

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht

- Die neue COPD-Leitlinie
- Allergieinformationsdienst
- Selbstbestimmt mobil



**2. LUNGENTAGUNG
POTSDAM
31. August 2019**

Offizielles Organ von:

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

**LUNGENSYMPOSIUM WORMS
21. September 2019
+
Mitgliederversammlung**

WISSEN, WO'S LANGGEHT!

COPD ODER DOCH ALPHA-1?



Aufklärung, Diagnose und Versorgung bei Alpha-1

Wissen, wo's langgeht

Rund 20.000 Menschen in Deutschland leiden Schätzungen zufolge an einer schweren Form der Erbkrankheit Alpha-1-Antitrypsin-Mangel (Alpha-1).¹ Allerdings wissen viele Betroffene nichts von der Ursache ihrer Beschwerden – denn selbst Experten verwechseln Alpha-1 oft mit der häufig vorkommenden chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Die sehr ähnlichen Krankheitsbilder zeigen sich in erster Linie durch Husten, Auswurf und Atemnot.^{2,3} Aus diesem Grund vergehen bis zur richtigen Diagnose im Schnitt etwa 8,3 Jahre.⁴ Bis zu diesem Zeitpunkt erhalten die Patienten meist eine reguläre COPD-Therapie, die oftmals nicht anschlägt. Dies kann, neben einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands, zu Verunsicherung und Unmut bis hin zur Verzweiflung führen.

Initiative ergreifen: PROAlpha von Grifols

Je früher ein Alpha-1 erkannt wird, desto wirksamer können die Maßnahmen zur Vorbeugung und Therapie greifen. Und nur wer weiß, woran er leidet, kann den richtigen Behandlungsweg einschlagen. Gewissheit zu geben ist das ausgesprochene Ziel der Initiative PROAlpha des Unternehmens Grifols unter Mithilfe von interessierten Haus- und Lungenspezialisten. Die Initiative möchte falsche und späte Diagnosen zukünftig vermindern. Dazu möchte sie das Bewusstsein für Alpha-1 steigern und über die Krankheit informieren: Der aktuellen COPD-Leitlinie zufolge sollte jeder COPD-Patient einmal im Leben auf Alpha-1 getestet werden.⁵ Dies kann mit einem einfachen und kostenlosen Bluttest routinemäßig vom Hausarzt oder Pneumologen durchgeführt werden. Der Test kann einen schweren Alpha-1 bereits nach 15 Minuten mit großer Wahrscheinlichkeit aus-

schließen. Deutet das Testergebnis auf das Vorliegen eines Alpha-1 hin, werden weitere Tests vorgenommen, um die Lungenkrankheit sicher nachweisen und dann umgehend mit den entsprechenden Therapie-maßnahmen beginnen zu können.

Sie haben den Verdacht, dass bei Ihnen selbst oder bei einem Ihrer Angehörigen ein Alpha-1 vorliegen könnte? Einen ersten Hinweis kann Ihnen der Online-Selbsttest auf www.pro-alpha.de geben – hier erhalten Sie außerdem weitere Informationen zur Erkrankung.



1 Blanco I et al. Intern J COPD 2017; 12: 561–9.
2 Sandhaus RA et al. Chronic Obstr Pulm Dis (Miami). 2016; 3: 668–82.
3 Stoller JK et al. Cleve Clin J Med. 1994; 61: 461–7.
4 Greulich T et al. Orph J Rare Dis. 2016; 11: 75.
5 Vogelmeier C et al. Pneumologie. 2018; in press.

Grifols Deutschland GmbH
Colmarer Str. 22
60528 Frankfurt/Main – GERMANY
Tel.: (+49) 69 660 593 100
Mail: info.germany@grifols.com

Liebe Leserinnen und Leser,

kürzlich hieß es in einer Radiosendung: „Vom ersten Schrei bis zum letzten Seufzer – der Mensch ist ein Luft-Wesen“ und weiter „...Luft ist als das unsichtbare Element nur schwer zu greifen...“ Im Deutschen kennen wir den Begriff der „heißen Luft“. Etwas erinnerten mich die Diskussionen der letzten Wochen um die Grenzwerte in unserer Atemluft an diesen Ausdruck. Etwa 3 % der Mitglieder unserer deutschen pneumologischen Fachgesellschaft (DGP) haben als Unterzeichner einer zweiseitigen Stellungnahme viel Aufmerksamkeit auf sich gezogen – man kann auch sagen „Wind gemacht“. Selbstverständlich hat dies unser aller Bundesverkehrsminister, Herr Scheuer – ein Schelm ist, wer hier an ein Wortspiel denkt – direkt aufgegriffen und ebenfalls eine Überprüfung dieser nun schon seit 2008 und 2013 überarbeiteten Grenzwerte gefordert. Leider konnte ich nicht lesen, dass er sich solidarisch erklärte mit den über 400.000 deutschen Diesel-Autobesitzern, die in einer Sammelklage, u.a. mit dem ADAC, gegen den weltgrößten Autohersteller auf Schadensersatz klagen. Auch die Klage eines einzelnen Autobesitzers – hinter dem weitere 40.000 von derselben Kanzlei vertretene Betroffene stehen – gegen den identischen Hersteller, wurde von ihm nicht unterstützt. Aktuell hat das Oberlandesgericht Braunschweig diese Klage abgewiesen – aber zum Glück die Revision beim Obersten Deutschen Gericht zur Entscheidung zugelassen. Nun muss also die Rechtsprechung wieder einmal Recht sprechen.

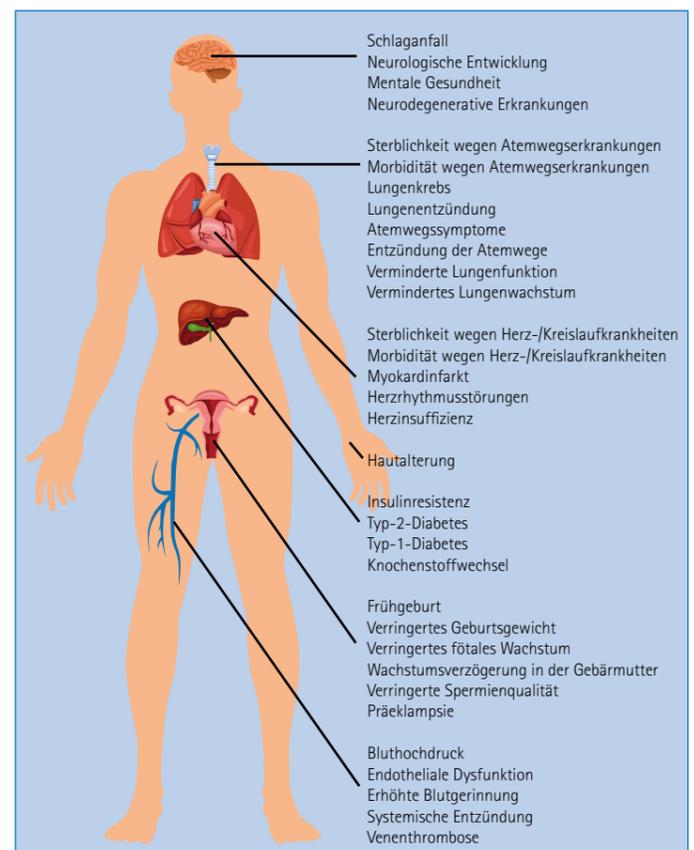
Fakt ist, wie das Deutsche Ärzteblatt am 1. Februar in seinem Leitartikel schrieb: „Die jetzige Initiative ist ein Paradebeispiel für ein mediales Fiasko“. Dabei ist nicht einmal die zwischenzeitlich festgestellte „Rechenkunst“ der oben erwähnten Gruppe gemeint, sondern in der Fortsetzung des zitierten Leitartikels „... eine Verharmlosung der Feinstaub- und Stickoxidbelastung“. Diese wird grobenteils durch die erwähnten Automotoren produziert, deren Software bei über 2,3 Millionen Fahrzeugen – trotz Zusagen der Hersteller – bis zum vergangenen Jahresende noch immer nicht aufgespielt wurde.

Die jetzt medial angegriffenen Grenzwerte werden durch über 70.000 Studien belegt. Was fehlt, ist noch immer die eine Studie, die andere Werte wissenschaftlich belegt. Als Sohn eines seit seinem 14. Lebensjahr kettenrauchenden Vaters, wusste ich auch vorher schon, dass kein Raucher kurz nach dem „Genuss“ einer oder mehrerer Zigaretten tot umfällt. Für mich war dieses Alltagswissen jedoch nie ein Argument, Zigarettenrauchen als gesundheitsfördernd zu verstehen.



Als Beleg wie Luftschadstoffe, z.B. Feinstaub, Ozon und Stickstoffdioxid die Gesundheit – auch in Deutschland – gefährden, bringen wir hier die gemeinsame Darstellung der europäischen und amerikanischen pneumologischen Fachgesellschaften. Beeindruckend zeigt sie, dass die Schädigungen durch diese Luftschadstoffe in der Lunge beginnen, jedoch durch ihre Aufnahme verheerende Auswirkungen auf den gesamten Körper haben. Atemluft hat eben für jeden von uns eine existenzielle Bedeutung.

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



Asthma und COPD

- 6 Was ist neu in der neuen deutschsprachigen COPD-Leitlinie?
- 16 Pneumologen warnen vor Verkehrsunfällen durch Schlafapnoe
- 18 Patienten mit Asthmaerkrankungsbeginn im Erwachsenenalter und ihre Risikofaktoren

Lungensport

- 20 Neue Lungensportgruppe der Turngemeinde Rüsselsheim am GPR Klinikum
- 21 Pneumologische Klinik initiiert Lungensport-Gruppe am Hofheimer Krankenhaus

Zu Ihrer Information

- 29 Kinderpneumologen weisen auf die Gefährdung durch Luftschadstoffe hin

Klinikvorstellung

- 25 Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH - Krankenhaus Hofheim

Über den Tellerrand hinaus

- 30 Der Allergieinformationsdienst am Helmholtz Zentrum München
- 35 meine.WEGA - meine webbasierte Gesundheitsakte

Aktuelles

- 38 Neues zur Nummer, die hilft: Der ärztliche Bereitschaftsdienst 116 117

Selbsthilfe

- 39 Flyer der Atemwegsliga
- 40 Selbstbestimmt mobil trotz Handicap Moderne Fortbewegungsmittel
- 44 Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT) und Informationen zur stationären Rehabilitation
- 46 Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA
- 48 Warum auch Sie Mitglied in der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - der DPLA - werden sollten
- 49 Mitgliedsantrag

Rubrik

- 50 Impressum
- 51 Lungensymposium Worms

DVD - 3. Lungentagung Worms

Fünf namhafte Experten und Professoren haben Vorträge über

- Was bedeuten die neuen Leitlinien zu Asthma und COPD für Patienten?
- Häufige Begleiterkrankungen bei Asthma und COPD
- Allergien bei Asthma und COPD
- Behandlungsmöglichkeiten beim schweren Asthma bronchiale
- Körperliche Aktivitäten bei Atemwegserkrankungen gehalten.

Die komplette Aufzeichnung aller Vorträge zur Nachbetrachtung unserer 3. Lungentagung Worms auf 2 DVD's.

Die DVD's zur 1. und 2. Lungentagung Worms sind ebenfalls noch zum Preis von 8,00 Euro bestellbar.

Ihre Bestellung an:

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V.
 - DPLA Geschäftsstelle -
 Adnet-Str. 14, 55276 Oppenheim
 Telefon: 06133 / 35 43, E-Mail: info@pat-liga.de
 8,00 Euro (inkl. Versand), Rechnung anbei
 Laufzeit: 209 Minuten



2. Lungentagung Potsdam



Asthma, COPD und häufige Begleiterkrankungen

Informationen für Patienten mit Atemwegserkrankungen und Ihre Angehörigen.

