck. 39,8% derselben Altersgruppe litten unter Arthrose. (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de)

Abbildung 3: Begleiterkrankungen nach Angaben aus dem Anamnesebogen

Total (n=2741)	
Asthma	18,6 % (= 510 Personen)
Bluthochdruck	56,4 % (=1546 Personen)
Herzrhythmusstörungen	16,9 % (=463 Personen)
Gastritis	25,3 % (=693 Personen)
Sodbrennen	28,3 % (=776 Personen)
Magen-/Zwölffingerdarmgeschwür	11,9 % (=326 Personen)
Erhöhte Cholesterinwerte	39,1 % (=1072 Personen)
Gicht	17,0 % (= 466 Personen)
Arthrose	40,1 % (=1099 Personen)
Osteoporose	14,9 % (=408 Personen)
Psychische Probleme (Depression, Angst ...)	21,3 % (=584 Personen)
Allergien	33,5 % (= 918 Personen)

Im Gespräch mit Prof. Dr. Claus Vogelmeier

Claus Vogelmeier leitet die Klinik für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie an der Philipps-Universität in Marburg. Er ist der Sprecher des Kompetenznetzes Asthma und COPD.



1. Wie schätzen Sie die zukünftige Entwicklung der COPD in Europa und weltweit ein? Es ist zu erwarten, dass die Zahl der Patienten mit COPD weltweit weiter ansteigt. In den letzten Jahren sind dabei zwei Phänomene zunehmend in den Fokus geraten:

- Es gibt immer mehr Frauen mit COPD. Es liegen inzwischen Anhaltspunkte aus pathologischen Untersuchungen vor, dass die Erkrankung der Frauen sich von der der Männer unterscheidet. Es wird zu klären sein, inwieweit sich das auf die Effektivität von Medikamenten auswirkt.
- COPD kann man nicht nur durch aktives Rauchen bekommen. Sehr viele Menschen weltweit entwickeln die Erkrankung als Folge einer Exposition gegenüber der Verbrennung von Biomasse (Holz, Dung, Ernterückstände). Auch hier ist zu klären, was die genauen Unterschiede sind und was das für therapeutische Konsequenzen hat.

2. Gibt es neue therapeutische Optionen für die Behandlung der COPD? In letzter Zeit sind einige Kombinationspräparate bestehend aus langwirkenden Be-

taagonisten und langwirkenden Anticholinergika auf dem Markt gekommen, weitere sind in Entwicklung. Diese Präparate haben den Sinn, die Atemwege so weit als möglich zu öffnen und damit die Überblähung der Lunge zu vermindern, was wiederum positive Auswirkungen auf die Atemnot bei Anstrengung und das Befinden haben kann. Weiter sind neue Medikamente in Entwicklung, die neben zwei Substanzen zur Erweiterung der Bronchien auch Steroide enthalten, mit dem Ziel, die Atemwege soweit als möglich zu erweitern und die Entzündung zu bekämpfen.

Im Gespräch mit PD Dr. Rudolf A. Jörres

Rudolf A. Jörres arbeitet an der Ludwig-Maximilians-Universität in München und dort am Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin. Er hat die Methodik der COSYCONET-Kohorte entscheidend mit entwickelt.

1. Was macht die COSYCONET-Kohorte so besonders?

Die Patienten in COSYCONET sind nicht nach engen Auswahlkriterien zusammengestellt, wie das oft in anderen Kohorten der Fall ist. Dadurch sind wir in die Lage versetzt, die gesamte Spannweite der Begleiterkrankungen zu erfassen und zu untersuchen, wie oft sie auftreten und ob sie in einer besonderen Beziehung zur Lungenkrankung stehen. Darüber hinaus führen wir – was einmalig für eine so große Kohorte ist – Ultraschalluntersuchungen des Herzens und besonders ausführliche Messungen der Lungenfunktion durch.

2. Warum ist es so wichtig, dass die Patienten über mehrere Jahre hinweg immer wieder das gleiche Untersuchungsprogramm im Studienzentrum bekommen?

Die zentrale Frage von COSYCONET ist, wie die Erkrankung in allen ihren Aspekten über die Zeit verläuft. Dazu gehören die Fragen, ob die Begleiterkrankungen die Lungenerkrankung beeinflussen oder umgekehrt und warum bestimmte Patienten über die Zeit stabil sind, andere hingegen sich rapide verschlechtern. Das geht nur mit einer hinreichend langen Nachverfolgungszeit.

3. Was haben die Patienten von der Teilnahme?

Zunächst einmal helfen die Patienten ganz allgemein der Forschung über eine verbreitete und ernstzunehmende Erkrankung. Sie haben aber auch einen konkreten persönlichen Nutzen, von dem wir wünschen, er würde noch öfter wahrgenommen als das derzeit der Fall ist. Die Daten, die wir erheben, stehen ja auch dem Patienten und seinem behandelnden Arzt zu Verfügung, es gibt dafür sogar einen speziellen Report. Diese Daten sind so umfangreich, wie kein niedergelassener Arzt sie in Betracht der Zwänge, denen er unterliegt, erheben kann. Umso sinnvoller ist es, dass er von ihnen Gebrauch macht, um den Gesundheitszustand des Patienten bes-

ser einschätzen zu können und dies gegebenenfalls in die Therapie einfließen zu lassen.

Beitrag in Anlehnung an das COSYCONET-Symposium während des Pneumologie Kongresses. Text: Inge Kokokt, Projektkoordination/Öffentlichkeitsarbeit Kompetenznetz Asthma und COPD, Marburg

Broschüre für COSYCONET-Studienteilnehmer

Für die Teilnehmer der COSYCONET-Studie wird derzeit eine Broschüre vorbereitet. Die Patienten sollen ausführlich über die ersten Ergebnisse informiert werden und natürlich auch darüber, wie es weitergeht.

Alle Partner des Kompetenznetzes werden über ihre Teilbereiche berichten, so zum Beispiel über gesundheitsökonomische Fragen oder über die Biomaterialbank von COSYCONET.

Die Broschüre soll Ende Juni 2015 verschickt werden.

per definitionem ...

Eine **Kohortenstudie** ist ein beobachtendes Studiendesign mit dem Ziel, einen Zusammenhang zwischen einer oder mehreren Expositionen und dem Auftreten einer Krankheit aufzudecken. Unter einer Kohorte versteht man eine Gruppe von Personen, die gemeinsam ein bestimmtes längerfristig prägendes Ereignis erlebt haben.

Quelle: Wikipedia.org

... mehr Wissen

www.asconet.net

Kompetenznetz Asthma und COPD. Die COSYCONET-Kohortenstudie ist eine Studie im Kompetenznetz Asthma und COPD.

www.copd-deutschland.de

Ratgeber „COPD und mögliche Begleiterkrankungen“. Der 52-seitige Ratgeber kann bei der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland (www.lungenemphysem-copd.de) online gelesen oder beim Verein COPD – Deutschland e.V. (www.copd-deutschland.de) bestellt werden. Beachten Sie die dort hinterlegten Versandinformationen.



Kongress-Report

Sodbrennen bei Lungenerkrankungen

Sodbrennen zählt zu den sogenannten Refluxkrankheiten und wird abgekürzt auch als GERD bezeichnet – aus dem Englischen „gastroesophageal reflux disease“. Durch den Rückfluss (Reflux) von Magensaft (Magen-säure) in die Speiseröhre kommt es zu Sodbrennen und saurem Aufstoßen.

Begünstigt wird Sodbrennen meist durch falsche Ernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht. Faktoren, denen man durch eine Lebensstiländerung entgegenwirken kann.

Zur Krankheit wird die gaströsophageale Refluxkrankheit, wenn der Reflux störende Symptome verursacht.

Hat das trockene Räuspern mit dem Magenleiden zu tun?
Zahlreiche Lungenerkrankungen werden mit dem Reflux als Begleiterkrankung in Verbindung gebracht: Chronischer Husten, Bronchitis, COPD, Asthma und Lungenfibrose. Wobei vor allem der mit den Erkrankungen einhergehende Husten Sodbrennen auslösen kann.

Andererseits können jedoch auch Medikamente, die in der Pneumologie eingesetzt werden, einen Reflux bewirken. Sei es, dass diese auf den unteren Speiseröherschließmuskel (Ösophagussphinkter) wirken oder aber eine vermehrte Säuresekretion hervorrufen, die möglicherweise einen Reflux auslöst. „Das würde bedeuten, dass nicht der Reflux Ursache für den Husten ist, sondern letztendlich der Husten für den Reflux“, formulierte PD Dr. Michael Kreutzer, Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg.



COPD und Reflux

Studien belegen, dass Patienten mit einem vorliegenden Reflux eine höhere Rate an Exazerbationen (akute Verschlechterungen) aufweisen. Ebenfalls konnte nachgewiesen werden, dass durch den Einsatz von Protonenpumpenhemmern, den bei Reflux eingesetzten üblichen Medikamenten, die Anzahl der Exazerbationen gesenkt werden konnte. „Hieraus kann jedoch keinesfalls der Rückschluss gezogen werden, dass alle COPD-Patienten mit Reflux auf Protonenpumpenhemmer (PPI) eingestellt werden sollten. Die Zusammenhänge gilt es weiter und wesentlich systematischer zu untersuchen“, so Kreutzer. Zu bedenken sind vor dem Einsatz einer Therapie auch mögliche Nebenwirkungen der PPI, wie z. B. eine Osteoporose.

Fazit

Momentan gilt es, vor allem den Reflux als möglichen Kofaktor bei Lungenerkrankungen mit in die ärztlichen Überlegungen einzubeziehen.

Welche therapeutischen Auswirkungen dies haben wird, ist derzeit aufgrund der niedrigen Studienzahlen noch unklar und gilt es weiter zu untersuchen.

Quelle: Symposium Pneumo meets Gastro, Vortrag Reflux bei Lungenerkrankungen, PD Dr. med. Michael Kreutzer, Heidelberg, Text: Ulrike Tietze, Berlin

Anzeige

KLINIKEN
SÜDOSTBAYERN

„Das“ überregionale Lungenzentrum
Seit über 30 Jahren erfolgreich in der Behandlung lungenkranker Patienten

Wir sind als Akutklinik kompetent für:

- + die Therapie Ihrer Begleiterkrankungen (z.B. Osteoporose, Diabetes, KHK,...)
- + Therapieeinstellung bei Verschlechterung Ihrer Lungenerkrankung
- + alle Arten bronchoskopischer Eingriffe
- + stationäre Optimierung Ihrer Sauerstoff Langzeittherapie unter Berücksichtigung von Demandsystemen
- + Einrichtung oder Neueinstellung nicht-invasiver Beatmung
- + Diagnostik im Schlaflabor
- + Behandlung komplizierten Hustens („Cough Center“)

Wir freuen uns auf Sie – bitte melden Sie sich an (am besten durch den Hausarzt)

Zentrum Innere Medizin
Kreisklinik Bad Reichenhall
Riedelstr. 5
83435 Bad Reichenhall

T 08651 / 772 - 401
E rw.hauck@bglmed.de
www.kreisklinik-badreichenhall.de

Kreisklinik Bad Reichenhall
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Wir halten für Sie bereit:

- + Komfortable Zimmer mit Bad/WC, TV, Telefon, Kaffeebar, Balkon, Bergblick
- + Leistungsstarkes Ärzteteam, kompetente Physikalische Medizin, freundliches und engagiertes Pflegeteam
- + sehr gute Verpflegung
- + enge Kooperation mit leistungsstarken Partnern in der Rehabilitationsmedizin und im AHB-Sektor durch das LungenZentrum Südost

Wir sind Mitglied im LungenZentrum Südost
www.lungenzentrum-suedost.de

Sport mit einer Lungenerkrankung? Bewegung heißt (besser) leben

Luftnot bei der kleinsten körperlichen Bewegung, die halbe Treppe zum Schwatz mit dem Nachbarn wird zur Belastung und beim Gang zum Supermarkt ist man schon auf halbem Weg erschöpft – Betroffene sind nur allzu vertraut mit diesen Beschwerden, die mit einer chronische Atemwegs- oder Lungenerkrankung verbunden sind. Sie können zu massiven Einschränkungen im Alltag und im Berufsleben führen. Um dies auszugleichen, schonen sich die Patienten und es beginnt ein "Teufelskreis". Die Unsicherheit nimmt zu, der Patient gerät in soziale Isolation. Man mag das Gegenteil vermuten, aber neben der individuell abgestimmten medikamentösen Therapie ist es gerade die körperliche Bewegung, die zur Besserung führen und sogar vorbeugend ein Fortschreiten der Erkrankung verhindern kann. Im Rahmen des Deutschen Kongresses für Pneumologie 2015 sprach Elke Klug mit **Prof. Dr. Heinrich Worth**, Fürth, über "Lungensport".



Professor Worth ist Vorsitzender der AG Lungensport in Deutschland e.V. und war bis Ende Dezember 2014 Chefarzt der Medizinischen Klinik 1, Klinik für Herz- und Lungenkrankheiten des Klinikums Fürth.

Welcher Zusammenhang besteht zwischen Lungenfunktion und körperlicher Bewegung?

Wenn die Lunge weit weniger als beim Gesunden leistet und der Kranke bei Belastung schneller "aus der Puste" gerät, wird er sich daran anpassen und sich immer weniger bewegen. Muskelmasse und Muskelkraft nehmen ab, der Kreislauf reagiert weniger auf Belastungen und das wiederum führt dazu, dass sich die Belastbarkeit immer weiter einschränkt. Die Lungenfunktion wird schlechter. Die Folge ist: Je inaktiver der Patient ist, desto schlimmer werden seine Beschwerden und der Krankheitsverlauf wird ungünstiger.

Inwiefern können Lungenkranke von körperlicher Bewegung profitieren?

Beim Lungensport versuchen wir, die Abwärtsspirale aufzuhalten. Wir fangen in den ca. 90-minütigen Übungseinheiten an, durch sehr vorsichtig dosierte Be-



lastungen die Muskulatur, die Bänder und Gelenke wieder an mehr Belastung anzupassen. Das führt dazu, dass die kranke Lunge dem Körper mehr Sauerstoff anbieten kann und so die Belastbarkeit für Alltagsaktivitäten erhöht wird. Die Patienten gewinnen durch die krankheitsadaptierte Bewegung Kraft, Ausdauer, Flexibilität und Koordinationsvermögen.

Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse belegen zudem, wie wichtig die Stärkung der Muskulatur für verschiedene Prozesse im Körper ist. Der Muskel kann neben seiner Funktion für die Beweglichkeit auch entzündungshemmende Wirkung entfalten. COPD beispielsweise beruht auf einer chronischen Entzündung. Wird Entzündung gehemmt, liegt der Nutzen für den COPD-Patienten auf der Hand.

Außerdem ist die Muskulatur beim Training stoffwechselaktiv. So wird z. B. gesundheitsschädigendes weißes Fettgewebe umgewandelt, was wiederum günstige Auswirkungen auf Erkrankungen wie Diabetes und metabolisches Syndrom hat. Das ist gerade für die älteren Patienten außerordentlich wichtig.

Insgesamt gibt es inzwischen sehr gute Untersuchungen dazu, die zeigen, dass Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen wie COPD, Asthma, Lungenfibrose und auch Lungenhochdruck mit körperlichem Training ihre Situation deutlich verbessern können.

Viele Patienten schrecken zurück, wenn sie nur das Wort "Sport" hören. Wie kann man sie motivieren?

Sport ist diesem Zusammenhang nicht als Hochleistungssport zu verstehen, den man im Fernsehen sieht. Der Begriff Lungensport ist analog zum "Herzsport" seit langem etabliert. In unseren Lungensportgruppen geht es um altersangepasste, speziell auf die Erkrankung ausgerichtete Übungen im Kreise gleichermaßen Betroffener. Der Teilnehmer wird dann, einmal dabei, rasch positive Auswirkungen spüren. Neben der Reduktion der Atemnot und Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit werden Ängste abgebaut, das Selbstbewusstsein ge-



stärkt und durch gemeinsame Aktivität in der Gruppe neue soziale Kontakte geknüpft.

Und wenn der Patient Befürchtungen hat, sich zu "überanstrengen"?

Jeder Patient, der in eine Lungensportgruppe im ambulanten Bereich geht, bekommt eine lungenärztliche Voruntersuchung. Dabei wird z. B. auch geklärt, ob er seitens des Herzens überhaupt Sport treiben kann. Das heißt, es wird ein EKG gemacht und eine Belastungsuntersuchung durchgeführt. Es gibt formulierte Kriterien für eine Mindestbelastbarkeit, die Voraussetzung ist für die Teilnahme. Der jeweilige Fach-Übungsleiter beobachtet und bestimmt dann, was möglich ist. Wichtig ist, bei jedem einzelnen Patienten das optimale Maß zu finden, damit er weder unter- noch überfordert wird und sich tatsächlich besser fühlt.

Viele Lungenkranke sind ältere Patienten, z. T. mit zahlreichen Begleiterkrankungen. Werden in den Lungensportgruppen individuelle Differenzierungen vorgenommen?

Das wird teilweise berücksichtigt, indem man für die einzelnen Teilnehmer unterschiedliche Trainingsintensitäten wählt. Diejenigen, die stärker beeinträchtigt sind, machen weniger. Wir versuchen in großen Gruppen auch noch zu differenzieren, ähnlich wie beim Herzsport, in leicht, mittel und schwer erkrankte Patienten. Sie trainieren dann in drei verschiedenen Gruppen, aber alle zusammen zu einem Termin. Meistens kann man das berücksichtigen.

Um Ärzte bei Entscheidungen für bestimmte Therapien zu unterstützen, gibt es sogenannte medizinische Leitlinien. Ist Lungensport auch in solchen Leitlinien verankert?

In den Leitlinien steht zwar nicht explizit der Begriff Lungensport. Aber es steht eindeutig darin, dass Bewegungstherapie eine hohe Evidenz hat bzgl. der Effekte und Erfolge und dem Patienten körperliche Betätigung empfohlen werden soll. Da geht die Leitlinie der Wirklichkeit sogar schon ein wenig voran.



Ist in Deutschland ein flächendeckendes Angebot an Lungensportgruppen vorhanden?

Wir haben in Deutschland ca. 850 Lungensportgruppen, im Vergleich zu etwa 10 000 Herzsportgruppen ist das leider sehr wenig. Es ist z. T. schwierig, interessierten Patienten überall eine konkrete Empfehlung geben zu können.

Das Ziel unserer AG Lungensport ist deshalb ein Ortsverzeichnis zu erstellen, damit ein Patient, der aus der Reha-klinik kommt, weiß, wo in seiner Nähe die nächste Lungensportgruppe ist. In großen Städten ist das leichter als in Flächenländern. Wenn Patienten mehr als 20 km fahren müssen, funktioniert es nicht. Aber wir arbeiten daran. Informationen zum wohnortnahen Lungensport sollten die Patienten, die etwas für ihre Lungengesundheit tun möchten, bei ihrem Arzt oder der Krankenkasse erfragen oder unter www.atemwegsliga.de bzw. www.lungensport.org gezielt suchen.

Was könnte man tun, damit Lungensport bei Atemwegspatienten immer in das Therapieprogramm einbezogen wird?

Wir müssen dafür sorgen, dass der Übergang von den sehr guten Bewegungsprogrammen in der stationären Rehabilitation in die ambulante Betreuung besser funktioniert, um die Trainingseffekte langfristig zu erhalten.

Eine gute Möglichkeit dafür sind unsere DMP*, die es zumindest für Asthma und COPD gibt. Darin wollen wir jetzt implementieren, dass beim Eintritt in das Programm immer gefragt wird, ob der Patient in einer Lungensportgruppe ist und ob er Bewegungstherapie macht. Das DMP-COPD wird gerade von Ärzten, Krankenkassenvertretern und dem Bundesgesundheitsministerium neu überarbeitet. Eines unserer Ziele ist, dass die Bewegungstherapie stärker berücksichtigt wird vor allem bei der COPD. Die überarbeitete Version wird noch in diesem Jahr erwartet. Allerdings wäre für die Umsetzung ein dichteres Netzwerk an Lungensportgruppen wünschenswert, um die wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten.

Ist Lungensport verordnungsfähig?

Sind die Voraussetzungen gegeben, kann der Arzt die Teilnahme am Lungensport verordnen. Nach Einreichung bei der zuständigen Krankenkasse wird die Verordnung in der Regel auch genehmigt.

per definitionem ...

*Disease Management Programm (DMP)

ist ein zentral organisiertes Behandlungsprogramm für chronisch kranke Menschen. Es stützt sich auf die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden diese Programme auch als strukturierte Behandlungsprogramme oder Chronikerprogramme bezeichnet. Disease-Management besteht aus einem System koordinierter Gesund-

heitsversorgungsmaßnahmen und Informationen für Patientenpopulationen mit Krankheitsbildern, bei denen eine aktive Beteiligung der Patienten an der Behandlung zu substantiellen Effekten führen kann.

Hinweis: Aktuelle Informationen zum Disease-Management-Programm finden Sie in der nächsten Ausgabe III/2015 der Patientenzeitschrift COPD in Deutschland, die am 01. September erscheinen wird. Es erwarten Sie Beiträge von Dr. Regina Klakow-Franck, Vorsitzende des Unterausschusses Disease-Management-Programme im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Berlin und Dr. Andreas Hellmann, Vorsitzender des Bundesverbandes der Pneumologen, Augsburg.

... mehr Wissen

www.copd-deutschland.de

Der 64 Seiten umfassende Ratgeber „Lungensport, Medizinische Trainingstherapie und Atemtherapie ...bei COPD, Lungenemphysem und Lungenfibrose“ des COPD – Deutschland e.V. und der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland (www.lungenemphysem-copd.de) kann online gelesen oder bei Verein COPD – Deutschland e.V. bestellt werden. Beachten Sie die dort hinterlegten Versandinformationen.

www.lungensport.org/verlaengerung-reha-sport-verordnung.html

Was bei einer Beantragung oder einer Verlängerung einer Reha-Sportverordnung zu beachten ist, finden Sie auf den Seiten der AG Lungensport in Deutschland e.V. Ebenso finden Sie Hinweise, wie vorzugehen ist, wenn ein Verordnungs- bzw. Verlängerung abgelehnt wurde.

Beachten Sie auch die neuen Informationsflyer, die als Download oder zur Bestellung zur Verfügung stehen zu den Themen:

- Verordnung von Lungensport
- Aquatraining bei COPD
- Ausdauertraining bei COPD
- Krafttraining bei COPD

www.lungensport.org/lungensport-register.html

Das Lungensportregister der AG Lungensport in Deutschland e.V. ist eine Adress-Datenbank, in der Sie gezielt Lungensportgruppen suchen können.





Franziska Liebhardt Sport ist mein Leben

Franziska Liebhardt (33) war Leistungssportlerin, als sie beim Training immer häufiger Beschwerden hatte und schließlich eine schwere Lungenfibrose diagnostiziert wurde. Nach schnell fortschreitender Erkrankung war sie mit Anfang 20 "dem Tod näher als dem Leben".

Im Jahr 2009 wurde sie lungentransplantiert und jetzt geht es ihr besser als zuvor. Ihr Ziel ist heute die Teilnahme an den Paralympischen Spielen 2016 in Rio.