Samstag, 31. August 2019 • 10.00 – 15.00 Uhr

Universität Potsdam, August-Bebel-Str. 89, Haus 6, direkt am S-Bahnhof Griebnitzsee

Tagungsleiter: Prof. Dr. Helmut Teschler, Essen

- Eintritt FREI -

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

Ab 10:00 Uhr	besteht die Möglichkeit zum Besuch der Ausstellung.	12:30 - 13:00 Uhr	Mittagspause für Imbiss und Ausstellungsbesuch
		13:00 - 13:10 Uhr	Sportliche Auflockerung
10:00 - 10:10 Uhr	Begrüßung Dr. Michael Köhler, Oppenheim Vorsitzender der DPLA und Leiter des Organisationsteams	13:10 - 14:00 Uhr	Häufige Begleiterkrankungen bei Asthma und COPD Prof. Dr. Adrian Gillissen, Reutlingen-Bad Urach
10:10 - 11:00 Uhr	Was bedeuten die neuen Leitlinien zu Asthma und COPD für Patienten? Prof. Dr. Helmut Teschler, Essen	14:00 - 14:50 Uhr	Die neuen Behandlungsmöglichkeiten beim schweren Asthma bronchiale Prof. Dr. Marek Lommatzsch, Rostock
11:00 - 11:50 Uhr	Endlich! Bedeutende Fortschritte beim Lungenkrebs Prof. Dr. Wolfgang Schütte, Halle	14:50 - 15:00 Uhr	Zusammenfassung und Ausblick Prof. Dr. Helmut Teschler, Essen
11:50 - 12:30 Uhr	Allergien bei Asthma - Spielen die eine Rolle? Prof. Dr. Jörg Kleine-Tebbe, Berlin		

Parallel 5 Workshops
zu krankheitsbezogenen Themen

Was ist neu in der neuen deutschsprachigen COPD-Leitlinie?

von Prof. Dr. H. Worth



2018 wurde die neue gemeinsame Leitlinie der Deutschen Atemwegliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) veröffentlicht. Sie berücksichtigt eine große Zahl klinischer Studien der vergangenen Jahre sowie die wichtigsten aktuellen internationalen Leitlinien. Eine Basis ist die aktuelle Version von GOLD, der Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.

Die wichtigsten Neuerungen sind:

- die Bestimmung des *aktuellen Schweregrades* der Erkrankung,
- die *Auswahl der Medikamente* anhand der Ausprägung der Krankheitssymptome und der Häufigkeit und dem Schweregrad der akuten Verschlechterung (Exazerbation) sowie
- daraus folgend *konkrete Therapieempfehlungen*.

Die Leitlinie will durch eine *individuelle Behandlung* eine Besserung der Beschwerden beim betroffenen Patienten erreichen. Berücksichtigt werden sollen dabei *häufige Begleiterkrankungen*.

Husten, Auswurf, Atemnot und eine – meist langjährige Raucherkarriere – sind wegweisend für die Diagnose einer COPD. Eine nicht vollständig rückbildungsfähige Atemwegsobstruktion bestätigt die Erkrankung.

Die medikamentöse Behandlung der COPD richtet sich nach der jeweiligen Ausprägung der Symptomatik sowie der Häufigkeit und dem Schweregrad der Exazerbationen.

Körperliches Training, Patientenschulung und Atemphysiotherapie sind wichtige nicht medikamentöse Therapieergänzungen. Begleiterkrankungen sind bei der COPD häufig und müssen beachtet werden. Fortschritte in der Diagnostik, neue Behandlungsalternativen und das erweiterte Krankheitsverständnis erforderten die vorliegende Neufassung.

Neue Aspekte in der Diagnostik der COPD

Atemnot, Husten und/oder Auswurf sind bei allen Patienten *Leitsymptome* einer COPD. Die nicht vollständig zu beseitigende Verengung der Atemwege (Obstruktion) ist durch eine Untersuchung der Lungenfunktion zu sichern.

S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD)

Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin und der Deutschen Atemwegliga unter Beteiligung Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie

Unter Mitwirkung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.

C. Vogelmeier et al. S2k-Leitlinie zur Diagnostik... Pneumologie 2018



Wichtig für die Krankengeschichte sind:

- Atemnot bei Belastung
- Husten,
- Auswurf,
- langjähriges Zigarettenrauchen (in Packungsjahren),
- Frühgeburt
- häufige Infekte in der Kindheit
- Angaben über Asthma, Allergien, andere Lungen- sowie Hals-Nasen-Ohren- (HNO-) Erkrankungen,
- Exazerbationen mit und ohne Krankenhausaufenthalt,
- Begleiterkrankungen, insbesondere Herzerkrankungen,
- aktuell angewendete Medikamente
- körperliche Aktivitäten.

Lungenfunktionsdiagnostik

Die *Messung der Atemwegsverengung* (Obstruktion) erfolgt bei der Erstdiagnostik entweder

- 15 Minuten nach Inhalation eines kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetikums oder
- 30 Minuten nach Inhalation eines kurzwirksamen Anticholinergikums oder
- 30 Minuten nach Inhalation ihrer Kombination.

Die *kapilläre Blutgasanalyse* hilft dabei unterschiedliche Formen der Atemschwäche anhand der Sauerstoffsättigung im Blut zu unterscheiden.

Bei der Erstuntersuchung ist eine *Röntgenaufnahme* der Brustorgane in zwei Ebenen verpflichtend. Sie hilft

Lungentumore, Tuberkulose (Tbc), Lungengeweberkrankungen, Lungenstauungen, große Emphyseblasen bzw. Brustfellveränderungen zu erkennen. Die *Computertomographie* (CT) der Brust-(Thorax-) Organe ist zur Abklärung folgender Röntgenbefunde erforderlich:

- unklarer Befund im Röntgenbild,
- Beurteilung der Bronchien oder eines Emphysems (z.B. dessen Verteilung),
- Nachweis von Begleiterkrankungen (Tumor, Bronchiektasen, d.h. „Aussackungen“ der Bronchien),
- Verdacht auf Lungenembolie,
- unklare Ursache eines Bluthustens
- bzw. zur Diagnostik vor etwaigen chirurgischen oder anderen Eingriffen bei einer COPD.

Bewertung der COPD (Assessment)

Mit der Lungenfunktionsmessung wird das Ausmaß der Verengung der Atemwege (Obstruktion) festgestellt. Dieses erlaubt eine Abschätzung der Prognose. Die Wahl der Medikamente und ihre Dosierung in der neuen Leitlinie richtet sich jeweils nach der Ausprägung der Symptomatik und dem Exazerbationsrisiko. Dabei werden die Patienten mit zunehmender Krankheitsschwere in die Gruppen **A–D** eingeteilt.

In den Gruppen **A** und **B** mit keiner oder nur einer ambulant, d.h. durch niedergelassene Ärzte behandelten Exazerbation pro Jahr, besteht kein Risiko für gehäufte Exazerbationen. In den Gruppen **C** und **D** mit mindestens einer stationär – d.h. im Krankenhaus

Ihr Name:

Heutiges Datum:

Wie geht es Ihnen mit Ihrer COPD? Füllen Sie den COPD Assessment Test (CAT) aus!

Dieser Fragebogen wird Ihnen und Ihrem Arzt helfen, die Auswirkungen der COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) auf Ihr Wohlbefinden und Ihr tägliches Leben festzustellen. Ihre Antworten und das Test-Ergebnis können von Ihnen und Ihrem Arzt dazu verwendet werden, die Behandlung Ihrer COPD zu verbessern, damit Sie bestmöglich davon profitieren.

Wenn Sie den Fragebogen von Hand auf Papier ausfüllen möchten, [klicken Sie hier](#) und drucken Sie dann den Fragebogen aus.
Wenn Sie den Fragebogen online ausfüllen, markieren (X) Sie bei jeder nachfolgenden Frage mit einem Mausklick dasjenige Kästchen, das derzeit am Besten auf Sie zutrifft.

Beispiel: Ich bin sehr glücklich 0 1 2 3 4 5 Ich bin sehr traurig

	PUNKTE
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;">Ich huste nie</div> <div style="width: 10%; text-align: center;">0 1 2 3 4 5</div> <div style="width: 45%;">Ich huste ständig</div> </div>	<input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;">Ich bin überhaupt nicht verschleimt</div> <div style="width: 10%; text-align: center;">0 1 2 3 4 5</div> <div style="width: 45%;">Ich bin völlig verschleimt</div> </div>	<input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;">Ich spüre keinerlei Engegefühl in der Brust</div> <div style="width: 10%; text-align: center;">0 1 2 3 4 5</div> <div style="width: 45%;">Ich spüre ein sehr starkes Engegefühl in der Brust</div> </div>	<input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;">Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht außer Atem</div> <div style="width: 10%; text-align: center;">0 1 2 3 4 5</div> <div style="width: 45%;">Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich sehr außer Atem</div> </div>	<input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;">Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten nicht eingeschränkt</div> <div style="width: 10%; text-align: center;">0 1 2 3 4 5</div> <div style="width: 45%;">Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten sehr stark eingeschränkt</div> </div>	<input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;">Ich habe keine Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen</div> <div style="width: 10%; text-align: center;">0 1 2 3 4 5</div> <div style="width: 45%;">Ich habe wegen meiner Lungenerkrankung große Bedenken, das Haus zu verlassen</div> </div>	<input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;">Ich schlafe tief und fest</div> <div style="width: 10%; text-align: center;">0 1 2 3 4 5</div> <div style="width: 45%;">Wegen meiner Lungenerkrankung schlafe ich nicht tief und fest</div> </div>	<input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;">Ich bin voller Energie</div> <div style="width: 10%; text-align: center;">0 1 2 3 4 5</div> <div style="width: 45%;">Ich habe überhaupt keine Energie</div> </div>	<input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Drucken Sie Ihren CAT aus, bevor Sie sich mit Ihrem Arzt treffen.</p> </div> <div style="text-align: center; border: 2px solid #0070c0; border-radius: 15px; padding: 5px; background-color: #0070c0; color: white;"> <p>Klicken Sie, um die Gesamtpunktzahl zu erhalten</p> </div> </div>	<input style="width: 30px; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>

Copyright: GlaxoSmithKline

Tab.: 1 CAT-Test (aus dem Internet)

– behandelten oder mindestens zwei im Vorjahr ambulant behandelten Exazerbationen ist das Risiko jedoch erhöht.

Patienten der Gruppen **A** und **C** weisen orientierend *geringe* Krankheitssymptome im COPD Assessment Test – CAT, d.h. unter 10 Punkten, auf.

Bei Patienten der Gruppen **B** und **D** besteht eine *ausgeprägtere* Symptomatik im CAT (s. Tab. 1), d.h. mehr als 10 Punkte. Alternativ können aber auch andere Fragebögen zur Beurteilung herangezogen werden.

Differenzialdiagnosen

Wichtigste Differenzialdiagnose zu einer COPD ist das Asthma bronchiale. Die Unterscheidung ist häufig schwierig (Tab. 2). Merkmale, die sowohl zu einem Asthma als auch zu einer COPD passen, können auch gemeinsam vorkommen: dann liegt eine Asthma-COPD-Overlap-Erkrankung, d.h. Überlappung (ACO) vor.

Therapie der COPD

Die Behandlungsmöglichkeiten der COPD sind in den Tabellen 3 a, b und c zusammengestellt. Entsprechend der jeweiligen *Ausprägung der Symptomatik*, des

festgestellten *Exazerbationsrisikos* und der *Schwere der Erkrankung* wird ein individualisiertes Therapiekonzept für jeden Patienten aus medikamentösen und nichtmedikamentösen Maßnahmen (Tab. 3) in Abstimmung mit ihm erstellt.

Medikamentöse Behandlung der COPD

Bei allen Medikamenten zur Weiterstellung der Atemwege (Bronchodilatoren) und den Corticosteroiden (CS) ist die inhalative Anwendung zu bevorzugen. Die individuelle Auswahl eines geeigneten Inhalators erfolgt in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit, der jeweils erreichbaren inspiratorischen Atemstromstärke des einzelnen Patienten, der Atemtechnik und der Bevorzugung des Patienten. Ein Inhalationstraining ist vor Behandlungsbeginn mit Inhalatoren und eine Kontrolle im Verlauf unbedingt erforderlich.

Bronchodilatoren

Sie sind die *Basismedikamente* zur Behandlung der COPD. Sie

- lindern die Atemnot,
- steigern die Lebensqualität,
- reduzieren die Exazerbationsrate und
- verbessern die Lungenfunktion.

Merkmal	Asthma	COPD
Alter bei Erstdiagnose	Häufig in Kindheit und Jugend beginnend	Meist nicht vor dem 6. Lebensjahrzehnt beginnend
Zigaretten-Raucher	Kein direkter Zusammenhang; Verschlechterung durch Tabakrauchen möglich	Direkte Ursache (Kausalzusammenhang)
Hauptsymptom	Anfallsartig auftretende Atemnot	Atemnot bei Belastung
Verlauf	Variabel, episodisch	Meist fortschreitend
Allergien	Häufig	Kein direkter Zusammenhang
Atemwegsverengung	wechselnd, oft aktuell nicht vorhanden	Immer nachweisbar
Fe-NO-Bestimmung	Oft erhöht	Normal bis niedrig
Bluteosinophilie	Häufig erhöht	Meist normal
Beeinflussbarkeit der Atemwegsverengung durch Medikamente	Diagnostisches Kriterium, wenn vorhanden	Nie vollständig
Überempfindlichkeit der Atemwege	Meist vorhanden	Selten
Ansprechen der Atemwegsverengung auf Kortikosteroide	Meistens	Selten

Tab. 2: Differenzialdiagnose Asthma oder COPD

Vorbeugung	Raucherentwöhnung, Schutzimpfungen, Hygiene am Arbeitsplatz	
Medikamentöse Behandlung	Gruppe A	- Keine oder - SABA oder SAMA, oder Kombination von SABA + SAMA oder - LABA oder LAMA
	Gruppe B	- LABA oder LAMA oder - LABA + LAMA
	Gruppen C + D - nicht vorbehandelt - vorbehandelt - bei weiter folgenden Exazerbationen ->	- LAMA oder LAMA + LABA - LAMA + LABA - LABA + ICS oder - LAMA + LABA + ICS eventuell zusätzlich - Roflumilast (bei Symptomen einer Bronchitis)



Quelle: Deutsche Atemwegliga e.V.