Das ist möglich, "weil die neue Lunge 100 % fit ist". Aber, so sagt die junge Frau, das allein reiche nicht. Um mit einer Lungenerkrankung halbwegs gut zurecht zu kommen, braucht es körperliche Kondition, Durchhaltevermögen und nicht zuletzt ein gewisses Maß an Disziplin. Eigenschaften, die im (Leistungs-)Sport unerlässlich sind, um erfolgreich zu sein, wie Ehrgeiz und Ausdauer haben ihr letztlich geholfen, ihre Krankheit zu "managen". Trotz der Beeinträchtigungen habe sie nie aufgehört Sport zu treiben, sich regelmäßig im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu

bewegen. Sogar mit invasiver Beatmungstherapie saß sie auf dem Fahrradergometer und absolvierte ihr Krafttraining so gut es eben ging. Nur auf diese Weise, resümiert sie, habe sie es überhaupt geschafft, die Zeit bis zur ersehnten Transplantation zu überstehen.

Sie ist, zugegebenermaßen, ein herausragendes Beispiel. Aber ihr gehe es keineswegs um Leistungssport oder die Lungentransplantation, das ist ihr wichtig. Ihr Leben mit der Krankheit zeige einfach nur, was geht, wenn man es will. Sie möchte darauf aufmerksam machen, dass jeder die Möglichkeit hat, seine Situation auch mit Atemnot und eingeschränkter Belastbarkeit zu verbessern. Bewegungstherapie habe dabei einen großen Anteil. Es gibt viele positive physische und psychische Effekte.

Ihr Credo: Die Krankheit als Teil des Lebens akzeptieren, aber sich nicht durch die Krankheit sein Leben diktieren lassen.

Quelle: Franziska Liebhardt nahm an einer Pressekonferenz im Rahmen des Pneumologen Kongress in Berlin teil.

Ein Beitrag von Elke Klug, Berlin

Positionspapier zur E-Zigarette Sie ist weder harmlos noch gut zum "Abgewöhnen"

Eigentlich weiß es jeder. Tabakrauchen ist gesundheitsschädlich. Es verursacht vor allem den so gefürchteten Lungenkrebs sowie Herzinfarkt und Schlaganfall. In Deutschland sterben jährlich mehr als 100.000 Menschen frühzeitig an Erkrankungen, die durch das Rauchen verursacht werden. Aber, einmal angefangen und den "Genuss" entdeckt, wird Tabakrauchen zur Sucht. Auch das ist bekannt. Wer aber jetzt glaubt, mit der neuen Erfindung der E-Zigarette eine weniger gesundheitsschädliche Alternative gefunden zu haben oder diese sogar geeignet sei, sich das Rauchen abzugewöhnen, der irrt leider.

Vor etwas mehr als zehn Jahren in China erfunden, hat sich die E-Zigarette inzwischen sehr weit verbreitet und suggeriert, Rauchen ohne Gesundheitsgefahr ist möglich. Denn es "dampft" ja nur. Der mit Aromastoffen und meist auch Nikotin versetzte Dampf wird erhitzt, aber ohne Verbrennung erzeugt. Für den Raucher das überzeugendste Argu-

ment: Als "Dampfer" muss ich nicht auf das gewohnte und geliebte Körpergefühl verzichten, wie ich es beim Rauchen einer Zigarette empfinde, aber ich muss mich um meine Gesundheit nicht sorgen. Das ist ein Irrtum, denn das Gefahrenpotenzial wird unterschätzt.

Selbst mit nikotinfreien sogenannten Inhalationsprodukten (E-Zigarette, E-Shisha) wird so allerlei inhaliert, was alles andere als gesund, sondern eher toxisch ist: Propylenglykol, bekannt auch als Theaterrauch, Glycerin, außerdem potenziell allergisierende Aromen und neben Formaldehyd weitere krebserregende Stoffe wie Acetaldehyd, Acrolein, Glyoxal und Methylglyoxal, Metalle u.s.w. Viel genauer will man es gar nicht wissen, was dem eigenen Körper für den kleinen "Kick" mit dem Chemikalienmix zugemutet wird. Und Langzeiteffekte sind noch gar nicht abzusehen. Sicher ist jedenfalls, dass auch die Umgebung betroffen ist, denn die Raumluft wird ebenso mit diesen Substanzen belastet.



Gemeinsames Positionspapier gegen E-Zigarette

Ärzte, die tagtäglich mit den Folgen des Rauchens in Form schwerer Atemwegs-, Lungen- oder Herz-Kreislaufkrankungen konfrontiert sind, zeigen sich besorgt. Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und zahlreiche weitere wissenschaftliche Fachgesellschaften sehen sich angesichts der mit Inhalationsprodukten verbundenen Gefahren deshalb jetzt gezwungen, Öffentlichkeit und Politik besser aufzuklären.

würdigen Studien sehr dürtig ist. Die Ergebnisse seien zumindest widersprüchlich.

Bedauerlich sei, so Prof. Dr. med. Helmut Karl Heinz Gohlke, Internist und Kardiologe, Bad Krozingen, dass all diese Zusammenhänge hinlänglich bekannt sind, aber "deutsche Behörden in bequemer Inaktivität auf Vorgaben aus Brüssel* warten und nicht schon 2015 selbst und präventiv zum Schutz der Jugend aktiv werden. „Wir erwarten eine dringliche Initiative des Gesundheitsministeriums, falls dieses an gesundheitlichen Aspekten in der Bevölkerung interessiert ist“, so der Spezialist für Herz-Kreislaufkrankungen für die Verfasser des gemeinsamen Positionspapiers.

* Ab 2016 sollen E-Zigaretten über eine neue europäische Tabakprodukterichtlinie reguliert werden.

Quelle: Eröffnungspressekonferenz im Rahmen des 56. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. am 18.3.2015 in Berlin.

Text: Elke Klug, Berlin



Ein von Prof. Dr. med. Robert Loddenkemper, Internist und Pneumologe, Berlin, vorgestelltes gemeinsames Positionspapier verdeutlicht, dass durch die bisherige Verharmlosung der Risiken sowie die freie und unregulierte Verkäuflichkeit von Verdampfungsprodukten insbesondere Kinder und Jugendliche stark gefährdet sind. Durch jugendaffine Aromastoffe (Gummibärchen,

Schokolade) sollen schon Minderjährige auf den Geschmack kommen und der Schritt zur konventionellen Zigarette ist dann nicht mehr weit. Die Mediziner befürchten, dass über die zunehmende Akzeptanz von E-Zigaretten in der Gesellschaft das konventionelle Zigarettenrauchen wieder stärker toleriert wird. Damit könnten alle bisherigen Erfolge bei der Bekämpfung des Tabakkonsums zunichte gemacht werden. Außerdem belegen Daten aus den USA, dass mit dem Dampfen auch der Einstieg in den Gebrauch anderer Drogen, wie Marihuana, befördert werden kann.

Auch wenn zahlreiche Fallberichte, eine Querschnittsstudie und bislang zwei randomisierte, placebokontrollierte Studien vermuten lassen, dass E-Zigaretten eine Raucherentwöhnung unterstützen könnten, sind diese Aussagen keinesfalls geeignet, den eindeutigen Beweis zu führen. Vielmehr weist das Deutsche Krebsforschungszentrum darauf hin, dass die Datenlage aus methodologisch zum Teil frag-

... mehr Wissen

www.pneumologie.de/111.0.html

Hier finden Sie das Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) zur elektronischen Zigarette (E-Zigarette), das unter Mitwirkung von neun weiteren Fachgesellschaften und Institutionen erstellt wurde.

Aktueller Status

Interventionelle Emphysemtherapie

Die interventionelle, d. h. mittels eines gezielten Eingriffs am Gewebe vorgenommene, Lungenemphysemtherapie ist ein noch junges Behandlungsverfahren. Die nicht-chirurgischen Eingriffe werden während einer Bronchoskopie (Spiegelung der Bronchien) vorgenommen und kommen für Patienten mit einem schweren Lungenemphysem, das zu ausgeprägter Belastungsatemnot oder Ruheatemnot führt, in Frage. Sie haben das Ziel, die Lungenüberblähung zu reduzieren und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern.



Prof. Dr. med. Martin Hetzel, Ärztlicher Direktor der Klinik für Pneumologie und Leiter des Kompetenzzentrums Interventionelle Lungenemphysemtherapie am Rot-Kreuz Krankenhaus in Stuttgart-Bad Cannstatt im Gespräch mit Ulrike Tietze über die neuesten Entwicklungen.

Welche Verfahren haben sich etabliert und sind evidenzbasiert, d. h. deren Effekte mittels Studien belegt werden konnten?

Es haben sich zwei Verfahren bewährt: Die interventionelle Lungenemphysemtherapie mit Spiralen und ebenso die Therapie mit Ventilen. Für diese beiden Methoden gibt es positive Ergebnisse aus wissenschaftlichen Untersuchungen, die sich bei der Anwendung in der versorgungsmedizinischen Routine reproduzieren lassen.

Für Spiralen gibt es mehrere kontrollierte Studien, die eine bedeutsame Verbesserung der Lebensqualität und der körperlichen Leistungsfähigkeit für Emphysempatienten gezeigt haben.

Bei den Spiralen (Coils) sind zudem 2015 erstmals die Ergebnisse einer Studie aus der Versorgungsmedizin, einer sog. Registerstudie, mit Ergebnissen von 430 Patienten vorgestellt worden. Dabei konnte gezeigt werden, dass auch außerhalb der „Studienwelt“ in der Versorgungsmedizin ähnlich gute Ergebnisse wie in den prospektiven (überprüfenden) Studien erzielt wurden. Es wurde gezeigt, dass sich besonders die mittels Fragebögen gemessene Lebensqualität durch die Emphysemtherapie mit Coils verbessern lässt.

Für die interventionelle Lungenemphysemtherapie mit Ventilen gibt es ebenfalls Studien, die statistisch signifi-

kante (eindeutige) und klinisch hoch bedeutsame Wirksamkeitsnachweise zeigen.

Für welche Patienten kommt welches Verfahren wann in Frage?

Die Behandlungen des Lungenemphysems sind Behandlungsmethoden, die bei COPD-Patienten mit schwersten Lungenemphysemen in Betracht zu ziehen sind.

Mit Spiralen können Patienten mit homogenem und heterogenem Lungenemphysem behandelt werden. Das heißt, es spielt keine Rolle, ob die Emphysemausprägung in den verschiedenen Lungenlappen eines Lungenflügels große Unterschiede aufweist oder nicht. Ausschlusskriterien für die Spiraltherapie sind eine Indikation zur Blutverdünnungsbehandlung aus Gründen von Herz- oder Gefäßerkrankungen, die Situation, dass im Ziellappen für die Emphysembehandlung beinahe kein Gewebe mehr vorhanden ist und ein deutlich erhöhter Blutdruck in der Lungenschlagader. Die Methode ist nach meiner Erfahrung für etwa 70 % aller schwer kranken Lungenemphysempatienten geeignet.

Die Behandlung mit Ventilen setzt nach aktuellem Kenntnisstand das Vorliegen eines heterogenen Emphysems voraus. Das heißt, der Schweregrad des Emphysems in den Lungenlappen eines Lungenflügels sollte deutliche Unterschiede aufweisen. Zusätzlich müssen die Lungenlappen eines Lungenflügels anatomisch komplett voneinander getrennt sein. Mit den Ventilen soll bewirkt werden, dass ein stark emphysematös veränderter Lungenlappen vollständig kollabiert und dadurch dem besser erhaltenen Lungenlappen „Platz macht“ und für das Zwerchfell wieder bessere Voraussetzungen für normale Atembewegungen geschaffen werden. Der Verschluss aller zu dem Behandlungslappen führenden Bronchien mit Ventilen erreicht aber nur dann eine vollständige Entlüftung des Behandlungslappens, wenn die Luft nicht über Gewebebrücken zum Nachbarlappen wieder in den behandelten Lappen eintritt. Eine kollaterale Belüftung des Behandlungslappens über die Bronchien und Gewebebrücken verhindert die Wirksamkeit der Therapie mit Ventilen und muss deshalb vor der Behandlung – am einfachsten durch ein gutes CT (Computertomografie) – ausgeschlossen werden. Diese Methode ist für ca. 20–25% aller schwer kranken Emphysempatienten eine Behandlungsoption.

Für eine kleine Schnittmenge von Emphysempatienten sind beide Methoden – Ventile und Coils – geeignet.

Wenn der Atem kaum noch fließt

Neue Therapie für Lungenemphysem-Patienten

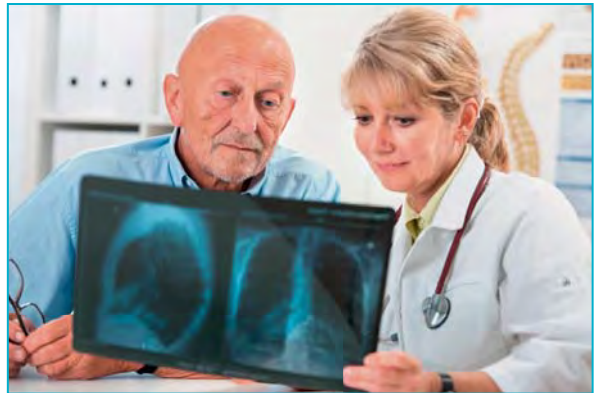
Bei einem gesunden Menschen gelangt die Luft via Luftröhre in die Lunge, wird durch die Bronchien in die Lungenbläschen gesogen, wo dann der Gasaustausch stattfindet. Der Sauerstoff gelangt ins Blut, das Kohlendioxid wird ausgeatmet.

Bei Patienten mit einem sogenannten Lungenemphysem ist eine große Anzahl der Lungenbläschen zerstört. Aus funktionstüchtigen Lungenbläschen mit einer riesigen Oberfläche werden funktionslose Blasen. Aus vielen kleinen Blasen kann sich dann eine große Blase bilden – ein Lungenemphysem. Die Luft ist bei einem Emphysem in der Lunge gefangen und behindert die gesunde Lunge bei der Ein- und Ausatmung.

Damit strömt bei der Einatmung auch weniger neue, sauerstoffreiche Luft über die Lungen in den Blutkreislauf nach, was Atemnot und Leistungsschwäche leicht erklärt.

Zu Beginn eines Lungenemphysems leiden die Betroffenen unter Luftnot und Leistungsschwäche, außerdem steigt die Infektionsanfälligkeit. Im Verlaufe der Erkrankung werden die Symptome dramatischer: Der Husten wird chronisch, das Herz leidet nachweislich, Wassereinlagerungen in den Beinen sind ebenfalls häufig zu beobachten. Oft kommt es zu Verformungen des Brustkorbes. Insbesondere Raucher sollten bei verstärkten Zeichen von Atemnot, regelmäßigem, trockenem Husten mit Auswurf und auch bei familiärer Vorbelastung möglichst bald den Weg zum Lungenfacharzt (Pneumologe) zur Abklärung einschlagen. Der wird zuallererst einen Rauchstopp empfehlen.

Eine Therapie, die zur Heilung eines Lungenemphysems führt, ist bisher noch nicht bekannt. Der Grund: Die Veränderungen des Lungengewebes lassen sich nicht mehr rückgängig machen. Allerdings kann man eine weitere Verschlechterung des Krankheitsbildes eindämmen und die Lebensqualität der Patienten spürbar verbessern.



Lungenvolumenreduktion per High-Tech Ventil hilft nachweislich

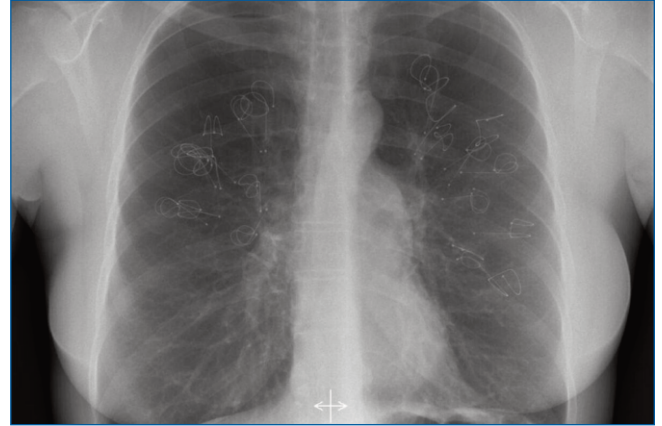


Seit einiger Zeit steht dem Facharzt (Pneumologen) hierzu ein neues High-Tech Verfahren zur Verfügung: das Lungenvolumenreduktionsverfahren. Mit dem Einsatz spezieller, kleiner Ventile aus Nitinol und Silikon lässt sich das Volumen funktionsloser, überblähter Lungenareale reduzieren. Die Ventile sind so konstruiert, dass während der Einatmung der Luftstrom in die kranken Lungenareale blockiert ist. Beim Ausatmen öffnen sich die Ventile, damit die Luft aus dem Lungenlappen ausströmen kann.

Nach dem Einsatz der kleinen Ventile kann der gesunde Teil der Lunge sich wieder ausdehnen und wird insgesamt besser belüftet. Die Ventile werden im Rahmen einer Bronchoskopie durch den Mund oder die Nase eingesetzt. Der Eingriff erfolgt unter Anästhesie und dauert ca. 45 Minuten.

Diese Therapieform ist reversibel, da die Ventile relativ leicht wieder entfernt werden können. Das neue System wurde bereits bei 9.700 Patienten angewendet. Der Einsatz und der Erfolg des Verfahrens hängen von einer Reihe von individuellen Faktoren ab, die nur der Pneumologe im Gespräch klären kann.

Für weitere Informationen zur Therapie und Behandlungszentren fragen Sie Ihren Facharzt. Gerne schicken wir Ihnen gebührenfrei und unverbindlich eine Informationsmappe zu. Rufen Sie kostenlos an unter **0800 188 80 89** oder senden Sie eine E-Mail an **info@pulmonx.de**



Worauf muss vor der Entscheidung für eine Methode oder die interventionelle Lungenemphysemtherapie generell geachtet werden?

Es ist wichtig, dass das Emphysem vor der Entscheidung für eine interventionelle Emphysemtherapie ganz genau CT-radiologisch charakterisiert wird und so der Schweregrad des Emphysems gemessen wird. Die Lungenfunktion reicht dafür nicht aus, da mit der Lungenfunktion integral die Folgen der Atemwegsentzündung und des Lungengewebsverlustes gemessen werden und sie nicht spezifisch genug den Schweregrad des Emphysems angibt.

Weiterhin muss vor der Behandlung klar sein, dass die Lebensqualitätseinschränkung eines Emphysempatienten aus der Emphysemerkrankung resultiert und Begleiterkrankungen kardiovaskulärer (das Herz und den Kreislauf betreffend) oder muskuloskelettaler (Muskulatur und Skelett betreffend) Art keine wesentliche Rolle dafür spielen.

Weiterhin müssen die methodenspezifischen Kontraindikationen mit Sorgfalt bedacht werden.

Immer wieder lese und höre ich, Voraussetzung für eine interventionelle Emphysemtherapie sei eine maximale

medikamentöse Therapie. Das ist großer Unsinn. Denn ein Lungenemphysem ist ein irreversibler Lungengewebsverlust. Es gibt keine medikamentöse Therapie, die den Lungengewebsverlust rückgängig macht und die davon ausgehenden funktionellen Veränderungen verbessert.

Es müsse vor einer interventionellen Emphysemtherapie immer eine pneumologische Rehabilitation erfolgen, ist häufig zu lesen. Rehabilitationsbehandlungen bewirken bei COPD-Patienten häufig erstaunliche Lebensqualitätsverbesserungen. Es gibt aber nicht wenige schwer kranke Emphysempatienten, die wegen ihrer funktionellen Einschränkung wenig rehabilitationsfähig sind. Eine pneumologische Rehabilitationsbehandlung nach der interventionellen Emphysemtherapie ist häufig sinnvoller.

Welche Risiken bestehen für den Patienten?

Bei der Therapie mit Spiralen sind COPD-Exazerbationen, d. h. Entzündungszustände von Lunge und Atemwegen, die mit bis zu 10 % auftreten, die häufigste Komplikation. Bei der Behandlung mit das Lungenvolumen reduzierenden Ventilen ist das Hauptproblem der Pneumothorax, also der Kollaps eines Lungenflügels,

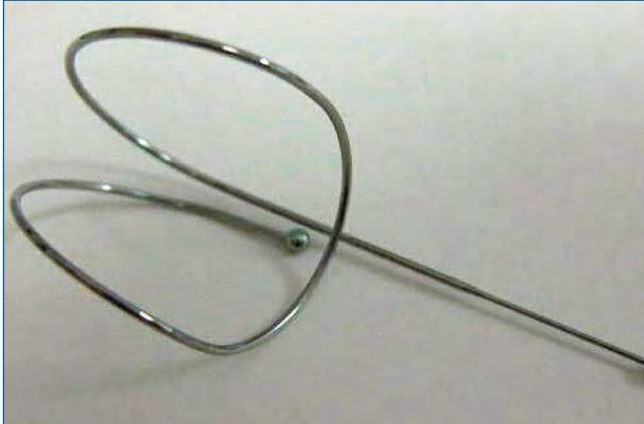
Anzeige

Gauting: Spitzenmedizin rund um die Lunge

 **ASKLEPIOS**
Fachkliniken München-Gauting

Mit 268 Betten und jährlich über 10.000 Patienten sind wir die größte Lungenklinik in Bayern. Unser Haus verfügt über eine der größten Abteilungen für Lungenerkrankungen und Lungendiagnostik in Deutschland. Die ausgezeichnete medizinische Expertise unserer Ärzte, eine exzellente Behandlungsqualität sowie rasche Diagnosen und neueste Therapieverfahren bieten optimale Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie bei allen Erkrankungen rund um die Lunge.

Asklepios Fachkliniken München-Gauting · Robert-Koch-Allee 2 · 82131 Gauting · Tel.: (0 89) 8 57 91-77 77 · www.asklepios.com/gauting



der bei 25 % aller Behandlungen auftritt. Aber man kann beides behandeln. Da es für diese Patienten oft keine vernünftigen Alternativen gibt, sollten sie sich dadurch nicht abschrecken lassen.

Was geben Sie den Patienten mit auf den Weg?

Der Patient muss wissen, dass er durch die interventionelle Lungenemphysembehandlung keine Heilung erfährt. Es ist in erster Linie eine Behandlung, die seine Lebensqualität verbessert. Wie lange diese Verbesserung anhält, ist noch nicht abschließend zu beurteilen. Wir gehen aber von Zeiträumen von Jahren aus.

Wo geht die Reise hin?

Die Zeit ist reif, die interventionelle Lungenemphysementherapie in die versorgungsmedizinische Routine, d. h. außerhalb von Studien, zu integrieren. Die Ergebnisse, die wir aus Studien mit kleinen Fallzahlen haben, sind so überzeugend, dass wir die zugelassenen Methoden den betroffenen Patienten nicht vorenthalten können, gerade auch deshalb, weil es häufig keine Behandlungsalternativen – wie z. B. die Lungentransplantation gibt.

Wir brauchen in Deutschland für die Anwendung dieser Methoden eine flächendeckende Versorgung durch mindestens 30-40 pneumologische Fachkliniken. Diese Kliniken gibt es bereits, jedoch haben die Methoden noch nicht in alle Kliniken Einzug gehalten. Die Behandlung sollte in klinischen Registern stattfinden, damit man die Behandlungsergebnisse und die Behandlungssicherheit sehr sorgfältig überwachen kann.