Tab. 3a: Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten bei COPD

Anticholinergika

- die kurzwirksamen (SAMA): Ipratropium, Wirkdauer ca. 6 - 8 Stunden
- die langwirksamen (LAMA): Aclidinium, Wirkdauer ca. 12 Stunden bzw. Glycopyrrhonium, Tiotropium, Umeclidinium, 24 Stunden

Beta-2-Sympathomimetika

- die kurzwirksamen (SABA): Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin

- die langwirksamen (LABA): Formoterol, Salmeterol, Wirkdauer 12 Stunden bzw. Indacaterol, Olodaterol, Vilanterol 24 Stunden

Theophyllin

- Schwach wirksamer Bronchodilatator, der als Tablette oder i.v. verwendet wird. Theophyllin hat nur eine geringe therapeutische Breite, viele Nebenwirkungen und verursacht zahlreiche Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln.

Nicht medikamentöse Behandlung	- Körperliches Training - Patientenschulung - Physiotherapie - Ernährungsberatung
--------------------------------	--



Tab. 3b: Nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten bei COPD

Entzündungshemmend wirksame Medikamente

Inhalative Corticosteroide (ICS)

Wegen ihrer begrenzten Wirksamkeit bei COPD auf die Entzündung (Inflammation) sowohl in der Lunge als auch im Gesamtkörper ist ihr Einsatz auf spezielle Indikationen begrenzt:

- Asthma-COPD-Overlap Erkrankung (ACO)
- Bei COPD der Gruppen C und D - wenn eine Bronchienerweiterung mit Anticholinergika und Beta-2-Sympathomimetika alleine nicht ausreicht.

ICS sollen bei der COPD nicht alleine eingesetzt werden. Ein Ausschleichen bei „unnötiger“ Inhalation ist unter einer LABA/LAMA-Kombinationstherapie möglich. ICS sind bei COPD wahrscheinlich auch in niedriger Dosierung wirksam. Zu den unerwünschten Effekten gehören das Auftreten von Lungenentzündungen (dosis- und substanzabhängig), Hautbrüchigkeit mit Einblutungen, Heiserkeit und Soor, d.h. eine Pilzinfektion im Mundbereich.

Corticosteroide (CS) in Tablettenform

Sie sollen nicht als Dauertherapie eingesetzt werden, jedoch bei mittelschweren und schweren Exazerbationen in einer Tagesdosis von 40-50 mg Prednisolon-Äquivalent für die Dauer von 5 (bis maximal 14) Tagen. Sie können danach abrupt abgesetzt werden.

Roflumilast (Phosphodiesterase-4-Inhibitor)

Bei Patienten mit schwerer und sehr schwerer Obstruktion und Symptomen einer Bronchitis sowie häufigen Exazerbationen kann Roflumilast als Tablette in der Zusatztherapie eingesetzt werden. Unerwünschte Effekte sind: Durchfall, Übelkeit, Gewichtsabnahme und Kopfschmerzen.

Fixe Medikamenten-Kombinationen

Im Vergleich zu den jeweiligen Einzelsubstanzen zeigen folgende Fixkombinationen eine stärkere Wirkung:

- SABA + SAMA: stärkere Bronchienerweiterung,
- LABA + LAMA: stärkere Bronchienerweiterung, effektivere Exazerbationsverhinderung, Linderung

Weitere Behandlungsmöglichkeiten	- Langzeitsauerstofftherapie (LTOT) - Nichtinvasive Beatmung (NIV) - Lungenvolumenreduktion - operativ oder - endoskopisch mit - Ventilen oder - Spiralen
----------------------------------	---



Tab. 3c: Weitere Behandlungsmöglichkeiten bei COPD

- der Atemnot und Steigerung der Lebensqualität,
- LABA + ICS: effektivere Exazerbationsverhinderung, Besserung der Lebensqualität,
- LABA + LAMA + ICS: im Vergleich zu Zweier-Kombinationen eventuell effektivere Exazerbationsvorbeugung.

Schleimlöser (Mukopharmaka)

Mit N-Acetylcystein, Ambroxol und Cineol kann bei Patienten mit zähem Schleim das Abhusten erleichtert werden. Bei Patienten mit häufigen Exazerbationen ist eine Senkung der Exazerbationshäufigkeit zu erwarten.

Antihustenmedikamente

Bei nächtlichem Reizhusten können Codein-haltige (Codein, Dihydrocodein) oder auch Codein-freie (Noscapin, Levodropropizin, Pentoxyverin) Präparate über eine Dauer von maximal 3 Wochen eingesetzt werden.

Weitere Medikamente

Eine Dauertherapie mit *Antibiotika* wie z.B. Azithromycin zur Senkung der Exazerbationshäufigkeit kann nicht generell empfohlen werden.

Eine Ergänzungstherapie (Substitutionstherapie) bei *angeborenem Alpha-1-Protease-Inhibitor-Mangel* kann zur Verlangsamung der Emphyseentwicklung angezeigt sein, wobei striktes Nichtrauchen (!), Voraussetzung ist. Zumindest jeder früh an COPD erkrankte Patient sollte einmal im Leben darauf getestet werden.

Stufentherapie

Die Empfehlungen für die Einleitung, Erweiterung oder Reduktion der Therapie richten sich nach der Symptomatik sowie der Häufigkeit und Schwere der Exazerbationen (Tab. 3). Bei Diskrepanzen zwischen

der Einschränkung der Lungenfunktion und der Symptomatik sind die Werte der Lungenfunktion für Therapieentscheidungen zu berücksichtigen.

Achtung: COPD-Patienten mit schwerer Obstruktion können durch eine zunehmende Verringerung ihrer körperlichen Aktivitäten wenig Symptome empfinden.

Anmerkungen zu den Gruppen A – D:

Gruppe A:

- Falls keine Beschwerden empfunden werden, ist eine medikamentöse Behandlung nicht erforderlich.

Gruppe B:

- Wenn der zusätzliche Einsatz eines zweiten Bronchodilatators keine Symptomlinderung erzielt, kann dieser auch wieder abgesetzt werden.
- In Gruppe B tragen häufig Begleiterkrankungen zur Symptomatik bei. Diese bedürfen einer angepassten Diagnostik und Therapie.

Gruppen C und D:

- Bei ausgeprägter Symptomatik oder Vorbehandlung mit einem Bronchodilatator kann unmittelbar mit einer LABA + LAMA-Kombination begonnen werden.
- Bei häufigen Exazerbationen sind Wechsel zu Kombinationen von LABA + ICS oder LABA + LAMA + ICS zu erwägen.
- Bei diesen Patienten mit zusätzlichen Symptomen einer Bronchitis kann Roflumilast ergänzend eingesetzt werden. Falls unter einem ICS unverändert häufig Exazerbationen auftreten, sollte dieses wieder abgesetzt werden.
- Auch bei Vorliegen einer ACO-Erkrankung sind LABA + ICS oder LABA + LAMA + ICS anzuwenden.

Tabakentwöhnung !, unabdingbar
Schutzimpfung gegen Influenza und Pneumokokken
Teilnahme an strukturierter Patientenschulung
Bewegungstherapie zur Steigerung der körperlichen Aktivität bei allen COPD-Patienten mit eingeschränkter Belastbarkeit und Atemnot unter Belastung
Möglichkeit zur Langzeitsauerstofftherapie (LTOT) bei Sauerstoffmangel im Blut in Ruhe
Möglichkeit zur Heimbeatmung (NIV)
Endoskopische Lungenvolumenreduktion bei schwerem Emphysem nach Ausschöpfung aller anderen Maßnahmen (Ventile oder Spiralen, d.h.Coils)
Palliative Behandlung

Tab. 4: Empfehlungen der neuen deutschen COPD-Leitlinie zu nichtmedikamentösen Therapie

Nichtmedikamentöse Maßnahmen

Vorbeugung (Prävention)

Tabakentwöhnung

Die Tabakentwöhnung ist die *wirksamste und kosteneffektivste Einzelmaßnahme* im Management der COPD! Eine Beratung zur Entwöhnung sollte bei jedem Arztbesuch durchgeführt werden. Der Erfolg einer Entwöhnung kann durch eine *medikamentöse Unterstützung* (Nikotinersatztherapie: Nasenspray, Kaugummi, Pflaster, Bupropion, insbesondere Vareniclin) deutlich gesteigert werden.

Für die E-Zigarette und Tabakerhitzer (heat sticks) liegen keine Daten zu ihrer Wirksamkeit bei einer Raucherentwöhnung vor.

Pneumologische Rehabilitation

Die pneumologische Rehabilitation bessert Symptomatik, Lebensqualität, körperliche und emotionale Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung. Wichtige Bestandteile sind:

- Optimierung der Arzneimittelbehandlung,
- Tabakentwöhnung,
- Patientenschulung,
- Atemphysiotherapie,
- Ergotherapie,
- Ernährungsberatung/Hilfsmittelversorgung,
- soziale Betreuung,
- psychosoziale Beratung und Therapie.

Lungenvolumenreduktion

Bei *schwerem* Lungenemphysem können durch eine Verkleinerung des für die Lungenatmung nutzlosen Emphysem-Anteils und die Entlastung des gesunden Lungengewebes

- die Lungenfunktion,
- der Wirkungsgrad der Atemmuskeln und
- die körperliche Belastbarkeit verbessert und
- die Atemnot der so behandelten Patienten gelindert werden.

Ihr Einsatz kann nach Ausschöpfung aller Maßnahmen s. Tab. 3c unter Einschluss der pneumologischen Rehabilitation bei einem Residualvolumen von > 175% des Sollwerts und einer FEV1 unter 45% des Sollwertes erwogen werden.

Methoden:

- *chirurgische* Lungenvolumenreduktion,
- *endoskopische* Lungenvolumenreduktion, die eine geringere Sterblichkeit aufweist:

ANZEIGE



HEMOCARE

Zen-0

Ein Gerät für alle Anforderungen!

Vorteile die überzeugen:

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



Flexibilität zum Mitnehmen

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

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

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

- o endobronchiale Ventilapplikation: für Patienten mit geringer kollateraler Ventilation (CT-Untersuchung),
- o Implantation von Spiralen (Coils) unabhängig von der kollateralen Ventilation.

Lungentransplantation (LTx)

Ein Lebenszeit- und Lebensqualitätsgewinn durch eine LTx besteht bei der COPD dann, wenn die ohne LTx zu erwartende 5-Jahres-Überlebensrate unter 50% liegt. Die LTx ist erst nach Ausschöpfung aller anderen Therapieverfahren in hochspezialisierten Zentren

- bei einem Einsekundenwert (FEV_1) unter 20% des individuellen Sollwertes,
- 3 und mehr Exazerbationen mit Atmungsversagen
- oder bei ausgeprägtem Lungenhochdruck (pulmonale Hypertonie) angezeigt.

Eine Altersgrenze bis etwa 65 Jahre sollte berücksichtigt werden. Ein großes Problem ist dabei die noch zu geringe Anzahl geeigneter Spenderlungen.

Therapie der Störung der äußeren (mechanischen) Atmung (respiratorische Insuffizienz)

Patienten mit COPD und einer chronischen Behinderung des Gasaustausches in den Lungenbläschen (pulmonale Insuffizienz) und einem Sauerstoffpartialdruck (PaO_2) unter 55 mmHg profitieren von einer Langzeitsauerstofftherapie (LTOT), wenn diese mindestens über 16 Stunden pro Tag erfolgt. Die endgültige Verordnung sollte anhand von Blutgasanalysen frühestens 4 Wochen nach einer Exazerbation in einer stabilen Krankheitsphase erfolgen.

Bei Patienten mit chronisch ungenügender Leistung der Atemmuskulatur (ventilatorische Insuffizienz) führt eine nichtinvasive Beatmung (NIV) mit Erhöhung des Atemminutenvolumens und folgendem CO_2 -Abfall zu einer Erholung der Atemmuskulatur. Die Indikation zur nichtinvasiven Beatmung über eine Gesichtsmaske ist gegeben, wenn mindestens 14 Tage nach Beendigung einer akuten Beatmung im Rahmen einer Exazerbation noch ein erhöhter Kohlendioxiddruck im Blut (Hyperkapnie) vorliegt ($Pa\ CO_2 > 53$ mmHg (7kPa)), oder aber, wenn bei stabiler COPD beim Patienten eine dauerhaft ungenügende Leistung der Atemmuskulatur besteht.

Management der Exazerbationen

Unter Exazerbation der COPD wird eine akute, über mindestens 2 Tage anhaltende Verschlechterung der respiratorischen Symptome mit Zunahme der Atem-

not (Dyspnoe), des Hustens, der Auswurfmenge und/oder mit eitrigem gelb-grüner Verfärbung (Sputumpurulenz) mit der Notwendigkeit einer Therapieintensivierung verstanden. Wichtigste Differenzialdiagnosen sind:

- Dekompensierte Herzschwäche,
- akutes Koronarsyndrom,
- Lungenarterienembolie,
- Lungenentzündung (Pneumonie),
- Lungenkollaps (Pneumothorax).

Exazerbationen können in 4 Schweregrade eingeteilt werden:

- Leichte Exazerbation: vom Patienten selbst behandelbar, zum Beispiel mit SABA, SAMA,
- mittelschwere Exazerbation: ärztliche Verordnung von Corticosteroiden als Tabletten (OCS) und/oder Antibiotika erforderlich (ambulante Behandlung),
- schwere Exazerbation: Krankenhaus-(stationäre) Behandlung erforderlich,
- sehr schwere Exazerbation: Therapie auf einer Intensivstation (Intermediate Care) erforderlich.

Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie

Die Dauerbehandlung mit LAMAs, LABAs und gegebenenfalls ICS sollte in den gewählten Dosierungen fortgeführt werden.

Antibiotika

Exazerbationen werden meist durch virale Infekte hervorgerufen.

Häufigste bakterielle Erreger sind:

- *Haemophilus (H.) influenzae* und *H. parainfluenzae*,
- *Pneumokokken* (lat. *Streptococcus pneumoniae*) sowie
- *Moraxella catharralis*

Die Entscheidung zum Einsatz von Antibiotika hängt ab vom

- eitrigem Auswurf,
- der Schwere der Exazerbation und
- dem Schweregrad der Atemwegsverengung (Obstruktion).

Antibiotika sind bei der leichten, mittelschweren und schweren Exazerbation nur dann erforderlich, wenn der Auswurf eitrig (gelb-grün) ist. Bei sehr schweren Exazerbationen ist der Einsatz von Antibiotika im Rahmen einer intensivierten Therapie auch ohne den Nachweis von eitrigem Auswurf zu erwägen. Die Auswahl der Antibiotika hängt von dem in Betracht kommenden Erregerspektrum ab.

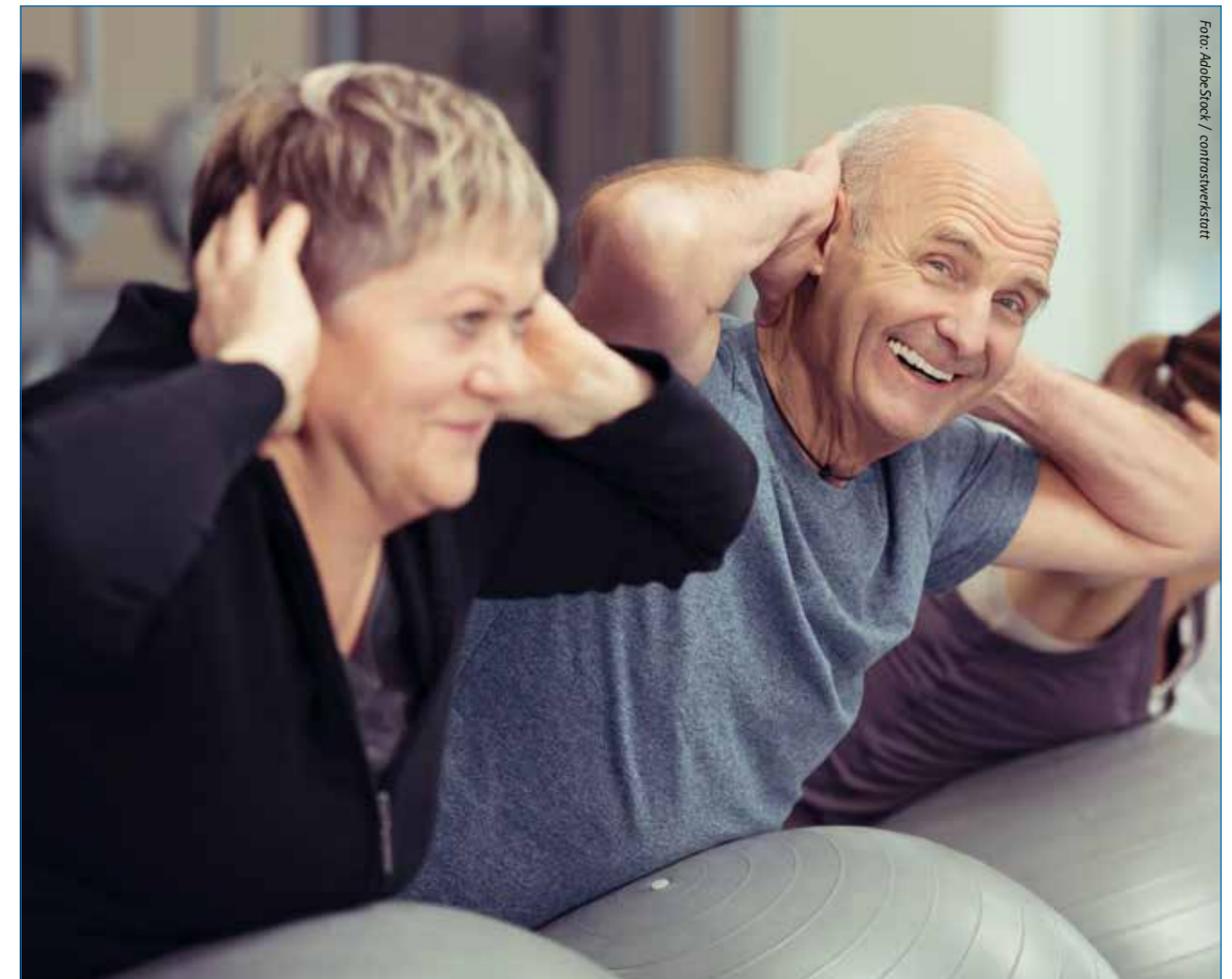


Foto: AdobeStock / contrastwerkstatt

Verhinderung von Exazerbationen

Eine bedeutende Verringerung von Exazerbationen ist belegt für:

- die strukturierte Patientenschulung bzw. pneumologische Rehabilitation,
- konsequente körperliche Aktivität (Lungensport!),
- Raucherentwöhnung,
- Influenza-Schutzimpfung,
- Bronchodilatoren und antiinflammatorische Substanzen (LABA, LAMA, ICS und Kombinationen, evtl. Roflumilast) mit hohem Beleg (Evidenz),
- Antibiotika (Makrolide),
- Schleimlöser (Acetylcystein, Cineol) mit mäßigem Beleg.

Begleiterkrankungen (Komorbiditäten)

Begleiterkrankungen sind bei Patienten mit COPD häufig. Erkrankte mit COPD und leichter oder mittelgradiger Obstruktion versterben häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen als an der COPD. Nach Begleiterkrankungen soll daher gezielt gesucht werden. Häufigste Begleiterkrankungen sind:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
- Lungenkrebs,
- Osteoporose,
- Verminderte Leistungsfähigkeit der Muskulatur,
- Metabolisches Syndrom/Diabetes,
- Psychische Erkrankungen (Angststörungen, Depressionen).

Die Therapie der Begleiterkrankungen erfolgt nach den entsprechenden Leitlinien für Patienten ohne COPD. Nur auf das Herz wirksame (kardioselektive) Betarezeptorenblocker sind bei Patienten mit COPD anwendbar.

Autor:

Prof. Dr. med. Heinrich Worth
Facharztzentrum, Fürth



Pneumologen warnen vor Verkehrsunfällen durch Schlafapnoe



Mindestens 1.900 Verkehrsunfälle mit Personenschäden hatten im Jahr 2016 Übermüdung als Ursache. Tagesschläfrigkeit und Sekundenschlaf sind häufig die Folgen einer obstruktiven Schlafapnoe – einer schlafbezogenen Atmungsstörung. Für die Betroffenen ist der nächtliche Schlaf nicht erholsam, sie wachen morgens unerholt auf. Im Straßenverkehr haben sie so ein zwei- bis siebenmal höheres Risiko Verkehrsunfälle zu verursachen. Viele Betroffene wissen gar nicht, dass sie an einer Schlafapnoe leiden.

Auf einer Pressekonferenz bei ihrem Kongress in Dresden, warnte die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) vor den gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgen unbehandelter Schlafstörungen. Die Experten erklärten, wie Menschen mit Schlafstörungen besser versorgt werden könnten.

Ein Beispiel für die Gefährlichkeit von Sekundenschlaf sind zwei Zugunglücke, die sich in New York und New Jersey ereigneten, nur weil die Lokführer am Steuerpult „eingenickt“ waren. Wie sich dabei herausstellte, litten beide an einer obstruktiven Schlafapnoe. In Deutschland und der EU dürfen Menschen mit Schlafapnoe und Tagesschläfrigkeit

Kraftfahrzeuge nur dann steuern, wenn sie dauerhaft und erfolgreich behandelt werden. Ähnliches gilt auch für Menschen, die gefährliche Arbeitsgeräte bedienen. Eine Schlafapnoe kann sich oft – aber nicht immer – durch lautes, unregelmäßiges Schnarchen mit Atemaussetzern bemerkbar machen. „Aber die obstruktive Schlafapnoe ist bei Weitem nicht der einzige Grund für Tagesschläfrigkeit und Sekundenschlaf. Oft sind es

- Ein- und Durchschlafstörungen sowie
- Atmungsschwächen bei Herz- oder Lungenerkrankungen,

die können ebenfalls eine wichtige Rolle spielen. Und nicht jeder Patient mit Schlafapnoe zeigt die typischen Symptome“, betonte Prof. Dr. Winfried Randerath, Kongresspräsident der DGP 2018. „Die Anzahl der Menschen, die an einer nicht diagnostizierten und daher unbehandelten Schlafapnoe leiden, ist immer noch hoch.“ Experten schätzen, dass in Deutschland etwa 13 Prozent der Männer und sieben Prozent der Frauen betroffen sind.

Bei der häufigsten Form der Schlafapnoe fallen im Schlaf die Atemwege (kollabieren) des Patienten immer wieder zusammen. Dies kann von zehn Sekunden bis zu zwei Minuten dauern und sowohl

die Atmung als auch die Sauerstoffversorgung unterbrechen. Der Körper steigert seine Atmungsanstrengung, und erlebt damit ständige Stressreaktionen. Der Schlaf bringt unter diesen Umständen keine Erholung mehr. „Wer sich tagsüber häufig – und scheinbar grundlos – müde oder schläfrig fühlt, sich schlecht konzentrieren kann oder gar ungewollt einschläft, sollte seinen Schlaf untersuchen lassen“, rät Randerath, der als Chefarzt am Krankenhaus Bethanien in Solingen tätig ist. Denn bei unbehandelter Schlafapnoe drohen oft Folgeerkrankungen wie

- Bluthochdruck,
- Herzschwäche,
- Herzrhythmusstörungen oder
- ein Schlaganfall.

Durch die große Zahl der Betroffenen, ihre Arbeitsausfallzeiten und die Vielzahl der Unfälle und Folgeerkrankungen wird die Schlafapnoe zu einem gesundheitlichen wie auch gesellschaftlichen Problem. Die ambulante Versorgung deckt nur einen Teil der Diagnostik und Therapie des nicht erholsamen Schlafes ab. „Das Versorgungsangebot für Patienten wird hierzulande immer knapper“, so Randerath. „Weil die Krankenkassen immer weniger stationäre Behandlungen bezahlen und ambulante Möglichkeiten unterfinanziert werden, stehen schlafmedizinische Angebote nicht in ausreichendem Maße flächendeckend zur Verfügung. Die Wartezeiten für einen Termin im Schlaflabor liegen in der Regel bei mehreren Monaten bis hin zu einem Jahr.“ Die Schulung und Begleitung der Patienten in der Therapie leiden darunter, auch werden dann die Kosten für alternative Verfahren oft nicht übernommen – selbst wenn sie wissenschaftlich bewährt sind.