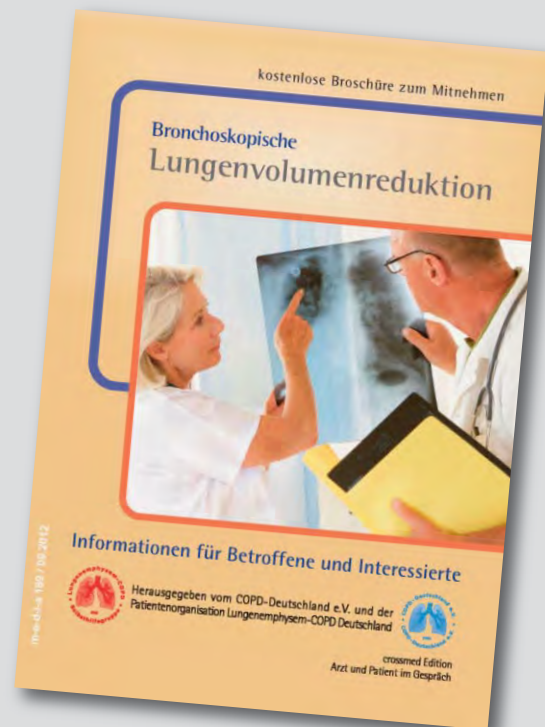
Spielen aktuell noch weitere Methoden eine Rolle?

Nein, aktuell gibt es keine weiteren Methoden, die in der Versorgungsmedizin – d. h. in der täglichen Routine einer Klinik und somit außerhalb von Studien – anwendbar sind.

... mehr Wissen

www.copd-deutschland.de

Ratgeber „Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion“. Der Ratgeber kann bei der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland (www.lungenemphysem-copd.de) online gelesen oder beim Verein COPD – Deutschland e.V. (www.copd-deutschland.de) bestellt werden. Beachten Sie die dort hinterlegten Versandinformationen.



Kongress-Report

Für jeden Patienten das passende Gerät

Bei der Behandlung einer Atemwegserkrankung wie chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder Asthma entscheiden drei wichtige Faktoren über den Therapieerfolg: Welche Substanzen können die Bronchien erweitern, um besser atmen zu können, wie kommen diese Substanzen schnell hinein in die Lunge und ist der Patient bereit und in der Lage, seine Krankheit selbst ein Stück weit zu managen.

Bei der medizinischen Entscheidung können sich die Patienten darauf verlassen, dass der Arzt eine individuell angepasste Therapie nach aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand verordnet. So gibt es für die COPD-Therapie zwei bewährte Substanzklassen, die die Bronchien erweitern. Das sind sogenannte Anticholinergika und Beta-2-Mimetika. Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen zudem, dass eine Kombination der Wirkstoffe noch bessere Wirkungen erzielen kann.

Eine frühe lungenfachärztliche Diagnostik sowie der rechtzeitige Therapieerfolg und die Aktivierung der Patienten seien entscheidend, um optimale Behandlungserfolge zu erzielen, erläuterte der Pneumologe Prof. Dr. Michael Dreher, Aachen. Je später eine COPD erkannt wird, desto mehr haben sich die Patienten wegen Atemnot bereits „geschont“. Das wiederum hat eine Verstärkung der Beschwerden zur Folge. Mit der Verringerung seiner Luftnot durch den rechtzeitigen Beginn einer geeigneten Dauertherapie kann der Patient lange aktiv bleiben und die Lungenfunktion erhalten.

Direkt zum Wirkort

Für einen schnellen Wirkeintritt ist es vorteilhaft, die Medikamente zu inhalieren. Der Arzneistoff gelangt auf direktem Weg in die Lunge. Dafür ist eine geringere Dosis

erforderlich, als wenn z. B. der Wirkstoff einer Tablette den Umweg über die Blutbahn nehmen muss. Dabei geht viel vom Agens – vom eigentlichen Wirkstoff – „verloren“ und es braucht länger, ehe es in der Lunge ankommt.

Auf den passenden Inhalator kommt es an

Bronchenerweiterer rein in den Inhalator und tief einatmen, alles gut? So einfach ist es leider nicht. Denn neben dem Medikament spielt z. B. auch die Art des Inhalators eine wichtige Rolle. Die Akzeptanz des Gerätes sowie eine persönliche Schulung zu seiner Anwendung sind Voraussetzungen, damit der Patient im Alltag gut damit zurechtkommt. Um vielen individuellen Bedürfnissen so weit wie möglich entgegenzukommen, werden die Inhalatoren immer weiter optimiert. Eine dieser Neuentwicklungen zeichnet sich z. B. durch eine besondere Eigenschaft aus. Eine feine Sprühwolke strömt, unabhängig vom Atemzug, aus und ist auch für den COPD-Patienten einfach einzusatmen. Sie hält lange an und vereinfacht die Koordination zwischen Auslösen und Einatmen – oft eine Herausforderung für Patienten, an der sie nicht selten scheitern.

Und immer aktiv bleiben ...

Privatdozentin Dr. med. Stephanie Korn, Mainz, betonte, wie wichtig gerade die Motivation und Bewegungs-Aktivierung des COPD-Patienten sei, damit er auch tatsächlich von den technischen Entwicklungen durch gesundheitliches Wohlbefinden profitieren könne. Denn das beste und einfachste Gerät nützt nichts, wenn der Patient nicht motiviert ist und seinen eigenen Teil dazu beiträgt, die Beschwerden der chronischen Krankheit in einem erträglichen Maß zu halten und gut damit zu leben. Das bedeutet, bei Symptomen wie Luftnot und Anstrengung beim Atmen, sich dem nicht anzupassen und inaktiv zu werden. Frühzeitig etwas dagegen zu tun hilft, für den Alltag fit und „mitten im Leben“ zu bleiben. Das kann z. B. der Eintritt in eine Lungensportgruppe sein, am besten unterstützt durch eine adäquate medikamentöse Therapie, die das Atmen erleichtert. Stellt sich dann der Erfolg ein, gibt das wieder neue Motivation,



sich weiter regelmäßig zu bewegen. Ist der zu den Bedürfnissen des Patienten passende Inhalator gefunden, wird es der Patient zu schätzen lernen, etwas mehr Luft zum Atmen immer in der Tasche zu haben und seine Medikation regelmäßig applizieren.

Quelle: "COPD-Speed-Dating" Fachpresseveranstaltung RespiMat
Text: Elke Klug, Berlin

... mehr Wissen

www.youtube.com/user/Atemwegsliga

Eine hilfreiche Unterstützung zur richtigen Inhalation bietet die Deutsche Atemwegsliga e.V. mit Kurzfilmen zu den Anwendungen der verschiedenen gängigen Inhalationssysteme.

Hinweis: In der nächsten Ausgabe der Patientenzeitschrift COPD in Deutschland, Ausgabe III/2015, die am 01. September erscheinen wird, finden Sie eine aktuelle Übersicht „Inhalationstherapie bei COPD“.





Krankenhaus vom Roten Kreuz

Anzeige

**Wenn das Atmen zur Qual wird:
Hilfe erhalten Sie im Kompetenzzentrum
Interventionelle Lungenemphysemtherapie**

In unserem Kompetenzzentrum behandeln wir jährlich über 350 an einem Lungenemphysem erkrankte Patienten mit den neuesten Methoden der interventionellen Lungenemphysemtherapie:

- Bronchoskopische Lungenvolumen-Reduktion durch Implantation von Zephyr®-Ventilen
- Bronchoskopische Lungenvolumen-Reduktion durch Implantation von Spiration®-Ventilen
- Bronchoskopische Lungenvolumen-Reduktion durch Implantation von RePneu Coils®

Mit einer individuell an das Krankheitsbild angepassten Therapie verfolgen wir das Ziel, bei den Erkrankten eine nachhaltige Verringerung der Symptome und damit eine deutlich verbesserte Lebensqualität zu erreichen.

Krankenhaus vom Roten Kreuz Bad Cannstatt
Klinik für Pneumologie, Internistische Intensivmedizin,
Beatmungsmedizin und Allgemeine Innere Medizin
Chefarzt: Prof. Dr. med. Martin Hetzel

Badstraße 35-37 | 70372 Stuttgart
www.rkk-stuttgart.de



Inhalativa

Doppelverordnungen oder Verwechslungen?

Die Zahl der zur Behandlung von Asthma und COPD verfügbaren Medikamente hat in den vergangenen Jahren stetig zugenommen. Gerade in den letzten zwei Jahren sind neue Wirkstoffe hinzugekommen und neue Medikamente mit Wirkstoffkombinationen zugelassen worden. Die Medikamente werden in den meisten Fällen inhalativ (über die Lunge) verabreicht.

Durch die vielen neuen Medikamente und ebenso vielen neuen Inhalationssysteme, die nun auf dem Markt sind, kommt es unter Umständen zur gleichzeitigen Verordnung von zwei langwirksamen Beta-2-Sympathikomimetika und/oder langwirksamen Anticholinergika, auch in Kombinationspräparaten.

Um Verwechslungen vorzubeugen, werden derzeit Bestrebungen unternommen, die möglicherweise europaweit zu einer einheitlichen Farbmarkierung für Inhalatoren führen wird. Jeder Substanzklasse soll eine festzulegende Farbe zugeordnet werden.

Fragebogenaktion

Um herauszufinden, ob Doppelverordnungen von gleichen oder ähnlichen Wirkstoffen im Alltag ein Problem sind, führt die Deutsche Atemwegsliga e.V. eine anonyme Fragebogenaktion durch und bittet um rege Beteiligung.

Den Fragebogen finden Sie unter:

www.atemwegsliga.de/aktuell/items/inhalativa-bei-asthma-und-copd-kommt-es-doppelverordnungen-oder-verwechslungen.html

Es gilt, lediglich alle Medikamente, die Sie zurzeit verwenden, aufzuschreiben und anonym an die Deutsche Atemwegsliga e.V., Raiffeisenstraße 3, 33175 Bad Lippspringe zu senden oder zu faxen: 05252 – 933616. Nutzen Sie den im Internet stehenden Fragebogen.

Quelle: Workshop der Deutschen Atemwegsliga e.V. anlässlich des Pneumologie Kongresses, Berlin

Neue Leitlinie Spirometrie

Die Spirometrie ist eine einfache Lungenfunktionsuntersuchung zur Diagnostik obstruktiver (verengender) Ventilationsstörungen und zur Bestimmung von Lungenvolumina. Dabei wird an einem Lungenfunktionsgerät nach einer tiefen Ausatmung bei maximaler Einatmung das maximale Lungenvolumen gemessen (Vitalkapazität) und anschließend bei einer schnellen und kräftigen Ausatmung das maximale in einer Sekunde abgeatmete Volumen bestimmt (Sekundenkapazität – FEV1). Durch die Spirometrie kann somit ein vermindertes Lungenvolumen und eine Behinderung der Ausatmung festgestellt werden.

Eine Aktualisierung der Leitlinie wurde notwendig, da 2012 neue spirometrische Referenzwerte veröffentlicht wurden. Bei einer groß angelegten Studie hatte sich gezeigt, dass sich die bisherigen Normalwerte gerade im höheren Alter verschoben haben. Bisherige Werte, die als krankhaft diagnostiziert wurden, liegen nach den neuen Berechnungen nun im Normalbereich. Als Konsequenz der neuen Leitlinie wird die Software der Lungenfunktionsmessgeräte auf die neuen Referenzwerte eingestellt.

Leitlinie zur Spirometrie:

www.atemwegsliga.de/empfehlungen-positionsapiere.html

Quelle: Deutsche Atemwegsliga e.V.



Anzeige

MIR GEHT'S WIEDER GUT!



Pneumologie

Leitung: Chefarzt Dr. med. Olaf Anhenn

Rehabilitation auch bei interstitiellen Lungen-
erkrankungen (z. B. Sarkoidose, Lungenfibrosen)
und psychosomatischen Begleiterkrankungen
(z. B. Angst, Depression)

ACURA Fachklinik Allgäu, Peter-Heel-Str. 29, 87459 Pfronten

ACURA
KLINIKEN

www.acura-kliniken.com

Gut zu wissen Diagnostik-Register AAT1

Alpha-1-Antitrypsin-Mangel oder abgekürzt AAT1- oder AAT-Mangel ist eine erbliche, genetische Störung, die vor allem die Lunge in Mitleidenschaft zieht. Bei Menschen mit einem schweren AAT1-Mangel kann sich bereits zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr ein Lungenemphysem entwickeln, also 10–15 Jahre früher als beim Emphysem, das durch andere Ursachen entsteht.

Während des Pneumologie Kongresses in Berlin wurden die aktuellen Entwicklungen zum AAT1 präsentiert. Dr. Timm Greulich, Bereichsleiter des Alpha-1-Antitrypsin-Zentrums, Klinik für Innere Medizin Pneumologie, Universitätsklinikum Marburg im Gespräch mit Sabine Habicht, Redaktionsleitung.



Die WHO plädiert dafür, alle Patienten mit COPD bzw. mit einer chronischen Lungenerkrankung wenigstens einmal im Leben auf Alpha-1-Antitrypsinmangel zu testen – wie sieht die Realität aus?

Aufgrund einer kleineren Befragung von Ärzten in Deutschland und Italien vermuten wir, dass nach wie vor ein relativ hohes Defizit im Hinblick auf die Durchfüh-

rung von Testungen besteht. Werden Testungen durchgeführt, so geschieht dies in der Hauptsache bei jüngeren Patienten. Davon, dass alle COPD-Patienten einmal in ihrem Leben getestet werden, sind wir noch weit entfernt.

Empfehlen Sie, dass COPD-Patienten aktiv ihren Arzt auf eine Testung ansprechen sollten?

Auch wenn es für Ärzte nach wie vor noch keine übliche Situation ist, dass Patienten aktiv mögliche Ursachen oder Möglichkeiten der Diagnostik ansprechen, würde ich persönlich diese Entwicklung und Ansprache befürworten.

Was sollte jeder COPD-Patient über die Alpha-1-Diagnos-tik wissen?

Der Arzt kann die Konzentration von Alpha-1-Antitrypsin im Blutserum bestimmen und mit hoher Wahrscheinlichkeit die klinische Relevanz einer Erkrankung ausschließen bzw. feststellen, ob ein klinisches Problem besteht oder nicht. Ab Mai gibt es wieder einen Schnelltest, so dass bereits nach 15–20 Minuten ein erstes Ausschlussergebnis vorliegt.

Welche Bedeutung hat das Alpha-1-Register?

Seit einigen Jahren haben wir ein Alpha-1-Register in Deutschland mit Sitz in Bad Homburg unter Leitung von Herrn Professor Dr. Robert Bals. Durch das Register werden Daten gesammelt, die uns langfristig helfen, viele noch offene Fragen zur Ausprägung und zum Verlauf der Erkrankung zu klären. Mittel- und langfristig soll durch die Erkenntnisse des Registers die Behandlung von Patienten mit Alpha-1-Antitrypsin-Mangel optimal angepasst werden.

Viele Patienten, bei denen AAT-Mangel diagnostiziert wurde, denken, dass sie automatisch in das Register aufgenommen würden. Dies ist jedoch nicht der Fall, denn Patienten sollen sich frei für das Register entscheiden können. Patienten müssen also selbst aktiv werden, damit sie in das Register aufgenommen werden. Sprechen Sie Ihren Arzt auf das Register an. Nähere Informationen finden Sie auch unter www.alpha-1-register.de.

... mehr Wissen

www.copd-deutschland.de

Ratgeber „Alpha-1-Antitrypsin-Mangel ... eine Wikinger-Krankheit?“. Der Ratgeber kann bei der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland (www.lungenemphysem-copd.de) online gelesen oder beim Verein COPD – Deutschland e.V. (www.copd-deutschland.de) bestellt werden. Beachten Sie die dort hinterlegten Versandinformationen.

OXYCARE
Sauerstoff-Beatmungstechnik GmbH
Fon 04 21 - 48 99 6-6 Fax 04 21 - 48 99 6-99

Asthma Bronchitis COPD Migräne
THERAPIEGERÄTE
Schlafapnoe Herzschwäche Wunde,
Neuromuskulär Krebs

Alle Produkte sind verordnungsfähig!

Sauerstoffversorgung

– Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

● **Der SimplyGo®** nur 4,5 kg mit Dauerflow bis 2 l/min **Mieten möglich!**

● **Der LifeChoice Activox®** nur 1,9 kg, mit interner Akkuleistung bis zu 12,5h, St. I

● **Der Inogen One G3®** nur 2,2 kg, mit interner Akkuleistung von 4h, erweiterbar auf 8h, St. 2 **Shop-Preis Inogen One G3 ab 2.895,00 € solange Vorrat reicht**



Inhalation

● **Sami®**
Kurze Inhalationszeit durch Sidestream-Vernebler

● **Allegro®**
Mit 3 verschiedenen Düsen für obere, mittlere und untere Atemwege

● **OxyHaler® Membran-Vernebler**
Klein - leicht (88 g) - geräuschlos - mit Akku
Verneblung von NaCl, z.B. Nebusal 7%, bis Antibiotika möglich

● **Nebusal®**
7%ige hypertone Kochsalzlösung



Atemtherapiegeräte

In großer Auswahl z.B.:

GeloMuc®/ Quake®
PowerBreathe Medic®
RespiPro®/RC-Cornet® **GeloMuc: Shop-Preis nur 39,45 €**



Sekretolyse

● **VibraVest™**
Die hochfrequente Vibrations-Weste

Durch die hochfrequente Vibration kann das Sekret gelöst, mobilisiert und abgehustet werden. Methode HFCWO (High Frequency Chest Wall Oscillation), ohne Kompression des Brustkorbs. Für Kinder und Erwachsene.



● **Pulsar Cough® Hustenassistent**
mit Fernbedienung + Vibrationsmodus
Für Kinder und Erwachsene.

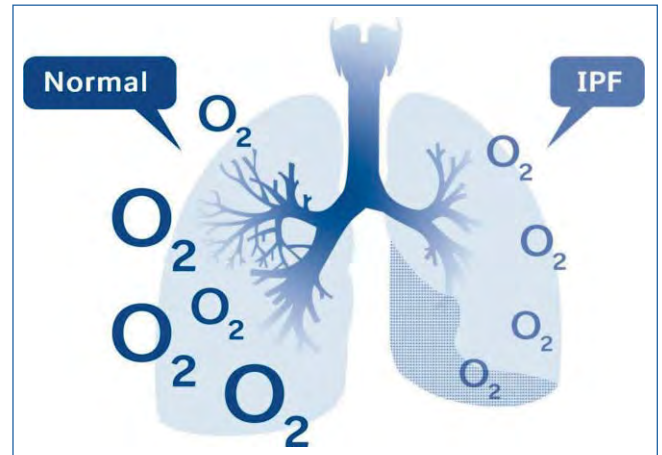


Finger-Pulsoxymeter

„Bärchen“ für Kinder MD 300 C52 49,95 €
für Erwachsene versch. Modelle
z.B. M70 ab 39,95 €



OXYCARE GmbH · Holzweide 6 · 28307 Bremen
Fon 0421-48 996-6 Fax 0421-48 996-99
E-Mail ocinf@oxycare.eu · www.oxycare.eu



Neue Therapieoptionen Idiopathische Lungenfibrose

Hinter dem Begriff Lungenfibrose verbergen sich zahlreiche verschiedene Lungenerkrankungen, die als Gemeinsamkeit einen Umbau des Lungenbindegewebes haben, was letztendlich zu einer Vermehrung des Bindegewebes führt.

Die idiopathische Lungenfibrose (IPF) bildet aufgrund der Erkrankungszahlen die größte Gruppe innerhalb der Lungenfibrosen. Als idiopathisch werden Erkrankungen mit nicht bekannter Ursache bezeichnet.

Erstmals stehen unterschiedliche medikamentöse Behandlungsansätze für Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose zur Verfügung.



Während des Pneumologie Kongresses in Berlin wurden die neuen Therapieoptionen diskutiert. **Professor Dr. Jürgen Behr**, Leiter der klinischen Pneumologie am Forschungszentrum des Helmholtz-Zentrums München und Chefarzt der Asklepios Fachkliniken in Gauting bei München, erläutert im Gespräch mit Sabine Habicht, Redaktionsleiterin, die Möglichkeiten, die für die IPF nun zur Verfügung stehen.

Können Sie uns die verschiedenen Therapieoptionen und Wirkmechanismen etwas näher erklären?

Bei den beiden Medikamenten handelt es sich um das Pirfenidon und das Nintedanib. Das Pirfenidon ist eine Substanz, die im Bereich Lungenfibrose schon seit mindestens 1999 untersucht wird. Durch verschiedene Studien konnte gezeigt werden, dass Pirfenidon sowohl entzündliche als auch fibrosierende – also bindegewebsbildende Prozesse – im Gewebe der Lunge unterbindet. Auch wenn der genaue

Wirkmechanismus bisher nicht bekannt ist, sind diese Effekte eindeutig nachweisbar. Das Nintedanib ist eigentlich eine Substanz, die aus der Krebsforschung kommt und inzwischen auch eine Zulassung beim Lungenkrebs erhalten hat. Nintedanib hemmt ganz speziell sogenannte Tyrosinkinasen. Diese Tyrosinkinasen sind verantwortlich für bestimmte Signalwege innerhalb der Zelle, die vor allem drei verschiedene Wachstumsfaktoren hemmen. Diese Eigenschaft ist natürlich bei einem Tumorstadium von besonderem Interesse und eben auch bei einem Wachstum von Bindegewebe in fibrosierenden Prozessen – wie dies bei der idiopathischen Lungenfibrose der Fall ist.

Die beiden Substanzen sind also letztendlich in der Lage, auf unterschiedliche Art und Weise, Bindegewebsbildung in der Lunge einzudämmen. Was man bisher noch nicht weiß ist, wie weit sich die Effekte der beiden Substanzen möglicherweise überschneiden – was theoretisch möglich wäre. Doch bei Pirfenidon kennt man bisher noch nicht die genauen Wirkmechanismen.

Pirfenidon wird bei leichter bis mittelschwerer Lungenfibrose eingesetzt. Wie verhält es sich bei Nintedanib?