Leitlinie Schlafapnoe

2017 erschien die aktualisierte Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin zur obstruktiven Schlafapnoe. Dies sind die wichtigsten Neuerungen (3):

1. Um eine **obstruktive Schlafapnoe** (OSA) festzustellen, mussten Patienten bisher mehrere Nächte im Schlaflabor verbleiben und untersucht werden. Mithilfe der sogenannten *Polysomnografie* werden dort unterschiedliche Körperfunktionen während des Schlafes überwacht. Die aktuelle Leitlinie misst dem Vortest eine größere Bedeutung zu. Dabei erfassen der Hausarzt und gegebenenfalls



Prof. Dr. med. Winfried J. Randerath

ein Schlafmediziner das Risiko für eine OSA anhand der Vorgeschichte und der Begleiterkrankungen des Patienten. Bei sehr großer Wahrscheinlichkeit für eine OSA, also wenn der Patient *schnarcht, tagesschläfrig* ist und von Bettpartnern *Atemaussetzer* festgestellt wurden, verlangt die Leitlinie nicht mehr grundsätzlich die umfassende Untersuchung im Schlaflabor, sondern es genügt die vereinfachte Polygrafie. Dabei werden Herz- und Atemfunktionen ohne die Erfassung des Schlafes gemessen. Bei unklaren Fällen ist die Polysomnografie jedoch weiterhin der diagnostische Standard.

2. Gar nicht selten leiden die Patienten nicht unter allen typischen Symptomen. Daher können in der Zukunft einfache Messungen mit einem oder zwei Messkanälen für den *Sauerstoff im Blut* oder den *Atemstrom* über Mund und Nase als Suchteste bei scheinbar symptomfreien Patienten dienen.
3. Die Nasenmaske (invasive Beatmung CPAP-Therapie) ist die wirksamste Methode, um Atemaussetzer zu verringern. Diese Maske sorgt, richtig aufgesetzt, während der gesamten Schlafdauer für einen Überdruck in den Atemwegen, so dass diese sich nicht zusammenfallen können. Bei leichter bis mittelschwerer Erkrankung kann eine Unterkiefervorschiebe (Unterkieferprotrusionsschiene UPS) eingesetzt werden, die ein spezialisierter Zahnarzt anfertigt.

Quelle: Nach einer Pressekonferenz der DGP auf Ihrem Kongress in Dresden, 2018

Patienten mit Asthmaerkrankungsbeginn im Erwachsenenalter und ihre Risikofaktoren

Viele Kinder leiden unter einem Asthma bronchiale. Manche begleitet die Erkrankung ein Leben lang. Bei anderen Menschen tritt die Erkrankung erst im Erwachsenenalter auf. Anders als bei Kindern hat im Erwachsenenalter beginnendes Asthma, seltener eine allergische Ursache. Forscher in den Niederlanden untersuchten nun Faktoren zur Prognose dieser Patienten.

Untersuchungen legen nahe, dass die Lungenfunktion von Patienten mit einem Asthma-Beginn erst im Erwachsenenalter besonders schnell abnehmen kann. Risikofaktoren für diesen besonders schnellen Abfall der Lungenfunktion wurden bisher aber noch nicht identifiziert. Dem sind nun Forscher aus den Niederlanden auf den Grund gegangen.

Forscher begleiteten Erwachsene mit erstmaliger Asthma-Diagnose über fünf Jahre

Dazu begleiteten sie 200 erwachsene Patienten, bei denen zeitnah erstmals die Diagnose Asthma bronchiale festgestellt wurde, über einen Zeitraum von fünf Jahren. Jährlich wurden die Patienten genauestens untersucht: Sowohl klinische als auch Lungenfunktionswerte wurden dokumentiert und das Blut und Sputum der Patienten auf Entzündungswerte hin untersucht. Anschließend wurden die gesammelten Daten statistisch ausgewertet.

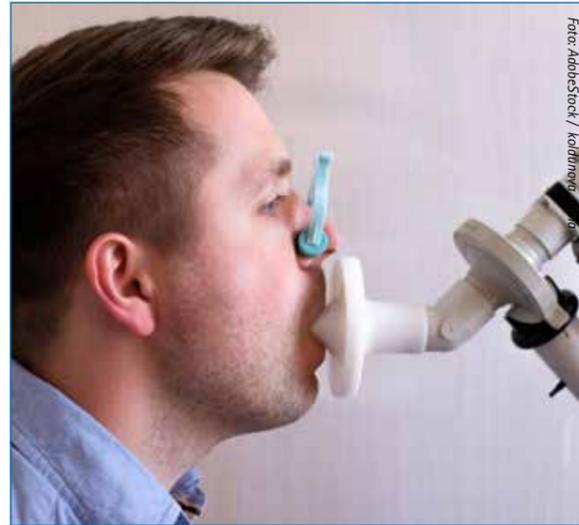


Foto: AdobeStock / kolibri

Manche Patienten hatten einen besonders deutlichen Rückgang ihrer Lungenfunktion

Sie fanden in der Tat Asthma-Patienten, deren Messwerte auf eine deutliche Reduktion der Lungenfunktion hinwiesen. Die Forscher suchten daraufhin nach Risikofaktoren, die einen besonders großen Einfluss haben könnten. Dabei berücksichtigten sie Polypen in der Nase, die Zahl bestimmter Immunzellen und der Eosinophilen im Blut und die Beschaffenheit des Auswurfs (Sputum) der Patienten, das Körpergewicht der Patienten anhand des

BMI (engl. *Body Mass Index*) und wieviel Stickoxid (FeNO) in der Ausatemluft der Patienten gemessen wurde. Stickoxid gilt dabei als ein Biomarker für Entzündungsprozesse in den unteren Atemwegen.

Alle diese Risikofaktoren zeigten einen Zusammenhang mit einer schnellen Abnahme der Lungenfunktion bei den untersuchten Asthma-Patienten in der Studie. Deutlich nachweisbaren Einfluss hatten jedoch nur zwei Faktoren:

- die Konzentration von Stickoxid in der Ausatemluft (FeNO) und
- das Körpergewicht (BMI).

Die Auswertung der Forscher zeigte, dass besonders die Patienten einen schnellen Abfall ihrer Lungenfunktion aufwiesen, bei denen erhöhte Stickoxidwerte in der Ausatemluft (FeNO) und gleichzeitig ein niedriger BMI (< 23) vorlag.

Ob sich im Umkehrschluss das Risiko mindern lässt, ist noch unklar

Damit sind erstmals mögliche Risikofaktoren für eine schnelle Abnahme der Lungenfunktion bei Asthma-Patienten mit Erkrankungsbeginn erst im Erwachsenenalter, identifiziert. Da erhöhte Stickoxid-Werte in der Ausatemluft als Biomarker für eine weiterhin bestehende Entzündung in den Atemwegen gelten, könnte eine daraufhin optimierte Asthatherapie diese gezielt angehen und zusätzlich eine bewusste Gewichtszunahme zur Verlangsamung des weiteren und schnellen Verlustes ihrer Lungenfunktion beitragen. Hierzu sind jedoch weitere Studien notwendig.

Quelle: Coumou H. et al. Predictors of accelerated decline in lung function in adult-onset asthma. *Eur Respir J.* 2018

ANZEIGE

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

Juan Gutierrez,
Servicemitarbeiter bei GTI medicare



JETZT AUCH
URLAUBS-
VERSORGUNG
IN ITALIEN!

Wenn Sie uns
brauchen, sind wir da!

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

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

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

ANZEIGE

Sauerstoff immer und überall

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

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

air-be-c
Medizintechnik
Spezialisierte Fachhandel seit 1993

Ein Anbieter. Alle mobilen Sauerstoffkonzentratoren.
Beste Beratung • Service vor Ort • Bundesweit • Gute Preise • Miete und Kauf • Partner aller Kassen

Neue Lungensportgruppe der Turngemeinde Rüsselsheim am GPR Klinikum

von J. Frischmann

Körperliche Belastung unter Atemnot führt häufig zu einer ausgeprägten Schon- und Vermeidungshaltung. Als Folge davon tritt dann oft eine strukturelle und funktionelle *Veränderung* der peripheren Muskulatur auf, die sich wiederum negativ auf den eigenen Krankheitsverlauf und die Lebensqualität bei Lungenerkrankungen auswirkt. Die Turngemeinde Rüsselsheim will Betroffenen jetzt mit einem neuen Lungensport-Angebot helfen.

Start war am 20. November um 18.00 Uhr. Die folgenden Übungsstunden finden dann wöchentlich dienstags von 18.00 bis 19.00 Uhr und seit Februar 2019 noch mit einer zweiten Gruppe von 19.00 bis 20.00 Uhr im Bewegungsraum im GPR Klinikum (GPR Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim), August-Bebel-Straße 59 in Rüsselsheim statt. Anmeldungen sind Montags und Freitags zwischen 09.00 – 14.00 Uhr sowie Dienstags und Donnerstags von 10.00 – 18.00 Uhr unter Telefon 06142-62993 oder per E-Mail an info@tgruesselsheim.de möglich. Eine Vereinsmitgliedschaft ist nicht erforderlich. Mit der entsprechenden ärztlichen Verordnung können Nichtmitglieder kostenlos am Lungensport teilnehmen.

Die COPD Gruppe Rüsselsheim hat die Einrichtung dieser Lungensportgruppe am GPR Klinikum maßgeblich unterstützt und steht Interessenten auch als Ansprechpartner tagsüber unter Telefon 06142 – 61842 gerne zur Verfügung.

„Durch eine gezielte Sport- und Trainingstherapie können sowohl körperliche als auch psychische Folgen der Erkrankung gebessert werden“, sagt einer der Leiter der COPD Gruppe Rüsselsheim und er weiß als *Atemwegserkrankter*, wovon er spricht. Umso mehr freut er sich über die lange vorbereitete Gründung der neuen Lungensportgruppe in der Turngemeinde am Rüsselsheimer Krankenhaus.

Die Turngemeinde ist sehr froh, dass nun auch eine Abteilung Lungensport ins Leben gerufen werden konnte. Patienten mit Atemwegserkrankungen können unter Anleitung eines erfahrenen und lizenzierten Übungsleiters lernen, welche Atemtechniken ihnen alltäglich Erleichterung schaffen können und wie man sich bei



Lungensport ist nahezu in jedem Krankheitsstadium sinnvoll und möglich – auch mit mobiler Sauerstoffversorgung, wie hier zwei Teilnehmer aktiv demonstrieren.

Atemnot gezielt selbst helfen kann – vor allem auch, um die *eigene Selbstständigkeit* möglichst lange zu erhalten. Beim Lungensport werden Atem- und Entspannungstechniken vermittelt, Ausdauer und Beweglichkeit trainiert, der Muskelaufbau gefördert, die Muskelkraft gestärkt, die Koordination der Bewegungsabläufe verbessert und die Dehnungsfähigkeit hergestellt – für ein besseres und erleichtertes Durchatmen

Was bringt Lungensport bei COPD?

Leichter atmen: Die Teilnehmer verspüren schnell wie positiv der Körper auf die regelmäßige Bewegung reagiert. Sie müssen beim Treppensteigen nicht mehr so schnaufen, halten beim Spaziergang besser mit und können insgesamt die alltäglichen Arbeiten und Belastungen leichter bewältigen.

Austausch mit Betroffenen: Die Teilnahme erleichtert den Patienten nicht nur das Atmen, sondern gibt ihnen auch Gelegenheit, sich mit anderen ebenfalls betroffenen COPD-Patienten auszutauschen und Erfahrungen zu teilen.

Gemeinschaftsgefühl: Die gemeinsame Aktivität in der Gruppe und abwechslungsreiche Programme sorgen auch für Spaß und stärken den nötigen Durchhaltewillen.

Autor:

Jürgen Frischmann
stellv. Vorsitzender der DPLA



Pneumologische Klinik initiiert Lungensport-Gruppe am Hofheimer Krankenhaus



Auf Initiative der Pneumologischen Klinik der Kliniken des Main-Taunus-Kreises wird am Hofheimer Krankenhaus **am 17. Januar 2019** eine Lungensport-Gruppe mit ihren wöchentlichen Übungsstunden starten. Die Abteilung Rehasport des TV 1860 Hofheim übernimmt das Training. Die Übungszeiten sind **donnerstags von 10.00 bis 12.30 Uhr und freitags von 10.00 bis 12.30 Uhr** im Verwaltungsgebäude (Erdgeschoss) auf dem Krankenhausgelände an der Lindenstraße 10. Interessenten können sich tagsüber bei der Geschäftsstelle des TV 1860 Hofheim telefonisch **unter 06192-5344** oder per Mail an info@tvhofheim.de anmelden.

Teilnahmeberechtigt sind alle Patienten mit festgestellter Atemwegs- oder Lungenerkrankung. Unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung, in der die Kostenübernahme der Krankenkasse bestätigt wird, ist die Teilnahme kostenfrei. Mitglieder des TV 1860 Hofheim sind als Mitglieder ebenfalls kostenlos teilnahmeberechtigt.

Lungensport besteht aus Gymnastik-Übungen, die individuell auf die Leistungsfähigkeit der erkrankten Teilnehmer abgestimmt werden. „Das Training kann die Lungenerkrankung zwar nicht heilen, es verbessert

aber die Grundkondition des Patienten und hilft so, den Alltag mit einer chronischen Lungenkrankheit besser bewältigen zu können. Auch die neue deutsche Leitlinie für die COPD-Diagnostik und Therapie gibt dem speziellen „Lungensport“ einen hohen Stellenwert. Wir freuen uns sehr, in Kooperation mit dem Hofheimer Sportverein unseren Patienten jetzt ein Training vor Ort anbieten zu können“, betont Chefarzt Dr. Thomas Müller, der mit seinem Ärzteteam die Gruppe unterstützt. Das Lungensport-Training wird von einem erfahrenen, lizenzierten Übungsleiter geleitet und ist vom Hessischen Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband e. V. zertifiziert, so dass eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen in der Regel auch erfolgt.

Quelle: www.kliniken-mtk.de

Geschäftsstelle des TV 1860 Hofheim

Tel: 06192-5344

E-Mail: info@tvhofheim.de

Schulungselemente im Rahmen des Lungensports bzw. während der Rehabilitation

von M. Frisch

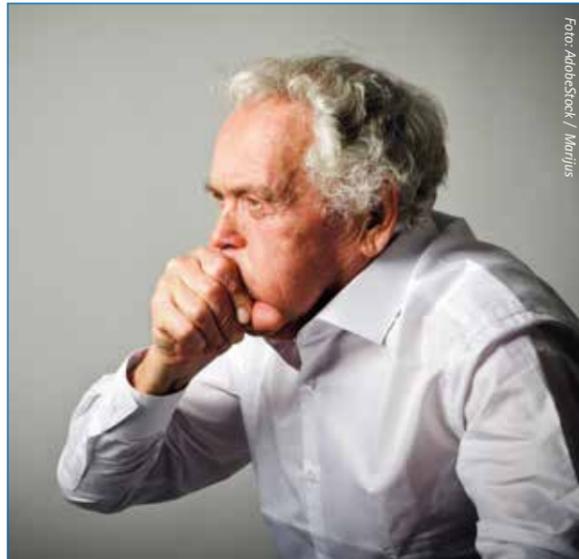
Das Schulungselement „**Lungenhygiene**“ – wie auch alle anderen Schulungselemente – eignet sich im Rahmen des Lungensports nicht nur speziell für den Zeitraum akuter Verschlechterungen (Exazerbationen), sondern auch bei zum Beispiel schwierigen klimatischen Bedingungen als gute therapeutische Alternative und Ausweichmöglichkeit statt das Ausfallen der Übungseinheit zu erwägen. Die richtige Lungenhygiene kann für Patienten entscheidend sein, um bei einer Exazerbation während der Infektzeit rechtzeitig zu reagieren und diese in den Griff zu bekommen und nicht wertvolle Zeit bis zum Krankenhausaufenthalt verstreichen zu lassen. Dies gilt besonders für Patienten, die von einer fortgeschrittenen COPD betroffen sind.

Lungenhygiene – Möglichkeiten das Sekret zu mobilisieren:

- **Inhalation:** Eine Feuchteinhalation mit einer 0,9 – 3 %-igen Kochsalzlösung – nach Rücksprache und Verordnung vom behandelnden Pneumologen kann, evtl. in Kombination mit einem bronchialerweiternden Medikament, eine Verbesserung der Bewegung der Flimmerhärchen (Zilien) bewirken und so das Sekret besser mundwärts transportieren.

Eine Feuchteinhalation mit einer 0,9 – 3 %-igen Kochsalzlösung – nach Rücksprache und Verordnung vom behandelnden Pneumologen – kann, evtl. in Kombination mit einem bronchialerweiternden Medikament, eine Verbesserung der Bewegung der Flimmerhärchen (Zilien) bewirken und so das Sekret besser mundwärts transportieren.

- **Brustkorb- (Thorax-) Übungen:** Bronchialsekret kann „mobilisiert“ werden, indem durch Umlagerungen der Brustkorb bewegt wird und der Atem so „hinter das Sekret“ gelangen kann. Auch Rollungen (Rückenlage, Seitenlage rechts, Bauchlage, Seitenlage links) und Überkopflagerungen (vorwärts- also in Bauchlage, rücklings- also in Rückenlage, seitwärts- also in Seitenlage rechts bzw. links) z.B. auf einem Sitzball, können richtig angeleitet bzw. durchgeführt die Sekretmobilisation unterstützen. Bei mobileren Patienten besteht auch die Möglichkeit mittels vertikaler Vibrationen z.B.



Schwingungen auf einem Sitzball oder einem Mini-Trampolin das Sekret zu mobilisieren.

Grundsätzlich gilt: Körperliche Belastung bzw. Aktivität führt zu tieferen Atemzügen und damit zu einer Steigerung der Flimmerhärchenaktivität – einer der positiven Effekte des Trainings im Rahmen einer Lungenport-Einheit.

- **Dehnlagerungen:** die sogenannten Dreh- bzw. Dehnlagerungen dienen zur Vertiefung der Atmung, der „Führung“ der Atmung „hinter“ das Sekret und der Thoraxmobilisation. Hierzu zählen die:
 - „Vergrößerung“,
 - die C-Lagerung oder „Mondsichel“,
 - „Seit-Dreh-Lagerung“ oder
 - die „Seit-dreh-Dehn-Lagerung“.

Entsprechend angeleitet sind die Positionen am Anfang evtl. unangenehm, helfen aber bei richtiger Ausführung und nach folgender Lockerung das Sekret zu lösen.

Jede einzelne Position kann nach ausführlicher Einweisung bzw. Demonstration bis zu 20-30 Minuten ausgeführt werden.

- **Stimmhafte Übungen:** Bei der Ausatmung auf „a“, „s“, „o“, „u“, „m“, „k“ werden über die Stimmbänder

Schwingungen erzeugt, die hilfreich bei der Sekretlösung sind. Am Besten unterstützt und kombiniert mit Übungen, die den Brustkorb bewegen (Atemübungen, z.B. als Hockergymnastik). Auch das sogenannte Handtuch-Rütteln hat sich in Kombination mit den Stimmübungen – angeleitet durch den Lungensport-Übungsleiter – bewährt. Alternativ dazu helfen auch Übungen aus dem Gesangs- und Stimmbildungs-Bereich.

- **Hilfsmittel:** Um „Luft hinter das Sekret“ zu bringen, eignen sich auch PEP-Geräte für die Atmung mit bzw. ohne Oszillation (Vibrationen). PEP, die Abkürzung für englisch Positive Expiratory Pressure (bedeutet positiver Druck bei der Ausatmung), hilft die Atemwege von zähem, anhaftendem Sekret zu befreien, das Abhusten zu erleichtern, eventuell sogar die Medikamente zu reduzieren und das Krankheitsmanagement zu intensivieren.

Nach einer erfolgten Einführung, Schulung und Verordnung im Rahmen der Einzeltherapie bei einer Atemphysiotherapie helfen diese Geräte – aufgrund der verstellbaren Widerstände mittels Rädchen oder am Mundstück – das Sekret zu lösen und mundwärts abzutransportieren. Hierzu gibt es Geräte, die lageunabhängig (also auch im Liegen) funktionieren oder aufgrund der Einstellungen für verschiedene Schweregrade der Erkrankung geeignet sind. Dabei werden durch eine „entspannte“ und langsame Ausatmung in das Gerät die Schwingungen über das Gerät in die Atemwege übertragen.

- **Klopfmassagen:** Im Rahmen einer individuellen Atemphysiotherapie sind diese effektiv. Allerdings bieten sich diese auch zur Entspannung – ausgenommen sind Teilnehmer mit Herzinsuffizienz oder einem Herzschrittmacher – als Sitzkreis zum Stundenausklang und zur Auflockerung der Lungenport-Einheit an.

Hustendisziplin: Husten kann auch ein Krankheitszeichen sein, und z.B. ein Hinweis auf andere Krankheitsbilder – z.B. auf ein Lungenkarzinom – sein. Aber auch seine „Nebenwirkungen“, z.B. die Schädigung der Flimmerhärchen, die Überbelastung der Atemwege bis hin zu Atemnot und die Überbeanspruchung der Atemmuskulatur bis zum „Muskelkater“, unerwünschten Nebenwirkungen wie Schwindel, Kopfschmerzen, ja sogar Rippenfrakturen, müssen beachtet werden. Prinzipiell sollte nur abgehustet werden, wenn das Sekret sich gelöst hat, also mobilisiert ist und

abgehustet werden kann. Auch wenn man in der entsprechenden Literatur inzwischen sogar von „Aufmerksamkeitsdefizithusten, Konzerthusten, Wartezimmerhusten, Refluxhusten“, usw. spricht – neben dem Reizhusten, effektivem oder ineffektivem Husten, oder produktivem bzw. unproduktivem Husten – ist Husten immer noch ein körpereigener Schutzreflex, um Fremdkörper wirksam aus den Atemwegen nach außen zu bringen.

Übermäßiger oder unkontrollierter Husten ist inzwischen auch zur Vermeidung von Kontrollverlust (der Blase) mehr denn je in den Fokus gerückt. Das Thema Beckenboden hat in den letzten Jahren an Bedeutung – sowohl in der Rehabilitation als auch in der Lungenport-Einheit – gewonnen.

Grundsätzlich gilt aber bei allen Techniken zur Sekretolyse: Nicht zu früh beginnen zu husten. Also erst husten, wenn sich das Sekret gelöst hat. Neben dem Husten gegen Widerstände wie bei der Lippenbremse und gegen den Handrücken bzw. Ellenbogen und im fortgeschrittenen Stadium gegen den Fausttunnel – gibt es das Räuspern wie anhusten, die Lippen und Huffing- forcierte Ausatmung mit der Endung ffffffff- wichtig zum Sekrettransport mundwärts. Eine Druckentlastung beim Husten kann durch ein vorgelegtes Handtuch oder eine Überkreuz-Stellung der Arme erreicht werden.

Weitere Schulungselemente im Rahmen des Lungensports sind:

- Die Nasenhygiene,
- Was kann ich zur Sekretlösung und dem Sekrettransport für mich tun?
- Die Treppenschulung,
- Wie komme ich ohne Atemnot eine Treppe hoch? und da
- Notfallverhalten,
- Wie vermittel ich es meinen Angehörigen oder Arbeitskollegen für den Fall eines Notfalls, mir aktiv bei einer akuten Verschlechterung zu helfen (Exazerbationsmanagement)?

Autor:

Michaela Frisch
Vorstandsmitglied der
AG Lungensport in Deutschland e.V.



COPD und Begleiterkrankungen:

Neue Erkenntnisse zum Langzeitverlauf

Die wissenschaftliche Studie COSYCONET untersucht, wie Lungengesundheit, Begleiterkrankungen und die allgemeine Entzündung bei Patienten mit Chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) zusammenhängen. Jetzt hat das Deutsche Zentrum für Lungenforschung (DZL) die Erkenntnisse, die 2018 aus der Studie gezogen wurden, zusammengefasst.

Im Rahmen der COSYCONET -Studie ("German COPD and SYstemic consequences-COMorbidities NETwork") nehmen seit 2010 knapp 3.000 Patienten mit unterschiedlich schwerer COPD an regelmäßigen Untersuchungen teil. Untersuchungsziel ist es, den Langzeitverlauf der COPD zu verstehen. Ergebnisse aus den ersten Untersuchungszeitpunkten wurden bereits in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht. Nun wurden Ende 2018 folgende Erkenntnisse aus dieser Langzeitstudie zusammengefasst:

COPD und Herz-Kreislaufkrankungen: Herz-Kreislauf-Beschwerden, die oft gemeinsam bei einer COPD beobachtet werden, treten in vielen Fällen nicht unabhängig von der COPD auf. Nach Meinung der Wissenschaftler könnten sie wahrscheinlich sogar reduziert werden, wenn die COPD-*verursachte Atemwegsverengung und Überblähung der Lunge* (Emphysem) erfolgreich behandelt werden.

Die Forschergruppe fand in weiteren Untersuchungen auch, dass eine COPD bei zunehmender Schwere oft zu einer Überbelastung der linken Herzkammer führt. Daher empfiehlt sie dazu, das Herz-Kreislauf-System von so betroffenen COPD-Patienten regelmäßig

gezielt zu untersuchen. Entsprechende Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollten nach den speziellen Leitlinien dann behandelt werden.