Das Nintedanib wird breiter eingesetzt. Es ist praktisch ohne Einschränkung für einen Schweregrad zugelassen. Wobei man das fairerweise aus historischer Sicht betrachten muss. In den USA z. B. sind beide Medikamente für alle Formen der idiopathischen Lungenfibrose zugelassen – unabhängig vom Schweregrad. In Europa ist die Zulassung für das Pirfenidon bereits 2011 erteilt worden, allerdings auf einer damals noch etwas schwächeren Studienlage. Zum damaligen Zeitpunkt hat die Zulassungsbehörde FDA in den USA das Medikament noch gar nicht zugelassen. Das heißt, wir hatten in Europa das Pirfenidon schon zwei oder drei Jahre vor den USA zur Verfügung – allerdings mit einer Beschränkung auf milde bis moderate Schweregrade. Die Einschränkung wurde

Diagnose Lungenhochdruck?

mein heute – mein morgen Der PAH-Patienten-Service



**Individuelle
Betreuung
und Beratung**

Kompetente und
freundliche Hilfe
am Telefon



Mobile Nurse

Die Kranken-
schwester bei
Ihnen zu Hause



**Information
zur
Erkrankung**

Bestellen Sie
Broschüren bequem
im Internet

Wir freuen uns über Ihren Anruf: ☎ **0800 853 63 60**
Unsere Website: **www.meinheute-meinmorgen.de**

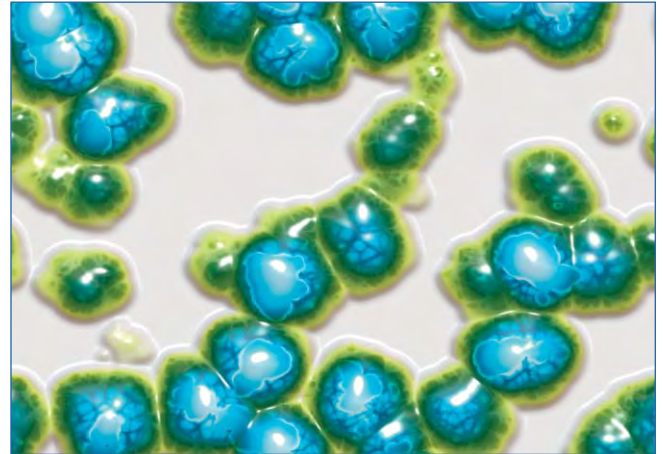
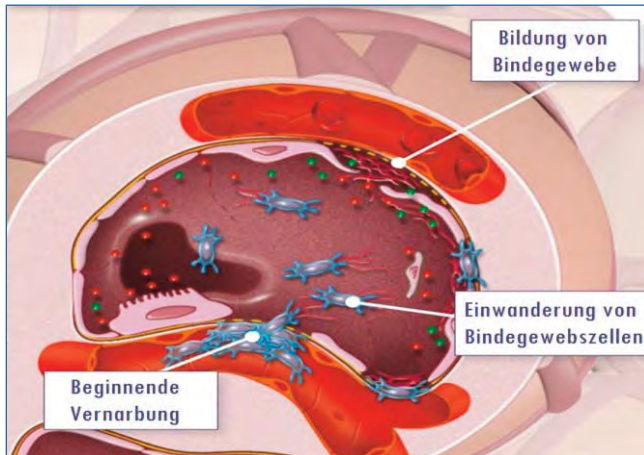


mein heute
mein morgen



Actelion Pharmaceuticals Deutschland GmbH
Basler Straße 65 | D-79100 Freiburg
T 0761 4564-0 | www.actelion.de

EX-Mktg-1217-05082014



also zu einem Zeitpunkt erteilt, als noch gar keine Studienergebnisse zu höheren Schweregraden vorlagen. Da sich inzwischen die Studienlage etwas verbessert hat, ist 2014 in den USA praktisch eine uneingeschränkte Zulassung für Pirfenidon erfolgt und auch Nintedanib wurde in den USA – und jetzt auch in Europa – uneingeschränkt zugelassen.

Mir ist bekannt, dass für Pirfenidon derzeit ebenfalls Anstrengungen laufen, damit auch hier diese Einschränkungen aufgrund der neuen Studienlage evtl. aufgehoben werden.

Es gibt seit 2013 für IPF spezielle Leitlinien. Werden diese in ein paar Jahren möglicherweise entsprechend geändert bzw. der aktuellen Situation angepasst?

Das wird gar nicht Jahre dauern. Wir sind derzeit dabei, ein internationales Update für die Therapie aufgrund dieser veränderten Studienlage zu erarbeiten. Und ich glaube, sagen zu dürfen, dass die aktualisierten Leitlinien wahrscheinlich sogar noch im ersten Halbjahr oder spätestens im 3. Quartal 2015 publiziert werden. Eine Überarbeitung der deutschen Leitlinie wird sich ebenfalls an dieser neuen Sachlage orientieren.

Wie sieht es denn mit den Nebenwirkungen beider Therapieformen aus?

Hier unterscheiden sich die beiden Medikamente.

Pirfenidon hat in erster Linie Nebenwirkungen im Bereich des Gastrointestinaltraktes (Magen-Darm-Traktes), wobei Übelkeit, Inappetenz (Appetitlosigkeit), Gewichtsverlust, manchmal auch eine gewisse Flauigkeit oder Abgeschlagenheit im Vordergrund stehen. Und wir haben einen zweiten Nebenwirkungsschwerpunkt im Bereich der Haut. Hier gibt es zwei verschiedene Manifestationen. Zum einen eine Art Hautausschlag, der praktisch durch das Medikament ausgelöst wird und zusätzlich eine Photosensibilisierung. Das heißt, die Patienten, die Pirfenidon einnehmen, müssen das Sonnenlicht meiden

bzw. auf alle belichteten Hautareale Sonnenschutzfaktor 50 auftragen. Und zwar immer wenn sie ins Freie gehen, unabhängig ob es ein bedeckter Tag ist oder nicht. Der Sonnenschutz ist immer erforderlich, da die Einlagerung des Medikamentes in der Haut letztendlich zu einer sogenannten phototoxischen Reaktion führen kann. Bei empfindlichen Patienten reichen dann schon geringe Expositionen aus.

Was ganz selten vorkommt sind Leberwerterhöhungen durch Pirfenidon. Zu Beginn der Therapie sollten daher die Leberenzyme im Blut kontrolliert werden.

Das Nintedanib, die zweite Substanz, die zur Verfügung steht, hat ein anders Nebenwirkungsprofil. Die Substanz verursacht zwar keine Hauterscheinungen, jedoch ebenfalls Übelkeit und Nebenwirkungen im gastrointestinalen Bereich. Wobei vor allem Durchfälle die klassische Nebenwirkung bei Nintedanib sind. In der Regel ist diese Nebenwirkung durch eine Dosisreduktion oder durch eine entsprechende Medikation gegen Durchfall zu beherrschen.

Werden die zur Verfügung stehenden Medikamente auch als Kombination eingesetzt?

Es wird eine Studie geben, die den gemeinsamen Einsatz von Nintedanib und Pirfenidon untersucht. Um hier Empfehlungen abzugeben, müssen wir auf die Ergebnisse dieser Studie warten. Momentan sollte die Gabe einer Kombination außerhalb von Studien nicht erfolgen.

Kann man heute schon sagen, für welchen Patienten, welches Medikament geeignet ist?

Gemäß der Studienlage ist der Umfang der Wirksamkeit im Hinblick auf die Verhinderung des Fortschreitens des Lungenfunktionsverlustes bei beiden Medikamenten etwa gleich. Die Verminderung des Lungenvolumens wird durch die Therapie verlangsamt oder im Einzelfall auch aufgehalten. Bei etwa 20 % der Patienten verbessert sich die Lungenfunktion tendenziell leicht. Darüber hinaus bestehen gewisse Unterschiede hin-

sichtlich der weiteren Wirksamkeit. Man muss jedoch sagen, dass diese Unterschiede momentan auf unterschiedlich ausgerichteten Studien mit den Substanzen beruhen. Ob die Wirksamkeit bei dem jeweils anderen Wirkstoff ebenfalls besteht, kann also erst nach einer vergleichenden Studienlage beurteilt werden.

Für das Pirfenidon konnte gezeigt werden, dass es die Leistungsfähigkeit der Patienten gemessen an der 6-Minuten-Gehstrecke besser erhält und die Patienten weniger schnell ihre Leistungsfähigkeit verlieren.

Bei Nintedanib ist vor allem zu erwähnen, dass das Medikament das akute Auftreten der Exazerbation verzögert. D. h. die Zeit bis zur ersten akuten Exazerbation wurde signifikant (deutlich) verlängert mit Nintedanib. Dieses ist ein wichtiger Aspekt, weil akute Exazerbationen bei der Lungenfibrose eine sehr ungünstige Prognose haben.

Kriterien, welche Substanz, bei welchem Patienten eingesetzt werden sollte, orientieren sich momentan vor allem an den jeweiligen Nebenwirkungscharakteristika, die es mit dem Patienten zu besprechen gilt. Patienten, die z. B. darauf angewiesen sind, an die Sonne bzw. ins Freie zu gehen, weil sie noch beruflich tätig sind, kommen vielleicht mit Nintedanib besser zurecht. Patienten, die vielleicht einen sehr empfindlichen Darm haben und bereits wissen, dass sie zu Störungen des Magen-Darm-Traktes neigen, sollten möglicherweise eher Perfinidon einnehmen. Ich würde immer den Patienten über die Nebenwirkungen und die Medikamente und was darüber hinaus noch zu erwarten ist aufklären, um dann gemeinsam mit dem Patienten zu entscheiden, welches Medikament eingesetzt wird. Andere objektive Parameter zur Auswahl der Substanz haben wir momentan nicht zur Verfügung.

Hinweis: In der Ausgabe IV/2015 der Patientenzeitschrift COPD in Deutschland wird Professor Behr über die aktuellen vielfältigen Forschungsaktivitäten zur idiopathischen Lungenfibrose berichten. Desweiteren finden Sie in der Ausgabe eine aktuelle Übersicht zu Lungenfibrosen insgesamt.

... mehr Wissen

www.copd-deutschland.de

Ratgeber „Idiopathische Lungenfibrose“. Der Ratgeber kann bei der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland (www.lungenemphysem-copd.de) online gelesen oder beim Verein COPD – Deutschland e.V. (www.copd-deutschland.de) bestellt werden. Beachten Sie die dort hinterlegten Versandinformationen.

Anzeige

Physiotherapie befreit Atemwege

RC CORNET®

Beim Ausatmen in das RC-Cornet® entstehen Vibrationen, die das Bronchialsystem auf physikalische Weise therapieren.



PZN 08 418 667

Wirkung:

- befreit von zähem Schleim bei Asthma und COPD
- erleichtert das Abhusten
- lindert Reizhusten

Für Kinder und Erwachsene geeignet



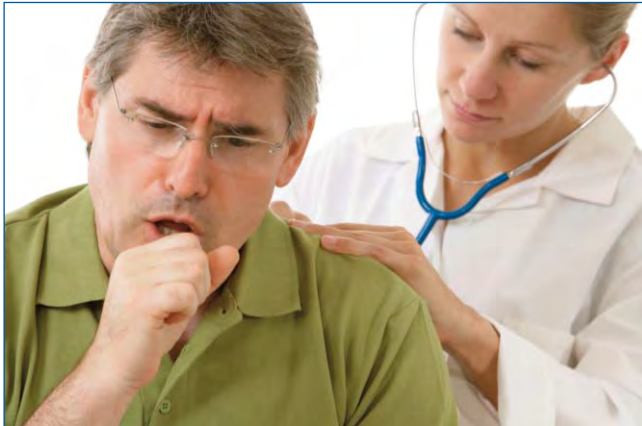
RC

R.Cegla GmbH & Co.KG
Tel. 02602 9213-0
www.basiscornet.de

erhältlich in Apotheken oder unter www.cegla-shop.de

In der Diskussion

Lungenfibrose und Lungenemphysem



Neue Erkenntnisse, die nicht nur die idiopathische Lungenfibrose betreffen, sondern insgesamt die Lungenfibrosen, werden derzeit diskutiert. Hierbei handelt es sich um eine Mischform bzw. eine Kombination zwischen Lungenfibrose und Lungenemphysem, die als CPFE (combined pulmonary fibrosis and emphysema) bezeichnet wird.

Was sich hinter diesem Erkrankungsbild verbirgt, erläutert Professor Dr. Jürgen Behr, München.

Zu diesem Thema gibt es durchaus noch viel Diskussionsbedarf innerhalb der wissenschaftlichen Fachkreise. Die eine Gruppe von Wissenschaftlern vermutet, dass es sich bei der Mischform der Erkrankungen um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt. Die andere Gruppe vermutet jedoch, dass es sich um ein gemeinsame Endstrecke derselben Noxe handelt – d. h. es sich um zwei eigenständige Krankheitsbilder handelt, die sich aufgrund der gleichen Ursache, einen schädigen Stoff – also eine Noxe – entwickelt haben. Diese Vermutung liegt nahe, da Patienten, die diese beiden Krankheitsbilder aufweisen, in aller Regel extrem stark geraucht haben.

Das Tückische beim Vorliegen einer Lungenfibrose und eines Lungenemphysems ist, dass sich die Auswirkungen der Erkrankungen – bei einer Fibrose „versteift“ sich das Lungengewebe und bei einem Emphysem „erhöht“ sich die Dehnbarkeit des Lungengewebes – im Prinzip, was die Messwerte der Lungenfunktion anbelangt, „aufheben“. Das Lungenvolumen liegt bei diesen Patienten oftmals im Normbereich – trotz Lungenfibrose.

Es besteht somit die Gefahr, dass diese Patienten übersehen werden. Das Lungenemphysem wird diagnostiziert, nicht jedoch die Lungenfibrose. Für die Prognose der Pa-

tienten ist jedoch insbesondere die Lungenfibrose entscheidend, die es entsprechend zu behandeln gilt. Wird ein Patient bei Vorliegen beider Erkrankungen nur gegen das Lungenemphysem, d. h. die COPD behandelt, so profitieren die Patienten in der Regel von dieser Therapie nicht in ausreichendem Maße.

Entscheidend ist also, die Lungenfibrose rechtzeitig zu erkennen. Wichtig ist dabei, sich nicht von einer normalen Spirometrie, also einer normalen Lungenfunktionsmessung, täuschen zu lassen – da diese eine Lungenfibrose nicht ausschließt.

Zudem ist eine Lungenfibrose bei Patienten mit gleichzeitigem Lungenemphysem oftmals im Röntgenbild nicht erkennbar – die Krankheitsbilder „überlagern“ sich gegenseitig. Eine eindeutige Diagnostik wird erst im CT, also in der Computertomografie, ersichtlich.

Ärzte sollten immer dann aufmerksam werden, wenn sie bei der Auskultation, also beim Abhören der Lunge, ein Knisterrasseln hören oder wenn der Patient eine starke Diffusionseinschränkung (Einschränkung des Sauerstoffaustauschs in der Lunge) aufweist. Diese Anzeichen sind bei einer COPD so nicht zu erwarten und können entweder auf eine pulmonale Hypertonie oder möglicherweise auf eine Fibrose deuten. Um sicher zu gehen, sollte dann eine Schnittbilduntersuchung (Computertomografie) erfolgen.

Wird eine Fibrose festgestellt, kann dann eine entsprechende antifibrotische Therapie eingeleitet werden. Analysen von Untergruppen aus den Zulassungsstudien zu Nintedanib haben ergeben, dass auch Patienten mit Lungenfibrose und einer Emphysemkomponente von diesem Medikament profitieren.

Auswirkungen auf Alltag, Psyche und Lebensqualität



Übersicht **Angst und Depression bei COPD**

Die COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) ist eine der häufigsten chronischen Atemwegserkrankungen. Die Krankheitshäufigkeit wird in Deutschland auf 12-13% geschätzt. Männer sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Frauen. Rauchen ist der wichtigste Risikofaktor. Die Erkrankung verläuft chronisch fortschreitend und betrifft nicht nur die Lungen, sondern auch andere Organsysteme.

Mehrere Studien zeigen, dass COPD, Depressionen und Angst häufig zusammen (komorbid) auftreten. So werden Symptome einer Depression oder von Angst in diesen Studien bei 30 bis 70% der COPD-Patienten festgestellt. Aufgrund der Überlappung der COPD-Symptomatik mit Symptomen z. B. des depressiven Syndroms, wird die Häufigkeit von Depressionen bei COPD in Studien jedoch überschätzt und klinisch relevante d. h. behandlungsbedürftige komorbide Depressionen liegen wahrscheinlich „nur“ in etwa 20 bis 30% der Fälle bei COPD vor.

Vielfältige Ursachen und Auswirkungen

Angst und Depression bei COPD können vielfältige Ursachen haben. Einerseits sind sie Ausdruck einer psychischen Reaktion auf die körperliche Grunderkrankung und den damit einhergehenden Einschränkungen. Andererseits können aber z. B. auch Medikamente zur Behandlung der COPD (wie Kortikoide, Beta-Agonisten bzw. Beta-2-Symptomimetika, Theophyllin etc.) oder auch die Entwöhnung von Nikotin, Angst und Depressionen auslösen.

Neben Einflüssen auf die allgemeine Lebensqualität der Betroffenen haben Angst und Depressionen, selbst in geringer Ausprägung, vielfältige weitere ungünstige Auswirkungen. Hier sind insbesondere zu nennen:

verlängerte Krankenhausaufenthalte, erhöhtes Risiko für akute Verschlechterungen der COPD und Notwendigkeit von Krankenhauseinweisungen, geringere Einhaltung des Therapieplanes (Therapietreue) und erhöhte Sterblichkeit (Literatur beim Verfasser).

Angesichts der Häufigkeit und des ungünstigen Einflusses von Angst und Depressionen auf den Krankheitsverlauf von COPD-Patienten soll im Folgenden näher auf Symptomatik und Diagnostik von Angst und Depressionen eingegangen werden. Danach werden die Möglichkeiten der Behandlung von Angst und Depressionen bei COPD dargestellt.

Krankheitszeichen und Symptomatik von Angst und Depressionen

Zu den typischen Symptomen von Angst und depressiven Störungen zählen niedergedrückte oder ängstliche Stimmung, verringerte Interessen und Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen, zahlreiche weitere körperliche Beschwerden, Konzentrationsprobleme, Unruhe, Selbstwertprobleme, Schuldgefühle und auch Gedanken an den eigenen Tod bis hin zu Suizidgedanken.

Treten solche Symptome bei COPD auf, stellen sich zweierlei Probleme: Erstens besteht eine Überlappung mit Krankheitszeichen der COPD und zweitens haben viele Betroffene, die zum ersten Mal an einer Angststörung oder Depression erkranken, Schwierigkeiten psychische Symptome als solche zu erkennen. So werden Angstsymptome häufig zunächst nur auf der körperlichen Ebene wahrgenommen (flaues Gefühl in der Brust- oder Magengegend, Herzasen, Zittern, Verspannungsgefühle

etc.) und insofern auch eher als Ausdruck einer körperlichen Erkrankung gesehen. Das gleiche gilt für depressive Symptome. Oft werden psychische Symptome auch als normale Reaktion auf eine schwerwiegende körperliche Erkrankung betrachtet (von Patienten und auch Ärzten), weswegen eine spezifische Behandlung dann meist ausbleibt. Nicht zu vergessen ist auch, dass psychische Erkrankungen nach wie vor mit einem Stigma behaftet sind, was Betroffene daran hindert, offen über ihre Probleme zu sprechen und sich Hilfe zu suchen.

Tatsächlich wird nur bei einem geringen Prozentsatz von Patienten, die unter Angststörungen und Depressionen leiden, die richtige Diagnose gestellt und eine angemessene Therapie mit dem Patienten besprochen und eingeleitet.

Obwohl es etablierte Untersuchungsmethoden (Screening-instrumente) zur Diagnostik von Angst und Depression gibt (z. B. der Fragebogen PHQ-9, zu finden unter: www.wikipedia.org/wiki/PHQ-9), werden diese in der Versorgung z. B. von Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen nicht routinemäßig eingesetzt. Dies führt zu einer Unterdiagnostik und Untertherapie psychischer Erkrankungen bei der COPD mit den weiter oben beschriebenen negativen Konsequenzen für die Betroffenen.

Schon die folgenden beiden Fragen können helfen eine Depression zu erkennen:

- Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
- Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Werden beide Fragen mit „Ja“ beantwortet, ist die klinische Erfassung der formalen Diagnosekriterien und gegebenenfalls eine weitere Diagnostik weiterer Ursachen für Angst/Depressionen erforderlich.

Therapie von Angst und Depressionen

Obgleich die Studienlage für standardisierte Therapieempfehlungen noch unzureichend ist, existieren empirische Evidenzen (Studien), welche die Wirksamkeit von Antidepressiva, verhaltenstherapeutischen Methoden und adhärenzfördernden Verfahren (Therapieeinhaltung) belegen.

Angst und Depression treten häufig gemeinsam auf und werden ähnlich behandelt. Therapiebedürftigkeit im engeren Sinne besteht erst ab einer gewissen Schwere und Dauer der Symptome. Leichtere und nur kürzer oder selten auftretende psychische Symptome, unter denen der Betroffene nicht leidet, haben zumeist keine Krankheitswertigkeit und müssen in der Regel auch nicht spezifisch behandelt werden.

Allenfalls kann man an diesen Symptomen vielleicht eine gewisse Bereitschaft/Anfälligkeit für die Entwicklung schwerwiegenderer psychischer Symptome erkennen und dann durch geeignete gesundheitsfördernde Maßnahmen (z. B. Entspannungstechniken, Atemtechniken, Selbsthilfegruppen, Verbesserung des Umgangs mit Stress, körperliche Aktivitäten etc.) die individuelle Widerstandskraft (Resilienz) und Bewältigungskapazitäten helfen zu verbessern.

Medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungsmethoden.

Wenn ein gewisser Schweregrad z. B. der Depression erreicht ist und die Symptome länger als ein bis zwei Wochen nahezu durchgängig vorlagen, sollte unbedingt an die Einleitung einer medikamentösen Therapie der Angst oder Depression gedacht werden. Idealerweise erfolgt die medikamentöse Therapie in Kombination mit einer Psychotherapie und anderen psychosozialen Interventionen. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass eine Psychotherapie meistens nicht zeitnah angeboten werden kann und hier Wartezeiten von bis zu einem Jahr oder darüber nicht selten sind.

Anzeige



Linde: Living healthcare



Unser neuer
Webshop.

Schauen Sie doch mal rein.

www.linde-healthcare-elementar.de



Linde Gas Therapeutics GmbH, www.linde-healthcare.de



Was muss bei der medikamentösen Therapie beachtet werden?

Beim Einsatz von Antidepressiva sind Nebenwirkungen mit ungünstigem Einfluss auf die COPD (insbesondere anticholinerge Nebenwirkungen wie z. B. Mundtrockenheit, Harnverhalt, Darmverstopfung, verminderte Schweißbildung, hoher Blutdruck, Tachykardie bzw. Herzerasen) und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten [Fluvoxamin z. B. inhibiert bestimmte Abbauenzyme (CYP1A2), was zu erhöhten Theophyllinspiegeln führen kann] zu berücksichtigen.

Johanniskraut, welches von Patienten oft ohne Kenntnis des Arztes eingenommen wird, kann wiederum den Abbau von Theophyllin verstärken und dadurch dessen Wirksamkeit verringern.

Spezifische Empfehlungen für bestimmte Antidepressiva können nicht gegeben werden. Ältere trizyklische Antidepressiva sind aber trotz Wirksamkeit wegen der häufigen anticholinergen Nebenwirkungen bei COPD mit Zurückhaltung zu empfehlen. Modernere Antidepressiva (z. B. Sertralin, Duloxetin, Venlafaxin oder Agomelatin) sind oft besser verträglich. Ein Abhängigkeitsrisiko besteht bei Antidepressiva nicht!

Insgesamt sollte die Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes Medikament durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen und sich an den individuellen Bedürfnissen und Gegebenheiten des Betroffenen orientieren.

Benzodiazepine, die häufig bei Angst verschrieben und eingenommen werden, sollten bei COPD eher gemieden werden. Neben dem Abhängigkeitsrisiko von Benzodiazepinen legen Studien nahe, dass Benzodiazepine zu einer deutlichen Verschlechterung des Krankheitsverlaufs und Verkürzung der Lebenserwartung von COPD-Patienten führen können.

Verschiedene Studien zeigen, dass die vielfältigen Therapiebedürfnisse von COPD-Patienten im Rahmen inte-

grierter, multimodaler Versorgungsprogramme mit psychologischen/psychiatrischen Komponenten wirksam angegangen werden können und sich dadurch der Krankheitsverlauf verbessern und sogar Kosten durch weniger Notfallbehandlungen und Krankenhausbehandlungen reduzieren lassen.

Fazit

Angst und Depressionen kommen bei COPD häufig vor und können den Krankheitsverlauf erheblich verschlechtern. Patienten sollten ihren Arzt bei Verdacht auf eine Depression oder Angststörungen direkt ansprechen und gegebenenfalls die Einbindung von Psychiatern und Psychotherapeuten in die Therapie aktiv einfordern!

Vor medikamentösen Eigetherapien, z. B. mit pflanzlichen Präparaten, muss gewarnt werden, da diese die Wirksamkeit der COPD-Medikamente mitunter beeinträchtigen können.