COPD und häufige Begleiterkrankungen: COPD-Patienten über 65 Jahre erhalten durchschnittlich fünf unterschiedliche Medikamente verordnet, drei davon nicht gegen ihre Lungenerkrankung. Bei zehn Prozent der Patienten kann es dabei laut Studienergebnissen zu unerwünschten Wechselwirkungen der Medikamente kommen. Angesichts der Vielzahl unterschiedlicher Präparate, die die Betroffenen einnehmen, halten die Untersucher diesen Prozentsatz allerdings für eher gering.

COPD-Behandlung folgt oft nicht den Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie

In einer weiteren Untersuchung wurde die Frage gestellt, mit welchen *Medikamenten* COPD-Patienten behandelt werden und ob und wie dies mit den Empfehlungen der COPD-Leitlinie übereinstimmt. Ihr überraschendes Ergebnis: Zum Teil gab es starke Abweichungen, gerade auch bei der Behandlung von akut schweren Verschlechterungen der Krankheit (Exazerbationen): Eine solche, nicht leitlinien-gerechte Behandlung kann dazu führen, dass die verordnete Therapie nicht richtig wirkt oder/und das es zu sonst vermeidbaren Nebenwirkungen kommt.

Quelle:

Deutsches Zentrum für Lungenforschung (DZL): COPD und ihre Begleiterkrankungen: Neue Erkenntnisse durch die COSYCONET-Kohortenstudie. Pressemitteilung

ANZEIGE

Die Fachmesse für mehr Lebensqualität

www.rehab-karlsruhe.com



REHAB[®]

Rehabilitation | Therapie | Pflege | Inklusion

Veranstalter:



IDEEN VERBINDEN.
Karlsruhe-
Messen und Kongresse

JETZT ONLINE BIS ZUM 15.05.2019 TICKETS ZUM VERGÜNSTIGTEN PREIS SICHERN: WWW.REHAB-KARLSRUHE.COM/TICKETS

MESSE KARLSRUHE

16. – 18. Mai 2019

Klinik für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin

Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH – Krankenhaus Hofheim



Spezialisten für Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

Unsere Behandlungsschwerpunkte in der Lungenheilkunde sind:

- Infektionen der Lunge, der Bronchien und des Rippenfells, einschließlich der Tuberkulose
- Chronisch obstruktive Bronchitis (COPD), Emphysem,
- Asthma bronchiale
- Tumorerkrankungen der Lunge und des Rippenfells, auch in Form von Metastasen anderer Organe
- Interstitielle Lungenerkrankungen, wie z.B. Lungenfibrose
- Lungenbeteiligung bei anderen Erkrankungen, zum Beispiel bei rheumatischen Erkrankungen
- Lungenembolien und andere Erkrankungen der Lungengefäße
- Allergien mit Testung und Hyposensibilisierung
- Lungenhochdruck (pulmonale Hypertonie)
- Atmungsstörungen im Schlaf (Schlafapnoe) sowie
- alle anderen chronischen Schlafstörungen

Lunge im Fokus

Die Klinik für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin unter der Leitung von Chefarzt Dr. Thomas

Müller behandelt Patienten mit Lungenerkrankungen und Patienten mit anderen Krankheiten aus dem Bereich der Inneren Medizin. Mit ihrer Funktionsabteilung, der Notfallambulanz und der Intensivstation deckt die Klinik das gesamte Spektrum der internistischen Medizin, einschließlich der Notfallversorgung auch von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen ab.

Die Klinik hat sich auf die differenzierte Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen der Atemwege und der Lunge spezialisiert. Der Einsatz aller modernen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren ermöglicht es, Erkrankungen der Atmungsorgane frühzeitig zu erkennen und erfolgreich zu behandeln. Hierzu verfügt die Abteilung über eine moderne medizintechnische Ausstattung auf hohem Niveau. In Einklang mit der hohen Qualifikation des medizinischen und pflegerischen Personals können so präzise Untersuchungsergebnisse bei geringer körperlicher Belastung des Patienten erreicht werden.

Es besteht eine enge fachliche Kooperation mit den medizinischen Fachabteilungen des Krankenhauses Bad Soden. Die Pneumologische Klinik ist Teil des interdisziplinären Tumorzentrums.

**Hohe Expertise bei Lungenerkrankungen
Diagnostik und Therapie**

Zur Diagnose von Lungenerkrankungen werden in unserem modernen **Lungenfunktionslabor** die Spirometrie, die Bodyplethysmografie, die Diffusions- und Compliancemessung sowie inhalative Provokationen und Belastungsuntersuchungen einschließlich der Spiroergometrie eingesetzt. Diese Untersuchungen sind Voraussetzung für eine zielgerichtete medikamentöse Therapie und oft zur Einschätzung von Operationsrisiken erforderlich.

In der **Endoskopieabteilung** ist durch die flexible Bronchoskopie und den endobronchialen Ultraschall (EBUS) mit hochauflösender Bildübertragungstechnik eine differenzierte Untersuchung der Atemwege und der Lunge bis in die Randbereiche möglich.

Bei Bedarf können während der Untersuchung auch Gewebeproben aus den Bronchien und der Lunge unter Durchleuchtung entnommen werden. Außerdem führt die Klinik internistische Thorakoskopien durch.

Diagnostische Punktionen von Rippenfell und Lunge, aber auch Punktionen oder Drainageanlagen zur Entlastung oder Verklebungstherapie bei Pleuraergüssen komplettieren neben der pneumologisch-allergologischen Diagnostik mit spezifischen Hauttests die pneumologische Diagnostik.

Magen- und Darmspiegelungen ebenso wie Schluckechokardiographien (TEE) und andere Punktionen werden täglich durchgeführt.

Beatmungszentrum

Für Patienten mit schwieriger Entwöhnung von invasiver Beatmung (Weaning) und für die Einleitung einer intermittierenden Selbstbeatmung verfügt die Klinik auf der Intensivstation über ein **Beatmungszentrum** mit speziellen Beatmungsplätzen.

Bei Erschöpfung der Atemmuskulatur oder bei Lungenversagen bieten wir das gesamte Spektrum der invasiven und nicht-invasiven Beatmungsmedizin, einschließlich der Einleitung einer Heimbeatmung, an.

Schlafmedizin

Im angenehmen Ambiente unseres **Interdisziplinären Zentrums für Schlafmedizin und Heimbeatmung** findet die differenzierte Diagnostik und Therapie von Atmungsstörungen im Schlaf (Schlafapnoe) und ande-



Foto: Krankenhaus Hofheim

ren Schlafstörungen, die zu einem nicht erholsamen Schlaf führen, statt.

Moderne Medizintechnik

Die Klinik für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin verfügt über eine moderne medizintechnische Ausstattung zur Abklärung aller internistischen Erkrankungen.

Zur **allgemein-internistischen Diagnostik** setzen wir folgende Untersuchungsmethoden ein:

- EKG, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG
- Langzeitblutdruckmessung
- Transthorakale und transösophageale Echokardiographie
- Duplexsonographie der Gefäße
- Abdomen- und Schilddrüsenultraschall
- Gastroskopie
- Rektoskopie und Koloskopie sowie
- alle gängigen Röntgenverfahren einschließlich Computertomographie und MRT in Kooperation mit der Radiologie des MVZ

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

In enger Kooperation mit der Neurologischen Klinik des Krankenhauses Frankfurt-Höchst (Prof. Dr. Thorsten Steiner) wird eine Stroke-Unit (Schlaganfallabteilung) betrieben, die Schlaganfallpatienten nach den neuesten Therapieansätzen behandelt.

Dialysen werden in Kooperation mit dem KfH-Nierenzentrum in Hofheim durchgeführt.

Für Lungenpatienten und insbesondere Patienten, die einer Inhalationstherapie, Sauerstofflangzeittherapie (LTOT), Heimbeatmung oder einer nächtlichen Atemhilfstherapie (nCPAP/nBilevel) bedürfen, steht die Betreuung durch das Atemtherapiezentrum am Hause zur Verfügung.

Das am Krankenhaus Hofheim stationierte Notarzteinsatzfahrzeug wird von den Ärzten der Klinik für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin rund um die Uhr besetzt.

Forschung

Die Klinik für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin beteiligt sich an nationalen und internationalen klinischen Studien zur Behandlung des Bronchialkarzinoms, der Pneumonie und der Sepsis. Zusätzlich betreibt sie Forschung auf dem Gebiet der Schlafmedizin. Ein reger Informationsaustausch mit nationalen und internationalen Kollegen zu neuen Therapieansätzen wird ebenfalls gepflegt.

Kontakt:

Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH
Krankenhaus Hofheim
Lindenstraße 10, 65719 Hofheim
www.pneumologie-hofheim.de

Chefarzt

Dr. Thomas Müller
Tel. 06192 / 98-44 010
Fax 06192 / 98-44 02
Email tmueller@kliniken-mtk.de

Leitende Oberärztin

Gaby Nissler
Email gnessler@kliniken-mtk.de

Ansprechpartner für die Heimbeatmung:

Oberärztin Dr. Sabine Dankmeier,
sdankmeier@kliniken-mtk.de

Oberarzt Jörg Blau,
Email jblau@kliniken-mtk.de

Ansprechpartner für Schlafmedizin:

Oberarzt Uwe Fremder,
Email ufremder@kliniken-mtk.de

ANZEIGE



Die mobilen Sauerstoffkonzentratoren

Zen-O™
und
Zen-O lite™

aktiv - unabhängig - mobil

- ✦ atemzuggesteuert und Dauerflow
- ✦ Akkuleistung bis zu 8 Stunden
- ✦ zuverlässig und langlebig
- ✦ hohe Sauerstoffleistung
- ✦ hergestellt in Europa
- ✦ einfache Bedienung

Neu



Ermöglicht längere Akkulaufzeit

Auto Mode



Aktiviert nach 60 Sekunden automatische Sauerstofflieferung (falls keine Atmung erkannt wird)





GCE GmbH Weyherser Weg 8 36043 Fulda 0661 8393-42 www.gcegroup.com info-med-de@gcegroup.com

IDEAL FÜR ALLERGIKER

Filtert bis zu 100 % aller Allergene und Feinpartikel aus der Luft¹



Die Wirksamkeit des Luftreinigers Intense Pure Air (PU6080) wurde in einer unabhängigen klinischen Studie geprüft und bewiesen: bis zu 100 % gefilterte Allergene für bis zu 10-mal weniger Risiko für allergische Reaktionen.²

- 
Tierhaare
- 
Gas & Rauch
- 
Pollen & Schimmel
- 
Feinstaub (PM 2,5)
- 
Reinigungsmittel



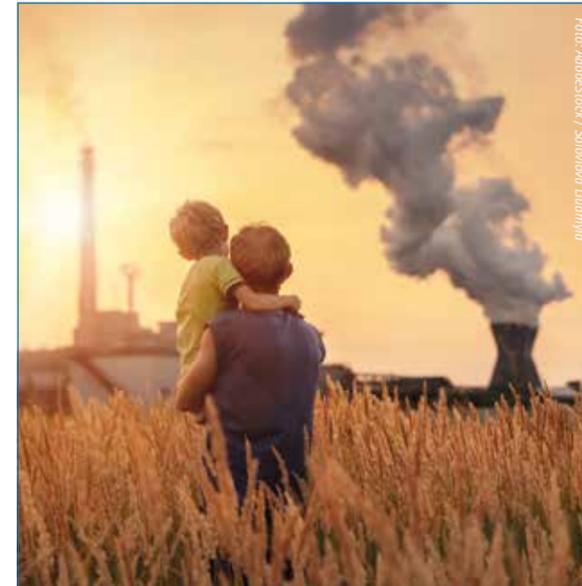
PU6080
INTENSE PURE AIR
mit App-Steuerung,
für Räume bis zu 140 m²

¹ PU6080: externer Labortest Oktober 2017
² Dies ist kein medizinisches Gerät. Klinische Studie durchgeführt mit 24 Probanden, die unter Allergien leiden, März 2018.

Mehr Informationen unter rowenta.de

Debatte um Luftschadstoffe

Kinderpneumologen weisen auf die Gefährdung durch Luftschadstoffe hin



Berlin – Der Vorstand der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP e.V.) äußert sich zu der aktuellen Debatte um die Bewertung von Luftschadstoffen:

1. Die Lungenfachärzte für Kinder und Jugendliche weisen ausdrücklich auf die in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten dokumentierten gesundheitsschädigenden Auswirkungen von Luftschadstoffen hin. Der Vorstand der GPP unterstützt die Grenzwert-Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation WHO. Diese Grenzwerte sind von internationalen Expertenteams auf Basis der weltweit verfügbaren Literatur zu den Auswirkungen von Luftschadstoffen auf die Gesundheit festgelegt worden.
2. Neben kurzfristigen und langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen von Luftschadstoffen ist die Gesundheitsfürsorge für **besonders gefährdete Gruppen** ein wichtiger Aspekt bei der Risikobewertung. Hierzu zählen u.a. **Kinder und Jugendliche, schwangere Frauen, ältere Menschen sowie Patienten aller Altersgruppen mit chronischen Lungenerkrankungen**. In der aktuellen Debatte wird die Schutzwürdigkeit dieser besonders gefährdeten Gruppen häufig nicht erwähnt. Damit wird das Prinzip der Schadensvermeidung als Kernelement ärztlicher Handlungsethik ignoriert.