Allgemein gesundheitsfördernde Maßnahmen (z. B. Erlernen von Entspannungstechniken, Atemübungen, Stressabbau, körperliche Aktivierung) sind empfehlenswert und können die persönliche Widerstandskraft und psychische Gesundheit unterstützen. Der Besuch von Selbsthilfegruppen (Depression, Angst und/oder COPD) dient unter anderem dem Informationsaustausch und wird allgemein als hilfreich und entlastend empfunden. Eine integrierte, multiprofessionelle Versorgung, die sich an den individuellen Bedürfnissen des Patienten ausrichtet, ist zu fordern.

PD Dr. med. habil. R. Bottlender,
Direktor der Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Märkische Kliniken GmbH
Klinikum Lüdenschaid



Kongress-Report Leben mit Atemnot

Heftiger Ärger im Büro, bei der Autofahrt zu zweit oder am abendlichen Esstisch in der Familie – Reaktionen wie „ich brauch' jetzt frische Luft“ oder „da bleibt einem ja die Luft weg“, „nun halt mal die Luft an“ meinen in diesen Momenten ganz etwas anderes als die Atmung. Diese über lange Zeit im Sprachgebrauch entstandenen Redewendungen zeigen jedoch, dass Atmung weit mehr ist als die Versorgung des Blutes und des Gehirns mit Sauerstoff. Sie illustrieren, wie eng Lunge und Psyche miteinander verwoben sind. Das ist so beim Gesunden und in noch größerem Maße bei Menschen, deren Atmung auf irgendeine Weise zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt ist, sei es im Rahmen einer Operation oder bei einer längerfristigen Behandlung auf der Intensivstation, wenn eine künstliche Beatmung erforderlich wird. Auch chronische Atemwegserkrankungen, die mit Atemnotsituationen einhergehen, wie beispielsweise Asthma, COPD, Lungenemphysem oder Lungenfibrose haben nachhaltigen Einfluss auf die Psyche und umgekehrt.

Psychische Belastungen nicht ignorieren

Psychologen und Psychosomatiker beschäftigen sich auf wissenschaftlicher Ebene damit, in welchem Maße eine Erkrankung wie COPD das Leben des Betroffenen und seiner Familie oder des Partners beeinflussen kann, wovon die Beeinflussung abhängt und vor allem, was man tun kann, um die Situation für alle zu verbessern. Denn insbesondere die Betroffenen, aber auch ihre behandelnden Ärzte, das Pflegepersonal und nicht zuletzt die Angehörigen des Patienten müssen lernen, mit den Atemwegsbeschwerden, der Atemnot umzugehen, da sonst die Gefahr einer zusätzlichen psychischen Erkrank-

kung droht. Patient, Partner oder die ganze Familie können davon in Mitleidenschaft gezogen werden und brauchen ggf. Unterstützung.

Daher ist es wichtig, psychische Belastungen nicht zu ignorieren oder gar zu bagatellisieren. Der Patient sollte von Anfang an über mögliche psychische Auswirkungen informiert sein, die Thematik und möglicherweise bestehende Belastungen bzw. Auswirkungen auch von sich aus ansprechen und sowohl im stationären, wie auch im ambulanten Bereich von Seiten der Ärzte die entsprechende notwendige Unterstützung erfahren.

Umgang mit einer Beatmungstherapie

Bei chronischen Lungenerkrankungen können verschiedene Formen einer Beatmungstherapie wie invasive Beatmung, nicht-invasive Beatmung oder Sauerstoff-Langzeittherapie lebensrettend sein und langfristig die Aussichten auf ein weitgehend "normales Leben" mit der Erkrankung ermöglichen.

Sauerstoff-Langzeittherapie

Leiden Patienten unter einer Erkrankung, die zu schwerem chronischen Sauerstoffmangel (Hypoxämie) führt, z. B. durch Verengung oder Überblähung der Atemwege kann eine Sauerstoff-Langzeittherapie (Englisch long-term oxygen therapy, kurz LOT oder LTOT) die Überlebensdauer und die Lebensqualität verbessern.

Nicht selten führen hierbei jedoch Schamgefühl, Stigmatisierung und Selbstbeschuldigung zu Stresssituationen, die fachärztlich auch als „Psychostress“ bezeichnet werden. Sehr hilfreich an dieser Stelle ist es, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen, erläuterte Monika Tempel, Konsiliar / Liaison-Ärztin Psychosomatik und Psychoonkologie im Zentrum für Pneumologie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Klinik Donaustauf, Regensburg.

Anzeige



Sauerstoff immer und überall.

Mobile Konzentratoren

Alle Modelle

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

air-be-c
Medizintechnik

24h NOTDIENST
URLAUBSversorgung

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

www.sauerstoffkonzentrator.de

Beratungstelefon:
(0365) 20 57 18 19

info@air-be-c.de
www.air-be-c.de
Tel.: (0365) 2 05 71 80
Finden Sie uns auf

Focus • Freestyle • Inogen One G3 • Freestyle 5 • XPO2 • Inogen One G2 • SimplyGo • eQuinox • iGo • Solo2 • Eclipse 5



Wird die Sauerstoff-Langzeittherapie zudem regelmäßig angewendet, treten meistens bereits nach wenigen Tagen sehr positive Effekte für den Patienten auf, so Monika Tempel. Diese eigene Erfahrung sei das überzeugendste Argument und könne bei der Bewältigung und Einfeldung in die neue Lebenssituation mit LOT helfen.

Dennoch gilt es, bei Bedarf auch das Gespräch mit dem Psychotherapeuten nicht zu scheuen.

Nicht-invasive Beatmung (NIV)

Auch die nicht-invasive Beatmung mit einer Maske (NIV), d. h. ohne Intubation, zur Entlastung der Atemmuskulatur führe bei nicht wenigen Patienten zur einer sogenannten „Psychokrise“, so Tempel. Oftmals leide das eigene Selbstbild von Stärke und Unabhängigkeit aufgrund der Maske, der Patient „glaube nicht“ an eine Besserung und erachte die Beatmung als „nicht notwendig“. Erstickungsängste spielen ebenfalls eine Rolle bei einer psychischen Belastung.

Hier sei es für den Patienten wichtig, sich auf das motivierende Gespräch mit dem Therapeuten einzulassen, die Argumente zu hören, die deutlich machen, dass sich die NIV wirklich lohnt. Entsprechende Studien dazu haben inzwischen beeindruckend gezeigt, dass eine NIV hilfreich sein kann, um die Lebensqualität insgesamt zu verbessern und die Lebenszeit zu verlängern.

Invasive Beatmung in der Klinik

Ist eine invasive Beatmung und Intensivtherapie in der Klinik notwendig, bedeutet diese Situation für den Patienten eine besondere psychische Belastung. Erfahrungsgemäß können sogenannte posttraumatische Belastungsstörungen, Ängste und Depressionen, aber auch körperliche Beschwerden oft noch lange bestehen bleiben, auch wenn der Krankenhausaufenthalt bereits längere Zeit zurückliegt.

Ganz wesentlich zur Verhinderung der psychischen Folgeerkrankungen nach Intensivbeatmung sei, so Mo-

nika Tempels Fazit, das interdisziplinäre, fachübergreifende Vorgehen (Ärzte, Pflegepersonal, Physiotherapeuten und Psychotherapeuten) in der zum Teil auch länger anhaltenden Phase bis der Patient wieder selbständig atmen kann, die frühzeitige Einbeziehung der Angehörigen sowie eine strukturierte intensivmedizinische Nachsorge.

Hierfür gebe es verschiedene professionelle Behandlungsansätze, wie regelmäßige Psychotherapie und des Weiteren Möglichkeiten, die Coping*-Fähigkeiten zu unterstützen, den Schlaf und den Tag-Nacht-Rhythmus zu optimieren sowie die Intensivnachsorge vorzubereiten.

Fazit

Kommunikation hat für Patienten, die aus welchen Gründen auch immer beatmet werden müssen, eine essenzielle Bedeutung, verdeutlichte Monika Tempel in ihrem Vortrag. Eine Kommunikation, die alle Beteiligten, Patienten, Angehörige, Ärzte, Pflegekräfte und Psychologen einschließt.

Quelle: Symposium „Lunge und Psyche“, 20. März 2015
Text: Elke Klug, Freigabe Monika Tempel

per definitionem ...

*Coping (englisch: to cope with = "bewältigen", "überwinden") bezeichnet das Bewältigungsverhalten einer als bedeutsam oder belastend empfundenen Situation oder einer Lebensphase. Mit Coping werden Prozesse beschrieben, die dazu dienen, erwartete oder bereits eingetretene Belastungen und Einschränkungen kognitiv, emotional und aktiv handelnd auszugleichen und zu meistern.

www.pflegewiki.de/wiki/Coping

Kongress-Report

Individuelle und partnerschaftliche Krankheitsbewältigung bei COPD

Husten, vermehrter Auswurf und Atemnot bei Belastung kennzeichnen die chronisch obstruktive Lungenerkrankung, abgekürzt COPD. Betroffene Patienten wissen nur zu gut, was es bedeutet, ihr Leben mit dieser Krankheit „managen“ zu müssen.

Es gibt sehr gut wirksame, nichtmedikamentöse und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten – und trotzdem: Jeder empfindet die Beschwerden und Einschränkungen des Alltags anders und geht entsprechend unterschiedlich damit um. Manch einer verkraftet es gut, ein anderer gar nicht. Es gibt viele innere (psychische) und äußere Faktoren, die die Krankheitsbewältigung, fachsprachlich das „Coping“, beeinflussen. So spielen sowohl individuelle, aber in hohem Maße auch soziale Einflüsse, dabei in erster Linie Familie und Partnerschaft, eine große Rolle.

„In guten wie in schlechten Zeiten“

So überschrieb die Leipziger Psychologin/Psychologische Psychotherapeutin Dr. Nikola Stenzel deshalb ihren Vortrag, der auf eben dieses partnerschaftliche (dyadische) Coping** fokussierte. Denn was mit einem Versprechen beginnt, endet nicht selten, sobald unerwartete schwerwiegende Probleme auftreten, im Fiasko. Die neu aufgetretene chronische Krankheit eines Partners kann durchaus zu solch einem Problem werden, zeigte Nikola Stenzel auf.

Wie mit einer chronischen Erkrankung umgegangen wird, einerseits vom Betroffenen selbst, andererseits vom Partner und der Familie, hat wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität aller Beteiligten. Das hat etwas damit zu tun, wie der Patient seine Erkrankung selbst sieht – also Ursachen, Verlauf, Behandlungsmöglichkeiten und Erfolgsaussichten, was wiederum Auswirkungen darauf

Anzeige



Homecare...
wir bieten
individuelle Lösungen!

- 🦋 Außerklinische Beatmung
- 🦋 Sauerstoff Langzeittherapie
- 🦋 Sauerstoff Urlaubsversorgung
- 🦋 Schlafdiagnose und -therapie
- 🦋 Sekretmanagement
- 🦋 Inhalationstherapie
- 🦋 Atemcenter
- 🦋 Monitoring



Ein Unternehmen der



Breathing the future



Kontaktieren sie uns:

Service Hotline:
0800/7274633 (0800/SAPIODE)
info@sapiolife.de | www.sapiolife.de



hat, wie ernst der Patient die Therapie und die Empfehlungen seines Arztes nimmt und sie auch einhält (Compliance).

Ist der Patient zuversichtlich und überzeugt vom Erfolg der verschiedenen Maßnahmen, verarbeitet er seine Krankheit also „positiv“, ist der Erhalt seiner Lebensqualität und Belastbarkeit wahrscheinlicher und das Risiko für sozialen Rückzug oder eine Depression geringer. Davon gleichermaßen betroffen ist der Partner. Abhängig davon, wie er die Erkrankung des Patienten sieht, bereit zur Unterstützung oder eher als Belastung, wird er sich in das dyadische Coping einbringen. Wobei auch für den Partner, je nach psychischer Verfassung und Ausgeglichenheit, die Gefahr besteht, selbst depressive Symptome oder andere psychische Störungen zu entwickeln, wenn er überfordert ist und sich selbst überfordert. So erlebt er z. B. auch sozialen Rückzug, Einsamkeit, Sorgen um den Partner und Schlafstörungen. Ist der Partner ängstlich, so hat dies wiederum negative Auswirkungen auf den Erkrankten.

Yes, we can

Worum geht es also beim „dyadischen Coping“? Es geht um Stresskommunikation und gegenseitige hilfreiche Unterstützung, wenn Stressoren auftreten, die beide Partner belasten, statt negativer Reaktionen wie Vorwürfe oder Überforderung des Partners.

Fehlendes gemeinsames Coping, so die Ergebnisse von Studien zu dieser Thematik, ist ein starkes Signal für eine schlechte Partnerschaftsqualität, für Trennung bzw. Scheidung. Das gegenseitige Gefühl, die Probleme gemeinsam bewältigen zu können, beeinflusst die Partnerschaftsqualität dagegen positiv – ein Aspekt, den es im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen zu erhalten gelte, um die Lebensqualität beider zu erhalten. Es gehe um gemeinsame Lösungsversuche, betonte Nikola Stenzel.



Auch Studien mit COPD-Patienten – unter anderem wurden 63 Paare über drei Jahre begleitet – haben bestätigt, dass sich dyadisches Coping und Lebensqualität langfristig positiv oder negativ beeinflussen können.

Fazit

Sowohl die individuelle als auch die partnerschaftliche Krankheitsverarbeitung einer COPD spielen für das „System Familie“ eine wesentliche Rolle. Deshalb sei es wichtig, dass der Patient seine Probleme, Wünsche und Bedürfnisse, auch, was das Zusammenleben in seinem sozialen Umfeld betrifft, bei seinem Arzt anspricht – im Idealfall gemeinsam mit dem Partner – und dass dieser die Einbettung seines Patienten in ein bestimmtes soziales Umfeld nicht unterschätzt. Nur so können eventuelle psychische Auswirkungen der Erkrankung mit in die Therapie einbezogen, ggf. interdisziplinär, d. h. fachübergreifend, behandelt werden.

Insgesamt seien Rücksichtnahme, Toleranz und Verständnis entscheidend, ob und wie beide Partner mit einer Erkrankung zurechtkommen. "In guten wie in schlechten Tagen, die gegenseitige Unterstützung bei gleichzeitiger Wahrung der eigenen Ressourcen" sei der Schlüssel für ein erfolgreiches Management der Erkrankung" fasste Nikola Stenzel zusammen.

Quelle: Symposium „Lunge und Psyche“ im Rahmen des 56. Kongresses der DGP am 20.3.2015 in Berlin

Text: Elke Klug, Berlin

per definitionem ...

****Dyadisches Coping:** Art und Weise, wie Personen in einer Partnerschaft gemeinsam mit Stress umgehen, indem sie sich wechselseitig unterstützen, Stress gemeinsam bewältigen oder in Zeiten der Überlastung aneinander delegieren können (Bodenmann 2008)

Neuer Ratgeber

COPD: Auswirkungen auf den Alltag, Psyche und Lebensqualität ... nicht nur im fortgeschrittenen Stadium



Das Gefühl der Atemnot unter Belastung führt zu Unsicherheiten und Ängsten. Um die Atemnot zu vermeiden, begeben sich viele COPD-Patienten in eine körperliche Schonhaltung. Doch diese Schonhaltung bewirkt genau das Gegenteil, denn sie fördert die COPD-bedingte Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Muskelkraft und belastet das Herz-Kreislaufsystem zusätzlich.

Die Teilnahme am sozialen Leben, der Besuch von Familie, Freunden, gewohnte Aktivitäten, Einkaufsbummel etc. fallen durch die körperlichen Veränderungen schwerer und es kann zu einer immer größeren Isolation und somit sinkender Lebensqualität kommen. Die soziale Isolation, Hilflosigkeit und Ängste begünstigen wiederum seelische Beeinträchtigungen und können verschiedene Formen von Depression zur Folge haben.

Im Medizinischen Vokabular wird dies auch als ein *Circulus vitiosus* bezeichnet, aus dem Lateinischen „schädlicher Kreis“ oder auch Teufelskreis. Damit ist eine Abwärtsspirale gemeint, die ein System bezeichnet, in dem mehrere Faktoren sich gegenseitig verstärken und so einen Zustand immer weiter verschlechtern.

Bisher wurde von wissenschaftlicher Seite insbesondere der Einfluss der Depression auf die COPD untersucht. Doch inzwischen rücken zunehmend Angst- und Paniksymptome in den Fokus und ebenso die psychische Belastung im Hinblick auf die krankheitsspezifische Entwicklung der COPD wie auch die Endphase des Lebens.

Angst und Depression kann sich bereits in frühen Stadien der COPD einstellen und steht nicht in Zusammenhang mit deren zunehmendem Schweregrad.

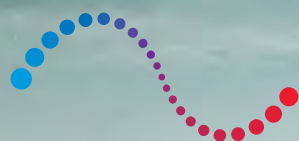
Der Ratgeber „COPD: Auswirkungen auf den Alltag, Psyche und Lebensqualität ... nicht nur im fortgeschrittenen Stadium“ greift die Thematik auf.

Wir möchten Sie darüber informieren, dass der Ratgeber erstmalig **zum 8. Symposium Lunge, am 12. September 2015 in Hattingen** präsentiert wird. Ein Grund mehr, das Symposium persönlich zu besuchen ...

Nach dem Symposium Lunge kann der Ratgeber wie gewohnt online über die Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland (www.lungenemphysem-copd.de) gelesen oder über den COPD - Deutschland e.V. (www.copd-deutschland.de) bestellt werden. Beachten Sie die dort hinterlegten Versandinformationen.

Jens Lingemann, Hattingen
Vorsitzender COPD – Deutschland e.V.
Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

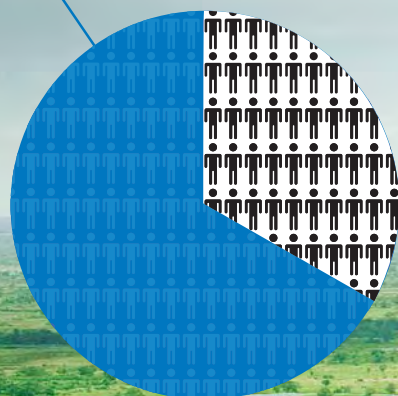




ResMed | Healthcare

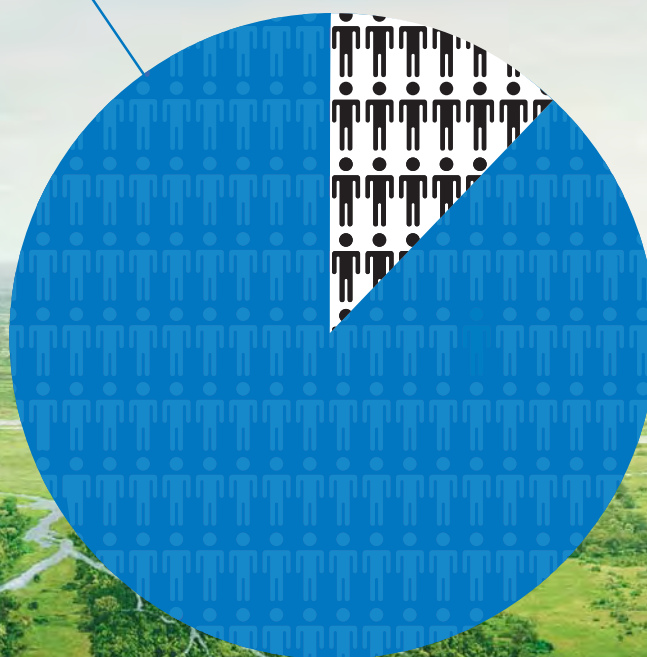
67% Überlebensrate ohne NIV

Kontrollgruppe (93 Patienten)



88% Überlebensrate mit NIV

NIV-Therapiegruppe (102 Patienten)



Stellar™ 150



12-Monats-Sterblichkeit



12-Monats-Überlebensrate

Außerklinische Beatmung bei hyperkapnischer COPD erhöht Lebenserwartung und Lebensqualität*

*Thomas Köhnlein et al. Non-invasive positive pressure ventilation for the treatment of severe stable chronic obstructive pulmonary disease: a prospective, multicentre, randomised, controlled clinical trial. Lancet Respir Med 2014.

Originalstudie im Reprint kostenfrei herunterladen: www.resmed.de/akademie

ResMed.de

Schlaf und Rhythmus



Basisinformationen Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

halm in sich zusammenfällt, indem man ihn an einem Ende zerdrückt und gleichzeitig am anderen Ende saugt.

Zur Behandlung des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms stehen verschiedene Therapieverfahren zur Verfügung, die in manchen Fällen nur zum Erfolg führen, wenn sie kombiniert angewendet werden. Bei entsprechender Behandlung lassen sich sowohl die Symptome als auch die Folge- und Begleiterkrankungen der obstruktiven Schlafapnoe vermeiden bzw. beheben.

Quelle: Patientenratgeber „Obstruktive Schlafapnoe – Therapiemöglichkeiten und individuelle Behandlungsstrategien“ der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) AG Apnoe, Redaktion Prof. Dr. Ingo Fietze, Berlin und Dr. Hans-Günter Weeß, Klingenmünster

Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom stellt eine schlafbezogene Atmungsstörung dar, die lebensbedrohliche Folgeerkrankungen nach sich ziehen kann. Diagnostik und Therapie müssen daher mit besonderer Sorgfalt betrieben werden.

Beim obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom kommt es während des Schlafs wiederholt zu einem Kollaps im Rachenraum, wodurch die oberen Atemwege teilweise oder gänzlich blockiert werden. Die Symptome umfassen übermäßige Tagesschläfrigkeit, Leistungsabfall in Beruf und Alltag sowie depressive Symptome.

Die Vorgänge, die zu Blockierung der oberen Atemwege führen, sind äußerst komplex und die Folge genetischer Ursachen, anatomischer Besonderheiten im Rachenraum, Veränderungen im Atmungs- und Schlaf-Wach-System und Folge des Alters und des Gewichts.

Da sich während des Schlafs die Muskeln im Rachenraum entspannen, kann es im Gegensatz zum Wachzustand leichter zu einem Verschluss der Atemwege kommen. Der von der Lunge aufgebaute Unterdruck kann zur Verengung der oberen Atemwege und somit zu deren Kollabieren beitragen. Man kann sich den Vorgang sehr gut verdeutlichen, wenn man sich vorstellt, wie ein Strohm-

... mehr Wissen

www.dgsm.de

Lesen Sie weiter im Patientenratgeber „Obstruktive Schlafapnoe“ der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin.

Sie finden den Ratgeber unter Informationen für Patienten Ratgeber

Darüber hinaus stehen weitere Ratgeber zum Herunterladen zur Verfügung wie z. B.:

- Schlaf im Alter
- Der spezifische Schlaf von Frauen
- Ein- und Durchschlafstörungen
- Die Untersuchung im Schlaflabor
- Schnarchen

www.dgsm.de/schlaflabore.php

Hier finden Sie eine Übersicht der in der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin akkreditierten schlafmedizinischen Zentren mit Angabe von Therapieschwerpunkten.

Gut zu wissen

Lungenerkrankungen und Schlafstörungen



Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen leiden häufig an Schlafstörungen. Professor Dr. Michael Dreher, Leiter der Sektion Pneumologie am Universitätsklinikum in Aachen erläutert im Gespräch mit Sabine Habicht, Redaktionsleitung, wichtige Fragen zur Thematik Schlafstörungen.

Die Ursachen für einen gestörten Schlaf können vielfältig sein. Bereits die Symptome der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung selbst, wie die krankheitsbedingte Verengung der Atemwege oder Hustenanfälle, können den Schlaf stören. Aber auch Medikamente können den Schlaf beeinträchtigen.

Welche Medikamente können den Schlaf beeinflussen?

Zunächst einmal muss man sagen, solange eine COPD vorliegt, diese jedoch nicht therapiert wird, kann die bestehende Symptomatik einer COPD den Schlaf beeinträchtigen. In der Nacht auftretende Symptome, wie Luftnot oder Husten, beeinflussen den Schlaf.

Die inhalative Medikation der COPD reduziert deren Symptomatik und kann somit auch zu einer besseren Schlafqualität beitragen.

Dann muss man sagen, dass bei einem gewissen Prozentsatz der COPD-Patienten auch das Herz betreffende (kardiale) Nebenerkrankungen behandelt werden müssen. Dies erfolgt unter anderem mittels Diuretika, Medikamente, die eine Ausschwemmung von Wasser aus dem Körper fördern. Die Diuretika können dazu führen, dass Patienten ein- bis zweimal in der Nacht aufstehen und zur Toilette gehen müssen.

Auch Schlafmittel sind ein häufiges Thema. Viele Patienten sind bei Schlafstörungen sehr schnell bereit, Schlafmittel zu nehmen. Doch diese Medikamente lösen nicht das Problem der Schlafstörung. Grundsätzlich sollten COPD-Patienten mit Schlafmitteln sehr vorsichtig sein, da einige Schlafmittel eine Atemdepression (Abflachung bzw. Herabsetzung der Atmung) auslösen können. Schlafmittel



haben kurzfristig durchaus einen positiven Effekt – langfristig tut man sich damit jedoch keinen Gefallen.

Welche wechselseitigen Einflüsse bestehen beim Schlaf und der COPD?

Hauptsymptome der COPD sind: Husten, mit und ohne Auswurf, sowie Luftnot – zunächst nur unter Belastung, im späteren Stadium auch in Ruhe. Ist der Patient medikamentös noch nicht gut eingestellt, können beim abendlichen Zubettgehen durch flaches Liegen, Symptome wie Husten und Luftnot verstärkt auftreten, was den Schlaf durchaus nachhaltig beeinträchtigen kann.

Ist eine COPD weit fortgeschritten und nicht nur die Lunge betroffen, sondern auch die Atemmuskulatur geschwächt, fällt es diesen Patienten häufig leichter im Sitzen zu atmen als im Liegen.

Die aufrechte Körperposition ist dann deutlich angenehmer, so dass Patienten mit einer erschöpften Atemmuskulatur das flache Liegen häufig schlechter tolerieren und es zu einem negativen Einfluss auf den Schlaf kommt.

Gibt es neben dem Höherlagern, also mehr in der Sitzposition schlafen, noch andere Möglichkeiten für eine bessere Schlafqualität – ohne Medikamente einzunehmen?

Man sollte auf Allgemeinmaßnahmen achten – oder anders ausgedrückt: eine Schlafhygiene betreiben. Dazu zählen z. B.: vor dem Schlafen kein üppiges Essen zu sich nehmen; Alkohol vor dem Schlafengehen ggf. vermeiden; regelmäßige Aufsteh- und Zubettgehzeiten einhalten.

Neben einer Schlafhygiene ist jedoch wichtig, auch nach möglichen anderen Ursachen zu schauen, die die Schlafqualität beeinträchtigen können – z. B. nach möglicherweise vorliegenden Nebenerkrankungen.

Hat der Patient z. B. eine Prostataerkrankung und muss

deswegen öfters zur Toilette, kann das auch den Schlaf beeinträchtigen. Das gleiche gilt für eine begleitende Herzinsuffizienz, eine „Herzschwäche“, die oft dazu führt, dass man nachts zur Toilette gehen muss.

Und natürlich kann auch die Schlafapnoe (nächtliche Atempausen) durchaus eine Rolle spielen. Wenn eine Schlafapnoe neben der COPD vorliegt und diese unerkannt bleibt, kann die Schlafqualität negativ beeinflusst werden.

Wie kann eine Schlafapnoe festgestellt bzw. von anderen möglichen Ursachen abgegrenzt werden?

Für die Feststellung der Schlafapnoe gibt es sogenannte Screeninguntersuchungen. Es ist nicht notwendig, gleich in ein Schlaflabor zu gehen, sondern im ersten Schritt wird eine sogenannte Polygraphie vorgenommen. Dabei handelt es sich um ein Gerät, das der Patient mit nach Hause nehmen kann. Sowohl niedergelassene Ärzte wie z. B. Lungenfachärzte, Neurologen, HNO-Ärzte, aber auch Schlaflabore bieten eine Polygraphie ambulant an.

Mit einer Polygraphie kann festgestellt werden, ob der Verdacht auf eine Schlafapnoe vorhanden ist und ob weitere Untersuchungen notwendig werden oder nicht. Mittels einer Polygraphie werden Angaben erfasst wie z. B. die Sauerstoffsättigung, der Atemfluss über Nase und Mund oder die Bewegungen des Brust- und Bauchraumes.

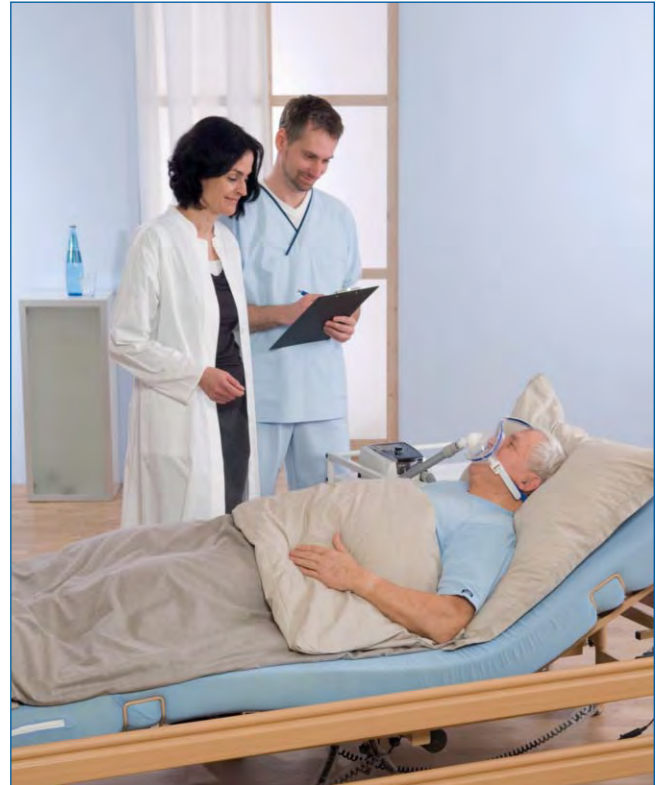
Wird eine obstruktive Schlafapnoe diagnostiziert, ist die effektivste Methode zur Behandlung die nasale Überdruckbehandlung – auch CPAP genannt – mit einer Atemmaske. CPAP steht für „continius positive airway pressure“ – also kontinuierlicher positiver Druck auf die Atemwege. Hierbei werden durch einen konstanten Überdruck die oberen Atemwege geschient. Der Patient atmet gegen diesen Überdruck ein und aus.

Patienten mit einem höheren Schweregrad der COPD erhalten zum Teil eine nicht-invasive Beatmung (NIV), die in der Nacht die Atemmuskulatur entlasten soll. Kann man eine NIV und eine CPAP-Therapie miteinander kombinieren?

Eine NIV ist die Therapie der chronischen Hyperkapnie, also der chronischen CO₂-Erhöhung als Ausmaß einer atemmuskulären Erschöpfung. COPD-Patienten in einem weit fortgeschrittenen Stadium können ggf. eine atemmuskuläre Erschöpfung bzw. eine sogenannte Atempumpeninsuffizienz haben, die mittels einer NIV therapiert wird.

Bei der NIV wird dem Patienten während der Einatmung ein höherer Druck als bei der Ausatmung appliziert.

Liegt zusätzlich eine Schlafapnoe vor, so kann der Ausatemdruck erhöht werden – entsprechend dem Druck-



niveau einer CPAP-Therapie.

Auf diese Weise kann die Behandlung der Atempumpeninsuffizienz und der Schlafapnoe mittels eines Beatmungsgerätes problemlos miteinander kombiniert werden.

Wie sind die Schlaf- und Lebensqualität bei nicht-invasiver Beatmung und Schlafapnoe?

Durch eine aktuelle Studie zum Thema außerklinische Beatmung wissen wir, dass sich die Lebensqualität bei COPD-Patienten unter NIV eindeutig verbessert. Bei anderen Erkrankungen, wie z. B. neuromuskulären und thorakal restriktiven Erkrankungen wissen wir dies schon seit längerer Zeit.

Nicht jeder Patient toleriert eine Maske und eine NIV/CPAP-Therapie benötigt eine gewisse Zeit der Gewöhnung. Daher ist es wichtig zur Einleitung einer entsprechenden Therapie in ein erfahrenes Zentrum zu gehen, das sich speziell mit diesen Therapieformen auskennt, verschiedene Maskentypen zur Verfügung hat und vielleicht auch verschiedene Beatmungstechniken beherrscht.

Ist die Maske gut angepasst und der Patient zudem gewillt, diese Therapie durchzuführen, wird die Behandlung insgesamt gut toleriert. Die in der Regel rasch eintretenden positiven Effekte, wie z. B. weniger morgendliche Kopfschmerzen, geringere Müdigkeit, verbesserte körperliche Aktivität oder eine verbesserte nächtliche Atmung tragen sowohl zur Schlaf- wie auch zur Lebensqualität insgesamt bei.

Aktueller Hinweis

**Zentrale Atmungsstörung
und Herzinsuffizienz**

Schlafbezogene Atmungsstörungen werden in obstruktive und zentrale Apnoen/Hypopnoen (Aponoe=Atemstillstände/Hypopnoe=Verringerung der Atemtiefe) unterteilt.

Bei obstruktiven Atmungsstörungen kommt es zu einer Einengung oder zum Verschluss der oberen Atemwege während des Schlafes, was mit vermehrter Atmungsanstrengung, Schnarchen und Abfall der Sauerstoffsättigung verbunden ist und zu einer Störung des Schlafprofils, Tagessymptomen wie z.B. der Tagesschläfrigkeit und erhöhter Unfallneigung führt. Die obstruktiven Atmungsstörungen sind ein relevanter Risikofaktor für die Entwicklung und hinsichtlich der Prognose kardiovaskulärer (das Herz und den Herzkreislauf betreffende) Erkrankungen. Die obstruktive Schlafapnoe ist zudem eine häufigere Begleiterkrankung der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). (Weitere Informationen hierzu finden Sie in den vorangegangenen Artikeln in dieser Ausgabe.)

Bei zentralen Atmungsstörungen handelt es sich um Störungen der Steuerung und Regulation der Atmung im Hirnstamm. Die zentralen Atmungsstörungen sind – im Gegensatz zu den obstruktiven Atmungsstörungen – nicht Ursache kardiovaskulärer Erkrankungen, sondern treten in deren Folge auf.

Patienten mit Herzinsuffizienz (=Herzschwäche bzw. Herzleistungsschwäche) können sowohl an obstruktiven, als auch an zentralen schlafbezogenen Atmungsstörungen leiden

Studienergebnisse

Aktuelle Studienergebnisse (SERVE-HF Studie) zeigen, dass bei Patienten mit einer spezifischen chronischen Herzinsuffizienz (fachärztlich bezeichnet als eine chronische symptomatische systolische Herzinsuffizienz NYHA II – IV) und einer moderaten bis schweren zentralen Schlafapnoe, ein erhöhtes Sicherheitsrisiko bei Durchführung einer Behandlung mittels ASV (Adaptive Ser-

voentilation durch Atemtherapiegeräte) besteht.

Vor der Behandlung mit einer ASV-Therapie sollten Patienten auf eine Herzinsuffizienz untersucht werden. Patienten, die an einer Herzinsuffizienz mit den genannten Kriterien leiden und bereits eine ASV-Therapie durchlaufen, sollten von ihren behandelnden Ärzten dringend erneut untersucht und die Therapie zeitnah beendet werden.

Quellen und weitere Informationen: www.dgsm.de und www.pneumologie.de

... mehr Wissen

www.lungeninformationsdienst.de/service/lungenfachkliniken/

Liste der Lungenfachkliniken in Deutschland des Lungeninformationdienstes.

www.atemwegsliga.de/fachkliniken.html

Liste der Fachkliniken der Deutschen Atemwegsliga e.V.

www.dgsm.de/schlaflabore_liste.php

Liste der Schlaflabore der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin

www.copd-deutschland.de

Ratgeber „Nicht-invasive Beatmung – BiPAP bei COPD und Lungenemphysem“. Der Ratgeber kann über die Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland (www.lungenemphysem-copd.de) gelesen oder über den COPD-Deutschland e.V. (www.copd-deutschland.de) bestellt werden. Beachten Sie dort die Versandinformationen.

Anzeige

Durchatmen im Heilklimatischen Kurort Neubulach

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

**Erleben Sie die Wirksamkeit der Natur untertage
und atmen Sie tief durch!**

Lernen Sie uns kennen – Heilklimatag



Teinachtal-Touristik Neubulach
www.teinachtal.de/heilstollen • Tel. 07053 969510

Anwendungszeitraum
Heilstollenkurbetrieb:
12.05. – 22.06.2014
18.08. – 28.09.2014



*...besonders gut
geeignet für Kinder*



Buchtipp

Chronobiologie oder Wie wir ticken



Das Motto des letzten Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) lautete „Schlaf und Rhythmus“. Mit Rhythmus war vor allem unsere innere Uhr gemeint – auch als Chronobiologie bezeichnet, eine Wissenschaft, die sich mit unserem Schlaf-Wach-Rhythmus und den Störungen, die dabei auftreten können, befasst.

Zuständig für den Rhythmus der inneren Uhr ist ein kleiner Nevenknoten namens Nucleus suprachiasmaticus, der über der Kreuzung der beiden Sehnerven liegt. Dieser Knoten erhält von den Augen die Hell-Dunkel-Signale aus der Außenwelt und gibt diese

über Nervenbahnen an die Zirbeldrüse im Zwischenhirn weiter. Nachts schüttet die Zirbeldrüse das sogenannte Schlafhormon Melatonin aus, das uns müde macht, am Morgen reduziert sich die Produktion und unser innerer Rhythmus bleibt im Einklang mit dem Tag-Nacht-Wechsel.

Leben im Jetlag

„Die inneren Uhren der meisten Menschen in Industrieländern gehen nach, weil wir ihnen zu wenig Kontrast zwischen Tageslicht und Dunkelheit geben“, so Professor Dr. Till Roenneberg, vom Institut für Medizinische Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München und führender Chronobiologe. „Wir halten uns fast nur noch in Gebäuden auf, wo die Lichtintensität bis zu tausendmal schwächer ist als tagsüber unter freiem Himmel. Nach Sonnenuntergang setzen wir uns dann immer noch künstlichem Licht aus. Wir leben also in einer Dauerdämmerung. Unter diesen Umständen hinkt unsere innere Uhr hinterher, sodass wir zwar immer später einschlafen können, aber immer noch zu traditionell frühen Zeiten zur Arbeit gehen müssen.“ Als der Mensch sich noch vorwiegend im Freien aufhielt und abends kein elektrisches Licht hatte, stand seine Innenzeit mit der Außenzeit (den sozialen Zeitstrukturen) im Einklang.

Für diese Divergenz zwischen unserer inneren Uhr und unseren sozialen Alltagsstrukturen hat Professor Roenneberg den Begriff „sozialer Jetlag“ geprägt.

Wie wir ticken – Bedeutung der Chronobiologie

Stimmung, körperliches Befinden, Arbeitsabläufe, Lernfähigkeit: Unsere innere Uhr beeinflusst unser Leben vielfältig. Professor Roenneberg zeigt in seinem Buch „Wie wir ticken – Die Bedeutung der Chronobiologie“, dass uns der persönliche Biorhythmus bereits in die Wiege gelegt ist und seine Missachtung weitreichende Folgen hat. Anhand von 24 amüsanten und verständlichen Fallbeispielen gibt Till Roenneberg Antworten auf alle Fragen rund um unsere innere Uhr – und plädiert fürs Umdenken!

Wie wir ticken – Die Bedeutung der Chronobiologie, Till Roenneberg

DuMont Buchverlag Köln, 2012

ISBN 078-3-8321-6188-0

Anzeige



Mehr Unabhängigkeit – mehr Lebensqualität

Das **HomeFill® II** System von Invacare macht Sie unabhängig von der Versorgung durch Dritte – daheim und unterwegs.

- Sicher und einfach befüllbar, gesteuert durch einen Sauerstoffsensor.
- Leicht zu bedienen, leicht zu tragen.

Das Leben. Mehr leben.

Invacare GmbH · kontakt@invacare.com · www.invacare.de

Soledum® Kapseln forte

Wie Kinder die Welt entdecken, macht mich sprachlos. **Aber nicht mehr atemlos.**



Das Leben ist zu schön, um es mit ständigen Gedanken an COPD zu belasten.

Deshalb verlasse ich mich auf Soledum®. Weil es den einzigartigen Naturstoff Cineol beinhaltet, der in der Zusatzbehandlung von chronischen und entzündlichen Atemwegserkrankungen zugelassen ist. Und **weil es Häufigkeit, Dauer und Schweregrad meiner Krankheitsschübe nachweislich reduzieren kann.**¹

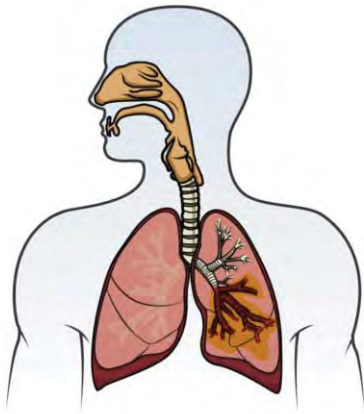


¹ Worth H. et al.: Concomitant therapy with Cineole (Eucalyptole) reduces exacerbations in COPD: A placebo-controlled double-blind trial. Respiratory Research 2009, 10:69

Weitere Informationen unter: www.soledum.de



Soledum® Kapseln forte: Wirkstoff: Cineol 200 mg. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der Symptome bei Bronchitis und Erkältungskrankheiten der Atemwege. Zur Zusatzbehandlung bei chronischen und entzündlichen Erkrankungen der Atemwege (z. B. der Nasennebenhöhlen). **Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.** Cassella-med · Gereonsmühlengasse 1 · 50670 Köln. Ein Unternehmen der Klosterfrau Healthcare Group. SOL/PU/07-13/RZ



Aktuelle Übersicht Bronchiektasen

Als Bronchiektasen bezeichnet man eine permanente Erweiterung von mittelgroßen Bronchien und den kleinsten Atemwegen als Folge einer dauerhaften Schädigung der glatten Atemwegsmuskulatur und des umgebenden elastischen Bindegewebes.

Am häufigsten beginnt die Erkrankung mit einer Einnengung des Bronchialbaums durch eine Infektion, die bei einer Chronifizierung zu einer Schädigung der Schleimhaut führen kann. Der damit einhergehende Verlust der Selbstreinigungsfunktion der Bronchien resultiert in einem Sekretstau, der wiederum für weitere Infektionen prädestiniert ist, insbesondere wenn noch zusätzlich ein Immundefekt vorliegt. Häufig entsteht hier ein fataler Teufelskreis mit immer wiederkehrenden akuten Schüben (Exazerbationen) oder sogar eine chronisch schwellende und langsam voranschreitende Infektion.

Nicht durch eine Mukoviszidose (auch zystische Fibrose, „cystic fibrosis“, CF) bedingte Bronchiektasen (sogenannte Non-CF-Bronchiektasen) sind aufgrund der vielfältigen möglichen Ursachen eine Herausforderung für die Diagnostik und Therapie. (siehe Tabelle 1).

COPD häufig Ursache von Bronchiektasen

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) gehört mit ca. 15–20% zu den eher häufigeren bekannten Ursachen von Bronchiektasen. Die Dunkelziffer ist hier aller Wahrscheinlichkeit nach jedoch deutlich höher, wenn man berücksichtigt, dass ca. 40% der in Deutschland zwischen 2005–2011 mit der Diagnose Bronchiektasen stationär aufgenommenen Patienten zugleich die Diagnose einer COPD hatten.

Tabelle 1: Vielfalt möglicher zugrundeliegender Ursachen von Bronchiektasen (modifiziert nach Bilton und Jones)

Strukturelle Lungenerkrankungen

- Williams-Campbell Syndrom
- Mounier-Kuhn Syndrom
- Ehlers-Danlos Syndrom

Toxischer Schaden der Atemwege

- Inhalative Noxen
- Chronisch rezidivierende Aspiration
- Gastroösophagealer Reflux

Bronchialobstruktion

- Tumor
- Fremdkörper

Obstruktive Atemwegserkrankungen

- Asthma bronchiale
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Alpha-1-Antitrypsin-Mangel

Störungen der mukoziliären Clearance

- Primäre ziliäre Dyskinesie (PCD), sekundäre Zilien-funktionsstörungen
- Funktionsstörungen im Chlorid- oder Natriumkanal (Mukoviszidose, ENaC-Kanalstörungen)

Allergische bronchopulmonale Aspergillose (ABPA)

Angeborene oder erworbene Immundefekte

- Common variable immunodeficiency (CVID), Agammaglobulinämie, etc.
- Sekundäre Immundefizienz (hämatolog. Erkrankungen, Immunsuppression, etc.)

Stattehabte Infektionen

- Infektionen in der Kindheit (Tuberkulose, Pneumonien, Masern, Keuchhusten)
- Nichttuberkulöse Mykobakterien (NTM)

Bronchiektasen bei Systemerkrankungen

- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- Yellow-nail-Syndrom
- Bindegewebserkrankungen (Kollagenosen)

Idiopathische Bronchiektasen (Ursache bleibt trotz intensiver Abklärungen unklar)

Ein spanisches Autorenteam hat kürzlich mit seinen Arbeiten für reichlich Zündstoff gesorgt: bei mehr als der Hälfte ihrer Patienten mit mittelschwerer bis schwerer COPD lagen Bronchiektasen vor, die dann wiederum mit einer deutlich erhöhten Sterblichkeit einhergingen. Die Wechselwirkung zwischen COPD und Bronchiektasen wird daher intensiv beforscht, manche Experten sprechen bereits von einem neuen „COPD-Bronchiektasen-Überlappungssyndrom“.

Mögliche Symptome und empfohlene Diagnostik

Patienten mit Bronchiektasen klagen meist über chronischen Husten und Auswurf mit wiederholten Infektionen wie Bronchitis oder Lungenentzündungen. Weitere Symptome können dauernde Abgeschlagenheit, Bluthusten, Brustschmerzen, Gewichtsverlust, pfeifende Atemgeräusche, Luftnot und/oder Leistungsminderung sein.

Sollte sich aufgrund der genannten Symptome und vor allem aufgrund des Nichtansprechens auf eine stadiengerechte COPD-Therapie der Verdacht auf das Vorliegen von Bronchiektasen ergeben, wird die Durchführung einer hochauflösenden Computertomografie (sogenannte HRCT, als Methode der Wahl), die Untersuchung des Auswurfs (Sputum) auf Bakterien, Mykobakterien und Pilze und die Durchführung einer Lungenfunktionsprüfung empfohlen.

Zudem sollte eine gründliche Abklärung der zugrundeliegenden Ursache erfolgen. Diese aufwändige und häufig auch sehr kostenintensive Diagnostik kann die Ursache in ca. 2/3 der Fälle klären, die dann wiederum in ca. 1/3 von besonderer Bedeutung für die weitere Behandlung der Patienten ist, z. B. wenn frühzeitig ein Immundefekt erkannt wird, der dann in Folge erfolgreich substituiert (ausgeglichen) werden kann.

Wissenschaftliche Datenlage derzeit noch gering

Aufgrund eines eklatanten Mangels an epidemiologischen (die Verbreitung, die Ursachen und die Folgen der Erkrankung betreffende), grundlagenwissenschaftlichen und klinischen Studien zu Non-CF-Bronchiektasen ist die Datenlage für die meisten angewandten Therapien dürftig, was vor allem darin zum Ausdruck kommt, dass auch 2015 noch keine zugelassene pharmakologische Therapie für diesen Anwendungsbereich existiert und notwendige Verordnungen ausschließlich abseits ihrer eigentlichen Zulassung („off-label“) erfolgen müssen.

Der möglichst frühen Diagnose der zugrundeliegenden Erkrankung kommt daher eine zentrale Bedeutung hinsichtlich einer zielgerichteten Therapie zu. Die weiteren Ziele der Behandlung von Bronchiektasen orientieren sich am oben genannten, das Voranschreiten der Er-

krankung antreibenden Teufelskreis und sind die Erleichterung des Abhustens von Sekret, die Therapie der chronischen Infektion, die stadiengerechte Therapie der Atemwegseinengung mit bronchienerweiternden Inhalationen, die Therapie des vergesellschafteten chronischen Entzündungsprozesses sowie die Vermeidung und das Beherrschen einer akuten Exazerbation.

Therapeutische Möglichkeiten

Tabelle 2: Stufen der Behandlung von Bronchiektasen (modifiziert nach Rademacher und Ringshausen)

1. **Spezifische Behandlung der Grunderkrankung**, z. B. Substitution von Immunglobulinen bei einem angeborenen Immundefekt
2. **Erleichterung des Abhustens von häufig sehr zähem Bronchialsekret**, z. B. durch Inhalation 3- bis 7-%ige Kochsalzlösung in Kombination mit täglicher Atemphysiotherapie/autogener Drainage
3. **Vermeidung und ggf. Therapie der häufig bereits chronischen Infektion**, z. B. durch Impfungen gegen Grippe, Pneumokokken, Keuchhusten und Haemophilus influenzae Typ b und ggf. durch Antibiotika, auch in inhalativer Form bei chronischer Infektion durch den Problemkeim Pseudomonas aeruginosa
4. **Stadiengerechte Behandlung der Atemwegseinengung**, z. B. durch Inhalation bronchienerweiternder Medikamente entsprechend dem Ausmaß der Lungenfunktionseinschränkung
5. **Behandlung der chronischen, zum Voranschreiten führenden Entzündung**, z. B. durch einer entzündungshemmende, die Immunantwort modulierende Therapie mit dem Makrolid-Antibiotikum Azithromycin
6. **(Vermeidung und) Behandlung des akuten Schubs (Exazerbation)**, z. B. durch Antibiotika in Tablettenform oder als Infusionen

Die wenigen in den letzten Jahren zu Non-CF-Bronchiektasen durchgeführten und veröffentlichten Studien konnten häufig bislang leider keinen überzeugenden, einheitlichen therapeutischen Nutzen zeigen. Eine kürzlich durchgeführte, große Untersuchung des inhalativen Antibiotikums Aztreonam konnte keine eindeutige Besserung im Vergleich zu Placebo (Scheinmedikament) nachweisen.

Diese Befunde stehen erstaunlicherweise im Gegensatz zu den Ergebnissen ähnlicher Untersuchungen bei Mu-

koviszidose, wo dieses Antibiotikum aufgrund guter Studienergebnisse zugelassen ist und bereits seit geraumer Zeit eine bewährte und hilfreiche Therapie darstellt.

Auch das inhalative Antibiotikum Colistin verfehlte seinen primäres Ziel im Rahmen einer jüngst durchgeführten Untersuchung mit chronischer Infektion durch *Pseudomonas aeruginosa*. Am ehesten liegt diesen negativen Befunden nicht eine mangelnde Wirksamkeit der geprüften Substanzen, sondern Probleme hinsichtlich der Durchführung dieser Studien zugrunde, die zu viele verschiedene Ursachen von Bronchiektasen und zu viele unterschiedliche Keime beim Einschluss in diese Untersuchungen zugelassen hatten.

Lediglich für die entzündungshemmenden und die Immunantwort modulierenden Makrolid-Antibiotika (z. B. Azithromycin und Erythromycin) liegt eine vergleichsweise günstige Studienlage vor. Allerdings sollte diese Therapieform schwerer erkrankten Patienten mit gehäuftten Exazerbationen (akute Verschlechterungen mehr als zwei pro Jahr), chronischer Infektion durch *Pseudomonas aeruginosa* und voranschreitendem Lungenfunktionsverlust vorbehalten bleiben, da diese häufig mit erheblichen Nebenwirkungen vergesellschaftet sind und regelhaft mit einer Zunahme der Resistenz ursprünglich empfindlicher Keim einhergehen.

Fazit

Zusammenfassend kann man sagen, dass weder die Therapiekonzepte für CF noch die für COPD 1:1 auf Patienten mit Bronchiektasen übertragen werden können und dass immer ein individueller Therapieansatz erforderlich ist.

Aktuell befindet sich das deutsche Bronchiektasen-Register PROGNOSIS (The Prospective German Non-CF Bronchiectasis Patient Registry, www.bronchiektasen-register.de im Aufbau und wird im zweiten Quartal 2015 mit der Rekrutierung der ersten Patienten beginnen können.

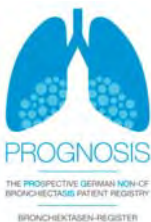
Dr. Jessica Rademacher und Dr. Felix C. Ringshausen

Institutszugehörigkeit

- 1Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Pneumologie
- 2Deutsches Bronchiektasen-Register PROGNOSIS
- 3Mitglied des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL)

Kontakt

Dr. med. Jessica Rademacher
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Pneumologie, Hannover
RademacherJessica@mh-hannover.de



Bronchiektasen-Register

Die Ziele von PROGNOSIS sind unter anderem:

- Der Aufbau, Unterhalt und Ausbau eines deutschlandweiten, repräsentativen Patientenregisters, in dessen Datenbank innerhalb von 3 Jahren mindestens 750 Patienten rekrutiert werden.
- Die Beantwortung wichtiger epidemiologischer Fragen, z. B. wie die Verteilung der Ursachen und die Erfassung der aktuellen Versorgungsrealität von Non-CF-Bronchiektasen
- Die Etablierung eines rationalen Schemas für die Differenzialdiagnostik sowie prognostischer Marker für Non-CF-Bronchiektasen.
- Die Erstellung einer deutschsprachigen Leitlinie zu Diagnostik und Management von Non-CF-Bronchiektasen im Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) e.V.
- Die Unterstützung des Aufbaus eines Forschungsnetzwerks zu Non-CF-Bronchiektasen in Deutschland und Europa.
- Anlaufstelle für betroffene Patienten, Information und Unterstützung, um sich selbst zu organisieren und so den Erkrankungsverlauf selbst günstig beeinflussen zu können.

Weiterführende Informationen zum deutschen Bronchiektasen-Register PROGNOSIS finden sie unter:

CAPNETZ STIFTUNG
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Telefon: 0511 532 4447
E-Mail: prognosis@capnetz.de
www.bronchiektasen-register.de

Kurz und wichtig



Aufruf Versorgungsstudie

Außerklinische Versorgung beatmeter Patienten

Bis Oktober 2015 läuft die Befragung für die DIGAB-Studie „Außerklinische Versorgung beatmeter Patienten in Deutschland. Die beiden DIGAB-Vorstandsmitglieder PD Dr. Jan H. Storre und PD Dr. Dominic Dellweg, die die Studie leiten, bitten um rege Teilnahme.

Unzureichende Versorgung wird vermutet

Die ärztlichen Versorgungsstrukturen für beatmete Patienten außerhalb des Krankenhauses sind aktuell nicht genau bekannt. Im Rahmen des interdisziplinären und multiprofessionellen Austauschs der an der außerklinischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen auf Fachkongressen und in der persönlichen Kommunikation sind zudem erhebliche Defizite aufgefallen. Insbesondere muss vermutet werden, dass aufgrund des Mangels an qualifizierten Beatmungszentren und niedergelassenen Fachärzten viele Patienten unzureichend fachärztlich versorgt werden.

Weil es bislang schwierig ist, verlässliche Zahlen über die beatmeten Menschen in Deutschland zu erhalten, hat die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. im Oktober 2014 eine deutschlandweite Befragung initiiert. Die beiden leitenden Studienärzte, PD Dr. Storre und PD Dr. Dellweg, haben verschiedene Erhebungsbögen entwickelt, die über die DIGAB-Homepage unter dem Link:

www.digab.de/informationen/studie-zur-ausserklinischen-beatmung

abgerufen werden können. Die Studie hat das Ziel, ein besseres Verständnis für die aktuelle Situation der außerklinischen Versorgung zu erhalten, welches langfristig die Versorgung dieser schwer erkrankten Patienten verbessern soll. Der Fokus der Erhebungsbögen richtet sich dabei auf die ärztliche Versorgung, es werden jedoch auch weitere Aspekte der Versorgung berücksichtigt.

Teilnahme bis Oktober 2015 möglich

„Es haben schon viele Pflegedienste und Patienten an der Befragung teilgenommen“, so PD Dr. Storre „doch die Befragung soll noch bis zum Oktober 2015 fortgeführt werden. Denn je mehr Daten wir erhalten, desto aussagekräftiger wird nach der Auswertung das Ergebnis sein.“ Der DIGAB-Vorstand bittet daher um rege Teilnahme.

Die ausgefüllten Fragebögen können entweder per Post oder per Fax gesandt werden an:

PD Dr. med. Jan H. Storre
Lungenklinik – Abt. Pneumologie
Kliniken der Stadt Köln gGmbH
Ostmerheimer Straße 200
51109 Köln
oder per Fax: 0221 – 8907-8305

PD Dr. Jan H. Storre
Abt. Pneumologie Lungenklinik –
Kliniken der Stadt Köln gGmbH,
Weaningzentrum



PD Dr. med. Dominic Dellweg
Fachkrankenhaus Kloster Graf-
schaft GmbH
Klinik für Pneumologie und In-
tensivmedizin, Schlaf- und Beat-
mungsmedizin und Pneumologische
Frührehabilitation, Weaningzen-
trum



Pilotprojekt Telemedizinische Betreuung

Den Arzt per Fernseher oder Tablet ins Wohnzimmer holen: Techniker Krankenkasse (TK), Philips und Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK), Stuttgart starten am 1. April 2015 ein Pilotprojekt zur telemedizinischen Betreuung von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis (COPD). Das Programm „A.T.e.m.“ – Alltag mit Telemedizin erfolgreich meistern, hat das Ziel, COPD-Patienten besser zu betreuen und somit Exazerbationen (akute Verschlechterungen) abzuschwächen bzw. zu vermeiden.

Jeder Patient erhält wahlweise eine Set-Top-Box für den Fernseher oder ein Tablet. Darüber werden täglich automatisiert interaktive Inhalte und gesundheitsbezogene Informationen an die Patienten geschickt, die an ihren Gesundheitszustand und ihr Verhalten angepasst sind. Dafür übermitteln die Patienten jeden Tag wichtige Vitalparameter wie z. B. die Sauerstoffsättigung und senden diese mittels einer sicheren Netzwerkverbindung an das Telemedizinische Zentrum am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart.

Dort analysiert das medizinische Personal die Informationen. Mitarbeiter beraten den Patienten telefonisch oder informieren direkt den behandelnden Arzt vor Ort. So kann auf möglicherweise auftretende Verschlechterungen des Gesundheitszustandes sofort reagiert werden. Die Behandlungshoheit verbleibt weiterhin bei dem behandelnden Haus- bzw. Facharzt.

Im ersten Schritt werden bundesweit mindestens 300 Schwerkranken in das Programm aufgenommen, deren Risiko für eine Krankenhauseinweisung besonders hoch ist.

Mit dem von Philips entwickelten modularen telemedizinischen System Motiva werden vordefinierte Bausteine



anhand der Vitalfunktionen des Patienten individuell zusammengestellt. So wird eine persönliche Lösung geschaffen, anhand derer Patienten den Zusammenhang zwischen ihrem Verhalten und den gesundheitlichen Auswirkungen erkennen lernen. Langfristiges Ziel ist es, durch Verhaltensänderungen des Patienten zur Verbesserung seiner Lebensqualität beizutragen.

„Das Telemedizinische Zentrum des Robert-Bosch-Krankenhauses stellt die Ressourcen für die Auswertung der von den Patienten übermittelten Daten durch pneumologisch geschulte Mitarbeiter zur Verfügung“, erklärt Professor Mark Dominik Alscher, Ärztlicher Direktor des RBK. „Telemedizin wird den behandelnden Arzt vor Ort nicht ersetzen, sondern wird von uns als hilfreiche und sinnvolle Unterstützung verstanden. Der persönliche Kontakt bleibt durch regelmäßige Untersuchungen in der Praxis erhalten und ist wichtigster Bestandteil von Diagnostik und Therapiemanagement.“

Das Projekt ist nicht in seiner Laufzeit begrenzt, die Evaluierung (Auswertung) wird zeigen in welchem Maße eine Ausweitung des Versorgungsmodells auf weitere Patientengruppen in Betracht kommt.

Quelle: Pressemitteilung Philips/Komm-Passion.de, 01. April 2015

Anzeige



Espan-Klinik mit Haus ANNA

Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen



**Gesundheitsarrangement
z.B. „Tief durchatmen“
1 Woche
ab 559.- €/p.P. im DZ zzgl. Kurtaxe**

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

Stationäre und ambulante Angebote
private Gesundheitsarrangements

Heilklimatischer Kurort, Soleheilbad, Kneipp-Kurort



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

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



78073 Bad Dürkheim, Gartenstr. 9,

Tel: 07726/650

Fax: 07726/9395-929

E-Mail: info@espan-klinik.de;

www.espan-klinik.de



Aufruf klinische Studie Antibiotika und Exazerbationen

Häufig erleiden Patienten mit einer COPD akute Verschlechterungen ihres Zustandes, sogenannte „Exazerbationen“. Diese werden oftmals mit Antibiotika behandelt, obwohl bislang nicht ausreichend belegt ist, welche Patienten diese wirklich benötigen und welche nicht. So sind häufig Virusinfektionen als Auslöser verantwortlich, bei denen Antibiotika wirkungslos sind. Weiterhin scheint eine ausreichende entzündungshemmende Therapie (Kortison) weit wichtiger zu sein als ein Antibiotikum. Durch die Verabreichung unnötiger Antibiotika kann sich eine mögliche Antibiotikaresistenz bei Bakterien weiter ausbreiten.

Wir möchten Sie deshalb bitten, an einer klinischen Studie teilzunehmen, um die sehr wichtige Frage nach der Notwendigkeit der Antibiotikabehandlung bei einer moderaten Exazerbation der COPD beantworten zu können. Wir erhoffen uns von der Durchführung dieser klinischen Studie den Nachweis, dass bei der Behandlung Ihrer Erkrankung keine zusätzlichen Antibiotika verabreicht werden müssen.

Als Studienpatient kämen Sie in Frage, wenn Sie bereits eine Verschlechterung Ihrer COPD durch eine Erkältung oder einen grippalen Infekt verspüren. Dies geht meist mit vermehrter – also über das für Sie „normale“ Maß an – Atemnot, Husten und Auswurf (hier kann auch die Veränderung der Farbe wichtig sein) einher.

Die Studie wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und im Auftrag der CAPNETZ-STIFTUNG an mehreren Standorten in Deutschland durchgeführt. Sie hat den Namen ABA-COPD-Studie und ist eine randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Studie um nachzuweisen, dass keine Antibiotika bei der moderaten akuten Exazerbationen einer COPD benötigt werden.

Unsere Studienzentren befinden sich an folgenden Orten:

Bad Arolsen, Ballenstedt, Berlin, Bochum, Borstel, Dortmund, Dresden, Elgershausen, Freiburg, Greifswald, Hagen, Hamburg, Hannover, Heidelberg, Immenhausen, Jena, Lübeck, Paderborn, Rotenburg, Solingen, Wuppertal

Unter der Telefonnummer 0511-532-4447 erreichen Sie die Patientenhotline der CAPNETZ STIFTUNG.

Wir beantworten dort auch gerne Ihre Fragen zur Studie.

CAPNETZ-STIFTUNG

Medizinische Hochschule Hannover,
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Telefon: 0511-532-4447, Telefax: 0511-532-8286

E-Mail: office@capnetz.de, Internet: www.capnetz.de

Quelle: CAPNETZ STIFTUNG

Neuerscheinung

Patientenzeitschrift Allergie, Asthma und Immunologie

Obwohl die Anzahl der Betroffenen stetig zunimmt, werden Allergien in der Öffentlichkeit häufig als Bagatelerkrankung wahrgenommen. Dabei wird übersehen, dass allergische Erkrankungen, wie z. B. allergisches Asthma und Insektengiftallergien zu lebensbedrohlichen Zuständen führen können. Bedenklich ist, dass immer weniger Arztpraxen allergologische Diagnostik und Therapie anbieten.

Die Patientenzeitschrift Allergie, Asthma und Immunologie ist eine Neuerscheinung der Patienten-Bibliothek. Aktuelle Übersichten, Interviews mit Experten und Kongressberichte spiegeln den aktuellen Stand der Wissenschaft wider.

Die Zeitschrift kann ab sofort online gelesen oder bestellt werden: www.Patienten-Bibliothek.de.



Veranstaltungstermine

Workshop und Round-Table-Diskussion

Hilfsmittel, die das Leben des Sauerstoffpatienten erleichtern

Veranstalter

Deutsche SauerstoffLiga LOT e.V.

Veranstaltungsort

Kolloquium Bad Reichenhall
Königliches Kurhaus, Kurstraße 6, Untergeschoss
83435 Bad Reichenhall

Veranstaltungsdatum

Samstag, 20. Juni, 10.00 – 12.30 Uhr

Anmeldung

nicht erforderlich

Informationen

www.kolloquium-br.de

8. Symposium Lunge

Behandlung von chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen – heute und in der Zukunft
COPD – Deutschland e.V.

Veranstalter

Veranstaltungsort

LWL-Industriemuseum Westfälisches Landesmuseum
– Henrichshütte in Hattingen –
Werksstraße 31 – 33, 5527 Hattingen

Veranstaltungsdatum

Samstag, 12. September
09.00 – 17.00 Uhr

Anmeldung

nicht erforderlich

Informationen

www.copd-deutschland.de

Das Programmheft ist online verfügbar und kann auch als gedruckte Version bestellt werden! Siehe ab Seite 4 in dieser Ausgabe.



18. Deutscher Lungentag

Gute Nachrichten für Allergiker?

Mit diesem Motto möchte der Lungentag auf Allergien besonders der Atemwege aufmerksam machen – und damit auf eine Volkskrankheit.

Veranstaltungsdatum

19. September 2015

Auch in diesem Jahr werden wieder in zeitlicher Anbindung an das offizielle Datum des Deutschen Lungentages bundesweit Veranstaltungen für Patienten und Interessierte angeboten.

Informationen

www.lungentag.de

Schauen Sie immer mal wieder auf dieser Internetseite vorbei.

Dort finden Sie unter dem Button „Veranstaltungen“ eine jeweils aktuelle Auflistung der Termine mit Angabe des Veranstaltungsortes und weiterer Hinweise. Vielleicht ist auch ein Termin in Ihrer Nähe dabei

Auf ein Wort ...



Sabine Habicht
Medizinjournalistin,
Redaktionsleitung

Rubrik für Ernährung aufzeigen, wie die ganz praktische Umsetzung im Alltag gelingen kann und auch noch Freude bereitet.

Die neuen Rubriken sind ab der nächsten Ausgabe kontinuierlicher Bestandteil der Zeitschrift.

Pneumologie Kongress 2015

Auf dem Pneumologie Kongress 2015 in Berlin für Sie unterwegs waren:

Bewegung und Ernährung

... sind zwei wichtige Eckpfeiler innerhalb des Behandlungskonzeptes. Doch wie kann die Umsetzung im Alltag, Tag für Tag am besten gelingen?

Ab der Ausgabe III/2015 der Patientenzeitschrift COPD in Deutschland werden zwei Expertinnen in jeweils einer Rubrik für Bewegung und einer

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Wir möchten Sie aktiv einbeziehen in die Gestaltung der „COPD in Deutschland“, der Patientenzeitschrift für Atemwegs- und Lungenerkrankungen – denn Ihre Meinung ist uns wichtig! Sie haben ein Thema, über das noch nie oder zu wenig veröffentlicht wurde? Sie haben eine Idee für eine neue Rubrik, die auch viele andere Leser interessieren würde? Sie möchten selber einen Beitrag formulieren und haben ein Anliegen, dass unbedingt in die Öffentlichkeit gehört?

Schreiben Sie uns!

Wir freuen uns über Ihre Kontaktaufnahme oder Ihren Leserbrief.

Bitte senden Sie Ihre Anregungen, Ihre Wünsche, Ihre Fragen an:

Crossmed ... der Patientenverlag GmbH
Redaktionsleitung Sabine Habicht
Unterer Schranneplatz 5, 88131 Lindau
oder per E-Mail S.Habicht@crossmed.de



Elke Klug
Diplom-Journalistin
Medizinjournalistin



Ulrike Tietze
Medizin- und
Wissenschaftsjournalistin

Anzeige



Die DVDs zu den Symposien-Lunge 2008, 2009, 2011, 2012, 2013, 2014 und 2015 (ab Ende November) können beim COPD-Deutschland e.V. bestellt werden.

Auf den von einem professionellen Filmteam erstellten DVDs sind alle Referate in voller Länge festgehalten. Desweiteren gibt es einen Einleitungsfilm mit Eindrücken und Interviews zur Veranstaltung. Die Gesamtspieldauer jeder Double Layer DVD beträgt zwischen 220 und 330 Minuten.

Bestellungen bitte unter: verein@copd-deutschland.de oder der Faxnummer: 02324 - 68 76 82

Bitte teilen Sie uns **unbedingt Ihre komplette Lieferanschrift** sowie Informationen darüber mit, welche DVD Ausgaben Sie bestellen möchten. Der Name muss identisch mit dem auf dem Überweisungsträger sein, anderenfalls ist eine eindeutige Zuordnung nicht möglich.

Überweisen Sie den Betrag in Höhe von **7,00 € je DVD** (Versandkosten sind in dem Betrag enthalten) auf folgendes Konto:

Volksbank Rhein-Ruhr
Kontoinhaber COPD-Deutschland e.V.
Kontonummer DE54350603867101370002 • Bankleitzahl GENODED1VRW
Verwendungszweck: DVD Symposium und Ihr Vor- und Zuname

Eine Bezahlung ist ausschließlich mittels Überweisung auf oben genanntes Konto möglich. Nachdem die Zahlung auf dem Konto des COPD-Deutschland e.V. gebucht wurde, werden die DVDs versendet.



Neuer Bestell- und Lieferservice der Patienten-Bibliothek für die Patientenzeitschrift **COPD in Deutschland**

Natürlich, Sie können die Zeitschrift weiterhin kostenfrei über Ihren Arzt, in der Klinik, über die Apotheke oder die Selbsthilfegruppen (siehe Hinweis im Impressum) beziehen. Die kostenfreien Sammelbestellungen erfolgen über die www.Patienten-Bibliothek.de.

Sie möchten jedoch die nächste Ausgabe der Zeitschrift ganz bequem nach Hause geliefert bekommen? Dann nutzen Sie ab sofort unseren Versandservice ohne Abonnementverpflichtung.

Bestellen Sie eine oder gleich mehrere Ausgaben. Wichtig: Der Bestellauftrag erhält Gültigkeit, sobald die entsprechende Einzahlung auf das u.g. Konto erfolgt ist.

Bestellungen können formlos per E-Mail (Angabe der Bestellung und Lieferadresse nicht vergessen!) und gleichzeitiger Zahlung an info@patienten-bibliothek.de oder per Einsendung des nachfolgenden Bestellcoupons erfolgen (kein Abonnement). Bitte senden Sie den Bestellcoupon an:

Patienten-Bibliothek gemeinnützige GmbH, Unterer Schranneplatz 5 – 7, 88131 Lindau



Hiermit bestelle ich folgende Ausgabe(n) der Patientenzeitschrift COPD in Deutschland

Ausgaben 2015 – 2017	Sommer ☐	Herbst ☐	Winter ☐	Frühjahr ☐
Bestellung muss vorliegen bis zum	15.05.2015	15.08.2015	15.11.2015	15.02.2016
	Sommer ☐	Herbst ☐	Winter ☐	Frühjahr ☐
Bestellung muss vorliegen bis zum	15.05.2016	15.08.2016	15.11.2016	15.02.2017

Der Bezugspreis für eine Ausgabe beträgt € 2,50 (inkl. Porto und Versandkosten – gültig in Deutschland und im europäischen Ausland).

Die Erscheinungstermine sind jeweils: der 01.03./der 01.06./der 01.09. und der 01.12.

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail für den Rechnungsversand angeben

Die Bestellung erhält Gültigkeit, wenn der Bestellpreis (pro gewünschter Ausgabe € 2,50) auf das folgende Konto überwiesen wurde. Bitte beachten Sie, dass der Betrag spätestens zu den o.g. Bestellendterminen vorliegen sollte.

Empfänger:	Patienten-Bibliothek gemeinnützige GmbH
Geldinstitut:	Sparkasse Lindau
Kontonummer:	1001 227 584
Bankleitzahl:	731 500 000
IBAN:	DE16 7315 0000 1001 2275 84
BIC:	BYLADEM1MLM
Verwendungszweck:	Angabe der Ausgabe(n) und komplette Lieferanschrift

Neue Rubrik

Patienten fragen – Experten antworten

In dieser kontinuierlichen Rubrik werden Ihre Fragen von Experten beantwortet.

Sie haben eine Frage? Dann schreiben Sie uns:

Crossmed ... der Patientenverlag, Stichwort „Patientenfrage“
Unterer Schranenplatz 5, 88131 Lindau
E-Mail: S.Habicht@crossmed.de

1. Lungenerkrankung als Berufskrankheit

Frage:

Lungenerkrankungen können in Verbindung stehen mit beruflichen Expositionen.

Wann kann eine arbeitsplatzassoziierte Erkrankung eine Berufskrankheit sein?

Antwort:

Berufskrankheiten sind genau definierte Krankheitsbilder, die durch genau definierte berufliche Expositionen verursacht worden sind, sie sind als abschließende Liste in der Berufskrankheitenverordnung aufgeführt. Es muss sowohl ein passendes Krankheitsbild diagnostiziert als auch eine passende und hinreichende Exposition bestätigt worden sein. Darüber hinaus muss auch der Zusammenhang zwischen Exposition am Arbeitsplatz und einer Verursachung oder wesentlichen Verschlechterung der diagnostizierten Erkrankung gezeigt werden. Letzteres bleibt meist einer umfassenden arbeitsmedizinischen Zusammenhangsbegutachtung vorbehalten. Wenn der behandelnde Arzt oder der Betriebsarzt aufgrund von Untersuchungsbefunden und Arbeitsanamnese den begründeten Verdacht auf eine Berufskrankheit haben, sind sie verpflichtet, diesen Verdacht bei der zuständigen

Unfallversicherung anzuzeigen. Auch Betroffene können selbst ihren Verdacht auf eine Berufskrankheit melden.

Nur wenn alle Teilaspekte der notwendigen Voraussetzungen bestätigt werden können, wird von der Unfallversicherung eine Berufskrankheit anerkannt werden. Eine Anerkennung einer berufsbedingten obstruktiven Atemwegserkrankung ist darüber hinaus nur möglich, wenn die beruflichen Tätigkeiten, die zu der verursachenden Exposition geführt haben, aufgegeben worden sind.

Krankheitsbilder, die in einem mittelbaren Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz stehen können, aber bei denen die notwendige Beweisführung nicht möglich ist oder die nicht in der Berufskrankheitenverordnung aufgeführt sind, werden dem großen Feld der arbeitsplatzbedingten Erkrankungen zugeordnet. Bei diesen Erkrankungen ist an Stelle der Unfallversicherung der Arbeitgeber gefordert, für optimierte Arbeitsbedingungen zu sorgen, Behandlung und ggf. Rehabilitation werden, wie auch bei schicksalhaften Erkrankungen, von Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern finanziert.

Weitere Informationen und die aktuelle Liste der Berufskrankheiten vom 01. Januar 2015 finden Sie hier:

www.baua.de/de/Publikationen/Faltblaetter/F3.html

Dr. Uta Ochmann

Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
Klinikum der Universität München



Anzeige



Medizin auf höchstem Niveau

Als eines der größten Fachzentren für Pneumologie, Thorax- und Gefäßchirurgie und pneumologische Onkologie in Baden-Württemberg bieten wir jährlich rund 8.000 Patienten eine bestmögliche Versorgung und Betreuung. Dank unserer hochqualifizierten interdisziplinären Expertenteams gewährleisten wir höchste medizinische Qualitätsstandards bei der Diagnostik und Behandlung pneumologischer und onkologischer Erkrankungen und erzielen wegweisende Erfolge.

Klinik Löwenstein gGmbH, Geißhölzle 62, 74245 Löwenstein
Telefon 07130 / 15-0, E-Mail info@klinik-loewenstein.de
www.klinik-loewenstein.de



Dieses Jahr wurden wir erneut als Lungenkrebszentrum der DKG zertifiziert.

Pneumologie
Beatmungsmedizin
Onkologie
Palliativmedizin
Thorax- und Gefäßchirurgie
Anästhesie
Intensivmedizin
Weaning
Schmerztherapie

2. Sicherheit von Flüssigsauerstoff bei Langzeit-Sauerstofftherapie

Frage:

Ich habe vor kurzem eine Langzeit-Sauerstofftherapie mit Flüssigsauerstoff verordnet bekommen. Man hat mir gesagt, ich solle aufgrund des Flüssigsauerstoffs vor allem vorsichtig sein mit offenem Feuer und ebenso mit Fetten.

Aber was bedeutet das konkret für mich im täglichen Umgang, ist z. B. eine Kerze auf dem Tisch nun tabu? Welche Tipps für den Alltag sind darüber hinaus gut zu wissen?

Antwort:

Bei medizinischem Flüssigsauerstoff handelt es sich um 100-%igen Sauerstoff. In dessen Anwesenheit können brennbare Stoffe sehr leicht entzündet werden. Sogar schwer entflammbare Gegenstände können relativ leicht in Brand geraten.

Daher ist es unheimlich wichtig, jegliche Zündquellen zu vermeiden. Auf jeden Fall darf in der Nähe von 100-%igem Sauerstoff nicht geraucht werden! Auch offenes Feuer wie Kohlegrills, Kerzen, Kachelofen usw. sollten sich nicht in der Nähe eines Sauerstoffbehälters (auch nicht in der Nähe der mobilen Einheit) befinden.

Wichtig ist weiterhin, dass Sie während der Sauerstofftherapie keine Kerze oder offenes Feuer ausblasen – das könnte zu Verbrennungen der Haut führen.

Eine schöne Alternative für die Tischdekoration sind beispielsweise elektrische Kerzen.

Beim Aufstellen des Standbehälters ist zu beachten, dass er nicht in der Nähe von offenem Feuer oder einer Heizung steht. Bitte den Behälter auch nicht bedecken oder in einen Schrank stellen, da er aufgrund seiner Bauweise kontinuierlich Sauerstoff in den Raum abgibt. Die Sauerstoffabgabe sollte aus Sicherheitsgründen ungehindert in den Raum erfolgen können, damit sich der Sauerstoff dort verteilen und sich nicht in einem kleinen Bereich anreichern kann.

Besondere Gefahr besteht bei kaltem Sauerstoff, wenn dieser aus der flüssigen Phase verdampft ist. Der Sauerstoff kann sich zum Beispiel in der Kleidung gefährlich anreichern. Es dauert dann ca. 15 Minuten, bis sich diese Anreicherung wieder in die Umgebungsluft verflüchtigt. Daher immer nach dem Aufenthalt in mit Sauerstoff angereicherten Bereichen die Kleidung mindestens 15 Minuten „ausdampfen“ lassen.

Auch Öle und Fette, einschließlich fettender Hautcremes und Vaseline sind leicht entzündlich und brennen in An-

wesenheit von konzentriertem Sauerstoff extrem schnell. Vermeiden Sie deshalb mit frisch eingecremten Händen den Umgang mit Sauerstoffgeräten. Und unternehmen Sie bitte nie den Versuch, technische Teile an Ihren Sauerstoffversorgungssystemen bzw. Ihrem Sauerstoffbehälter zu ölen!

Desweiteren muss das Umfüllen des Sauerstoffes vom Tank in den mobilen Behälter unbedingt mit hoher Aufmerksamkeit erfolgen, um bei eventuell austretendem Sauerstoff schmerzhaftes Kalt-Verbrennungen zu vermeiden. Falls beim Umfüllvorgang Flüssigsauerstoff ausgetreten ist, bitte niemals den Behälter mit einem Föhn oder Ähnlichem trocknen. Bei Austritt von größeren Mengen bitte Fenster öffnen und den Raum verlassen. Achten Sie darauf, nicht in ausgetretene Feuchtigkeit zu treten, da die Flüssigkeit zu Kaltverbrennungen führen kann.

Um beim Umfüllen ein Anfrieren des mobilen Teils an den Sauerstofftank zu vermeiden, sollte der Füllvorgang etwa alle 15 Sekunden kurz unterbrochen werden. Wenn einmal eine Vereisung auftritt, warten Sie, bis das Eis geschmolzen ist. Wichtig ist, keine Gewalt anzuwenden und die mobile Einheit nur durch leichtes Wackeln zu lösen.

Wenn an Ihrem Gerät eine Störung – egal welcher Art – auftritt, wenden Sie sich bitte an den Kundenservice von Linde Healthcare unter der Tel: 089/37000-0. Wir helfen Ihnen schnell und unkompliziert weiter!

Sabine Schulte
Linde Gas Therapeutics GmbH,
München



... mehr Wissen

www.copd-deutschland.de

Ratgeber „Langzeit-Sauerstofftherapie ... fördert die körperliche Belastbarkeit“

Der Ratgeber kann bei der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland (www.lungenemphysem-copd.de) online gelesen oder beim Verein COPD – Deutschland e.V. (www.copd-deutschland.de) bestellt werden. Beachten Sie die dort hinterlegten Versandinformationen.

Selbsthilfe

Patienten schreiben für Patienten

Bereits 20 Patientenratgeber stehen zur Verfügung



Wird die Diagnose COPD, Lungenemphysem, Alpha-1-Antitrypsin-Mangel, Fibrose oder einer anderen chronischen Lungenerkrankung gestellt, haben sowohl Betroffene wie auch Angehörig viele Fragen.

Was ist zu beachten? Wie geht es weiter? Welche Therapieoptionen gibt es? Was bedeutet die Erkrankung für meinen Alltag? Welche Rolle spielt die Ernährung, welche die Bewegung? Was kann ich selbst tun? – Dies sind nur einige der häufigen Fragen, die beantwortet werden wollen.

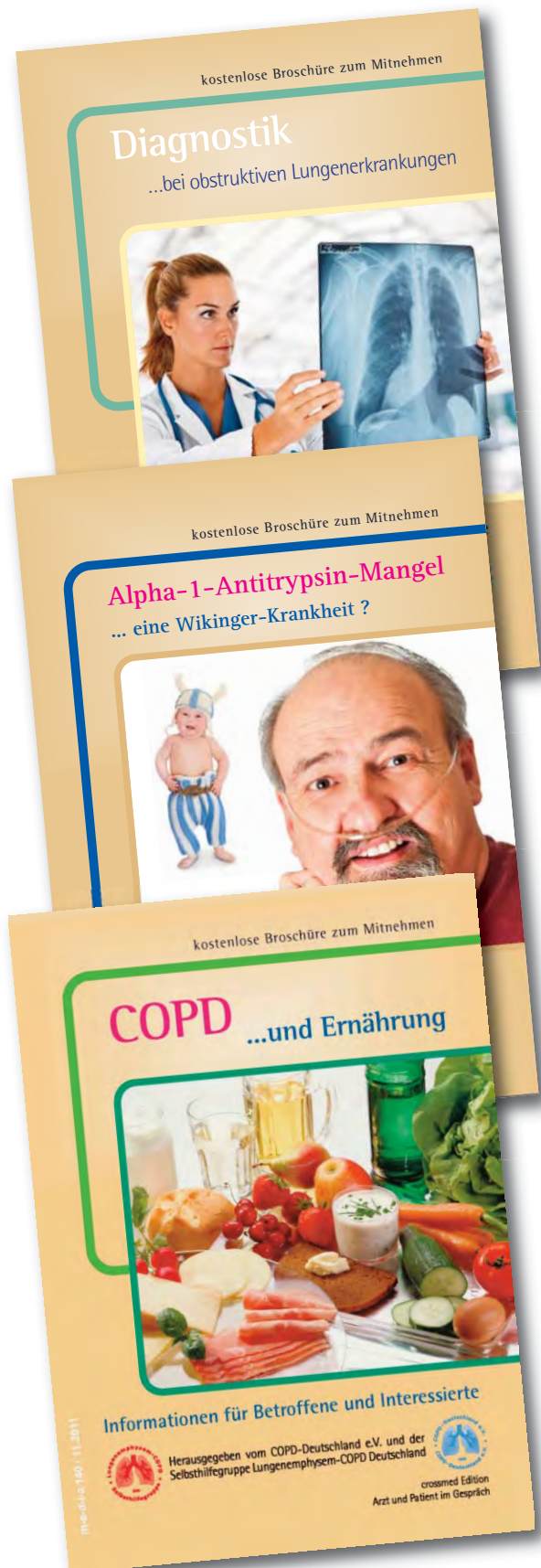
Ihr behandelnder Arzt wird sich im Rahmen seiner Möglichkeiten bemühen, auf alle Fragen einzugehen. Chronische Lungenerkrankungen sind jedoch sehr komplex, das therapeutische Behandlungskonzept sehr umfassend und nicht zuletzt sind die oft parallel auftretenden chronischen Begleiterkrankungen eine besondere Herausforderung.

Aufgrund der Komplexität sind auch Sie selbst gefordert, sich aktiv zu informieren, um Ihren Krankheitsverlauf optimal zu unterstützen.

Hilfe bieten die Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland und der COPD – Deutschland e.V. durch die Informationsreihe „Patienten schreiben für Patienten“. Insgesamt 20 Patientenratgeber zu jeweils einem Schwerpunktthema konnten bisher veröffentlicht werden und stehen Ihnen entweder online lesbar über www.lungenemphysem-copd.de zur Verfügung oder können als gedruckte Version über www.copd-deutschland.de bestellt werden. Hinweis: Beachten Sie dort die hinterlegten Bestellinformationen.

Nutzen Sie die vielfältigen Informationen!

Jens Lingemann
Vorsitzender COPD – Deutschland e.V.
Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland





Regional aktive Selbsthilfegruppen der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Ansprechpartner in der Koordinationsstelle der Selbsthilfegruppen: Jens Lingemann
Telefon 0 23 24 - 99 90 00, Telefax 0 23 24 - 68 76 82,
www.lungenemphysem-copd.de, shg@lungenemphysem-copd.de

Baden-Württemberg

Neckar-Franken/Heilbronn
Nordbaden/Bruchsal
Nordbaden/Karlsruhe
Nordschwarzwald/Bad Teinach
Nordschwarzwald/Horb
Nordschwarzwald/Pforzheim
Südwestbaden/Freiburg



Bayern

Oberbayern/München
Oberbayern/Ingolstadt
Niederbayern/Straubing
Oberpfalz/Regensburg



Berlin

Berlin-Buch
Berlin-Charlottenburg
Berlin-Friedrichshain
Berlin-Neukölln
Berlin-Reinickendorf
Berlin-Treptow-Köpenick
Berlin-Zehlendorf



Brandenburg

Brandenburg/Potsdam
Brandenburg/Cottbus



Land Bremen

Bremen



Hamburg

Nord/Hamburg-Barmbek
Nord/Hamburg-Bergedorf



Hessen

Nordhessen/Bad Sooden Allendorf
Nordhessen/Kassel
Osthessen/Schlüchtern
Rhein-Main/Darmstadt
Rhein-Main/Frankfurt
Rhein-Main/Langen
Rhein-Main/Rüsselsheim



Niedersachsen

Emsland/Haselünne
Emsland/Lingen
Mittelweser/Nienburg
Nordheide/Buchholz
Osnabrücker Land/Osnabrück
Ostniedersachsen/Wittlingen
Süd-niedersachsen/Göttingen



Nordrhein-Westfalen

Bergisches Land/Engelskirchen
Münsterland/Coesfeld
Niederrhein/Krefeld
Niederrhein/Mönchengladbach
Ostwestfalen-Lippe/Herford
Ruhrgebiet/Duisburg
Ruhrgebiet/Hattingen
Ruhrgebiet/Recklinghausen
Sauerland/Balve



Rheinland-Pfalz

Mittelrhein-Wied/Neuwied
Südwestpfalz/Pirmasens
Westerwald/Altenkirchen
Westpfalz/Kaiserslautern



Saarland

Saarland/Riegelsberg



Sachsen

Sachsen/Hohenstein-Ernstthal



Sachsen-Anhalt

Sachsen-Anhalt/Halle



Schleswig-Holstein

Schleswig-Holstein/Fehmarn
Schleswig-Holstein/Rendsburg



Thüringen

Thüringen/Nordhausen



International

Thailand - Pattaya



Impressum

Herausgeber

Offene Akademie und Patienten-
Bibliothek gemeinnützige GmbH
Unterer Schranneplatz 5
88131 Lindau
www.patienten-bibliothek.de
info@patienten-bibliothek.de

Verlag, Anzeigenvertrieb, Gestaltung

Crossmed GmbH
Unterer Schranneplatz 5 – 7
88131 Lindau
www.crossmed.de
info@crossmed.de

Geschäftsführung

Anzeigenverwaltung

Ingo K.-H. Titscher
Telefon 08382-409234
Telefax 08382-409236
I.Titscher@crossmed.de

Redaktionsleitung

Sabine Habicht
Telefon 08382-409234
Telefax 08382-409236
S.Habicht@crossmed.de

Redakteure

Elke Klug, Berlin (frei)
Ulrike Tietze, Berlin (frei)

Lektorat

Cornelia Caroline Funke M.A.
typoscriptum medicinae, Mainz

Versandleitung

Sigrid Witzemann, Lindau

Verteilte Auflage 30.000 Stück an
ca. 6.000 Sammelbesteller der Pa-
tienten-Bibliothek, ca. 650 Sammel-
besteller der Patientenorganisation
Lungenemphysem-COPD Deutsch-
land und ca. 600 Lungensportgrup-
pen in Deutschland.

Druck:

Holzer Druck und Medien
GmbH & Co. KG
Friedolin-Holzer-Str. 22
88171 Weiler im Allgäu
www.druckerei-holzer.de

Ausgabe

Sommer 2015/2. Jahrgang

Erscheinungsweise

4 x jährlich
Nächste Ausgabe Herbst/
01. September 2015

ISSN 9783981558807

Schutzgebühr pro Heft

Deutschland 2,50 Euro,
Ausland 4,50 Euro

Bildnachweise:

Deckblatt – © cutimage – Fotolia.com, S. 3 Jens
Lingemann, S. 6 und 7 COPD – Deutschland e.V.,
S. 9 und 11 Mike Auerbach, Berlin, S. 16 Lisa F.
Young – Fotolia.com, S. 17 Mike Auerbach, Ber-
lin, Robert Kneschke – Fotolia.com, S. 18 Robert
Kneschke, S. 20 Franziska Liebhardt, S. 19 Oliver
Froh, diego cervo – Fotolia.com, 24 Pulmonx,
Minerva Studio – Fotolia.com, S. 25 PneumRX,
Wavebreakmedia – Fotolia.com, S. 26 Deutsche
Atemwegsliga e.V. – www.aterwegsliga.de, S.
30 InterMune, Boehringer Ingelheim, S. 32 In-
terMune, JG Design – Fotolia.com, S. 34 JPC-
PROD – Fotolia.com, shutterstock_Creations, S.
35 Photographee.eu – Fotolia.com, S. 37 Half-
point, BillionPhotos.com – Fotolia.com, S. 39
ResMed, S. 41 air-be-c, S. 45 ResMed, S. 46 Res-
Med, S. 50 DZL, Breath, S. 53 AK-DigiArt – Fo-
tolia.com, S. 54 Philips,

Hinweise

Die namentlich gekennzeichneten
Beiträge geben die Meinung des je-
weiligen Autors wieder.

Anzeigen müssen nicht die Meinung
der Herausgeber wiedergeben.

Für unverlangt eingesandte Manu-
skripte und Fotos wird keine Haftung
übernommen.

Eine Verwertung einschließlich des
Nachdrucks der in der Zeitschrift
enthaltenen Beiträge und Abbildun-
gen sowie deren Verwertung
und/oder Vervielfältigung – z. B.
durch Fotokopie, Übersetzung, Ein-
speicherung und Verarbeitung in
elektronische Systeme oder Daten-
banken, Mailboxen sowie für Ver-
vielfältigungen auf CD-ROM – ohne
schriftliche Einwilligung des Verlages

ist unzulässig und strafbar.

Alle Rechte der vom Verlag Crossmed
konzipierten Anzeigen und Beiträge
liegen beim Verlag.

Die Informationen/Beiträge der Pa-
tientenzeitschrift COPD in Deutsch-
land können das Gespräch mit dem
Arzt sowie entsprechende Untersu-
chungen nicht ersetzen. Die Patien-
tenzeitschrift COPD in Deutschland –
dient der ergänzenden Information.

Vorschau Herbst-Ausgabe

DMP – Strukturierte Behandlungs- programme

... Bedeutung strukturierter Versor-
gung – heute und in Zukunft
... Strukturierte Versorgung in der
praktischen Umsetzung

Die akute Verschlechterung

... Übersichten und Berichte vom
47. Bad Reichenhaller Kolloquium
... Basisinformationen, Möglichkeiten
zur Vorbeugung, Umgang mit
Notfällen

DIGAB – Jahreskongress für Außerklinische Beatmung

... Betreuung von Beatmungspatienten
... All about Weaning – Leitlinie 2014
... Sekretmanagement

Lungenemphysem

... eine aktuelle Übersicht

Die Herbstausgabe der Patientenzeit-
schrift COPD in Deutschland
erscheint am **01. September 2015**