3. Der Vorstand der GPP unterstützt die Position und die inhaltlichen Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der European Respiratory Society (ERS), des internationalen Forums der pneumologischen Fachgesellschaften (FIRS) und der World Health Organisation (WHO), die übereinstimmend auf die gesundheitlichen Gefahren einer erhöhten Exposition mit Luftschadstoffen hinweisen.
4. Als Wissenschaftler stehen wir in der Pflicht, unsere Erkenntnisse zu hinterfragen, unsere Ergebnisse kritisch zu diskutieren und unsere Methoden des Erkenntnisgewinns kontinuierlich zu verbessern. Wissenschaftlicher Diskurs und Selbstkritik sind Kernelemente einer freien und pluralistischen Wissenschaftskultur. Wissenschaftliche Aussagen pauschal in Frage zu stellen, ohne hierfür Belege anzuführen, ist unseriös. Wer öffentlichen Zweifel an dem gesundheitsschädlichen Potential von Luftschadstoffen sät, ohne hierfür wissenschaftliche Arbeiten zu zitieren, verletzt die Grundsätze ärztlich-wissenschaftlichen Handelns. Von dieser Form der öffentlichen Meinungsäußerung distanziert sich der Vorstand der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie ausdrücklich.

Die Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP e.V.) ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, die über 900 kinderpneumologisch tätige Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, Österreich und der Schweiz vertritt. Die GPP ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) in Deutschland.

Der zwölfköpfige Vorstand der GPP hat die obige Erklärung einstimmig verabschiedet. Für den Vorstand: Prof. Dr. med. Matthias Kopp, Lübeck (Präsident) Prof. Dr. med. Philippe Stock, Hamburg (stellvertretender Präsident) Prof. Dr. med. Antje Schuster, Düsseldorf (Past Präsidentin)

Quelle: Pressemitteilung des Vorstandes der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP e.V.)

Der Allergieinformationsdienst am Helmholtz Zentrum München

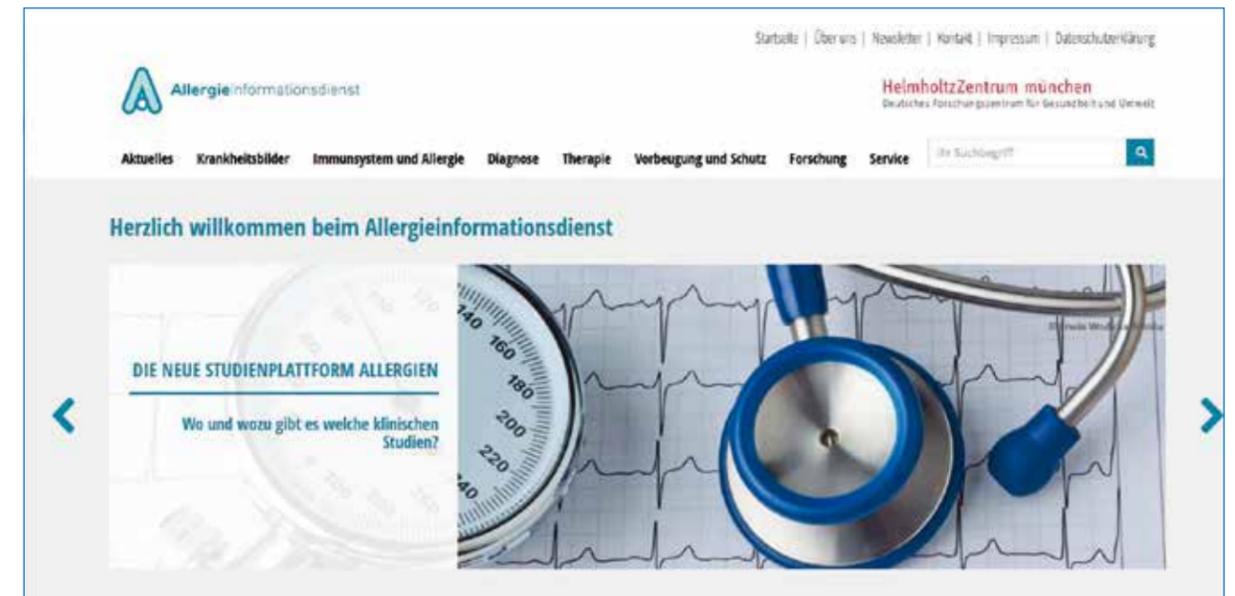
– Aktuelles Wissen für Patienten direkt aus der Forschung



Allergien werden oft zu Unrecht bagatellisiert – tatsächlich sind sie ernstzunehmende Erkrankungen, die das Leben stark beeinflussen können. Schwere Allergien z.B. gegen Lebensmittel oder ein allergisches Asthma können sogar im Einzelfall lebensbedrohlich sein. Doch auch ein allergischer Schnupfen oder eine Kontaktallergie können die Lebensqualität – wenn man von ihnen immer wieder betroffen ist – erheblich beeinträchtigen. Sie können sogar die Berufswahl und auch die Freizeitgestaltung einschränken. Lediglich zehn Prozent der Allergie-Patienten und Patientinnen in Deutschland erhalten bisher eine leitliniengerechte Therapie, sagen Expertenschät-

zungen. Einer der Gründe dafür könnte sein, dass Betroffene nicht genug über ihre Erkrankung wissen. Fundierte, wissenschaftlich geprüfte Informationen über Allergien stehen Patienten und Patientinnen bislang nur in Teilen – und oft nicht in allgemeinverständlicher Form – zur Verfügung.

Diese Lücke soll der Allergieinformationsdienst schließen. Mit dem Online-Portal www.allergieinformationsdienst.de baut das Helmholtz Zentrum München seit dem Frühjahr 2017 eine umfassende Plattform zum Thema Allergien auf. Ziel ist es, allen Betroffenen sowie der interessierten Öffentlichkeit aktuelles Wissen



Auf das Online-Portal des Allergieinformationsdienstes stellen die Redakteurinnen mehrmals wöchentlich aktuelle Nachrichten und Themenschwerpunkte zum Thema Allergien ein.

aus der Allergieforschung, ihrer Erkennung und einer wirksamen Behandlung schnell, unabhängig, fundiert und vor allem verständlich zur Verfügung zu stellen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fördert dieses Forschungsprojekt zunächst über drei Jahre. Nach dem bekannten und erfolgreichen Modell des Lungeninformationsdienstes (www.lungeninformationsdienst.de) und des Diabetesinformationsdienstes (www.diabetesinformationsdienst-muenchen.de) stellt das Helmholtz Zentrum München seinen dritten krankheitsbezogenen Informationsdienst allen Interessierten und Betroffenen zur Verfügung.

Informationen zu Prävention, Diagnose, Behandlung und Forschungsansätzen

Die Website bietet Hintergrundwissen zu den häufigen allergischen Krankheitsbildern, vom allergischen Asthma bis zur Zöliakie. Grundlage einer gezielten und bestmöglichen Behandlung ist die richtige Diagnostik. Daher widmet der Allergieinformationsdienst der Erkennung dieser Erkrankungen ein ausführliches Kapitel. Haut- und Bluttests werden darin genau erklärt, wie auch Provokationstests über Nase und Mund. Die Bedeutung des ausführlichen Arzt-Patientengesprächs wird hervorgehoben. Nur Betroffene, die wissen, auf welche Allergene sie tatsächlich reagieren, können diese im Alltag auch meiden.

Genauso wichtig ist es natürlich, die Behandlungsmöglichkeiten des jeweiligen Krankheitsbildes zu kennen. So ist z.B. ein gut kontrolliertes, d.h. richtig und konsequent behandeltes allergisches Asthma dann

kein Hindernis mehr für ein nahezu normales Leben –unbehandelt kann es jedoch im Einzelfall sogar lebensbedrohlich sein. Viele Patienten, die z.B. an einer allergischen Rhinitis leiden, können nach einer erfolgreichen „spezifischen Immuntherapie“ (Hyposensibilisierung) nahezu beschwerdefrei leben.

Ergänzt wird das Angebot des Allergieinformationsdienstes durch den Themenbereich Vorbeugung (Prävention); die neuesten Empfehlungen zum Verhalten in der Schwangerschaft finden sich dabei ebenso wie die Risikofaktoren für ein Asthma – beispielsweise Adipositas oder Schadstoffe in der Luft. Menschen mit einer chronischen Erkrankung profitieren ebenfalls von diesen Informationen. Sie können so ihre Allergene im Alltag meiden und z.B. eine medizinische Rehabilitation erhalten. Spezielle Ratschläge für die Beantragung von Reha-Aufenthalt gibt der Allergieinformationsdienst ebenfalls.

Neben den bereits vorhandenen Informationen erscheinen zwei Mal wöchentlich Neuigkeiten aus der Allergie-Forschung oder zur täglichen Behandlung. Monatlich wechselnd gibt es zusätzlich ein ausführliches Schwerpunktthema – in den vergangenen Monaten etwa zu den Kreuzallergien, der Nesselsucht (Urtikaria) und auch zu einer spezifischen Antikörpertherapie.

Wissenschaftlich geprüftes Wissen

Für alle vorhandenen Informationen gilt: Sie müssen verlässlich, unabhängig, aktuell und praxisrelevant sein. Dies gewährleistet der Allergieinformations-

ANZEIGE

FREI ATMEN. GANZ LEICHT.

Der erste mobile Sauerstoff-Konzentrator mit Smartphone-App:
Invacare® Platinum® Mobile

- ▶ Zeigt Akkulaufzeit, Pulsmenge und vieles mehr per App an
- ▶ 5 Einstellungen bis 1.000 ml/min
- ▶ Zugelassen für Flugreisen

Der Erste mit App!





Das Team Informationsdienste und Wissenstransfer am Helmholtz Zentrum München (von li. nach re.): Claudia Peter, Nadja Graßmeier, Dr. Denise Mackrodt, Verena Braun, Dr. Dietlinde Burkhardt, Birgit Brandt, Ulrike Koller (Leitung). Nicht im Bild: Franziska Draeger und Sabine Rieger.

dienst. Ein Redaktionsteam mit Erfahrung in der Bewertung und Vermittlung von gesundheitsbezogenen Themen erstellt und redigiert die Texte. Diese werden wissenschaftlich bewertet, bevor sie allgemeinverständlich formuliert und veröffentlicht werden. Die originalen Quellen zu jedem Text werden natürlich immer angegeben. Ein wissenschaftlicher Beirat aus mehr als 30 namhaften Expertinnen und Experten aus den Fachbereichen Allergologie, Allergieforschung und Behörden prüft die Inhalte des Online-Portals und berät den Allergieinformationsdienst bei den oft komplexen Fragestellungen.

Gesicherte Inhalte – natürlich werbefrei

Um zu garantieren, dass die Informationen unabhängig und neutral sind, nimmt der Allergieinformationsdienst grundsätzlich keine Werbung auf. Empfehlungen für einzelne Wirksubstanzen, Produkte oder

kommerzielle Angebote gibt der Allergieinformationsdienst nur, wenn sie seinen wissenschaftlichen Qualitätsrichtlinien entsprechen und seriös belegt sind. Ein Sponsoring findet nicht statt.

Das Portal und seine Inhalte werden systematisch überprüft und auf seine Bedeutung und den Lesernutzen bewertet. Hierfür wurde das Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung der Ludwig-Maximilians-Universität München, beauftragt.

Informationen, Videos und Angebote zum Download

Um möglichst viele Betroffene und Interessierte zu erreichen, nutzt der Allergieinformationsdienst verschiedene Kanäle und Medien. Das hauptsächliche Angebot findet sich auf der Website www.allergieinformationsdienst.de mit Texten, Bildern und Grafiken.

Erklärende Videos veranschaulichen komplexe Themen. Faktenblätter stellen das Wichtigste zu einem Krankheitsbild oder einer Diagnosemethode vor. Sie können jederzeit von der Website heruntergeladen werden. Auch Symptomtagebücher für allergischen Schnupfen und Neurodermitis stehen schon zur Verfügung. Das Angebot wird ständig erweitert. Über einen monatlichen Newsletter sowie über Facebook und Twitter werden Leserinnen und Leser aktuell informiert.

Zum Austausch für Betroffene: Patientenveranstaltungen und „Runde Tische“

Der Allergieinformationsdienst pflegt einen engen Austausch mit Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen. Hierfür wurde ein „Runder Tisch“ ins Leben gerufen, zu dem einmal jährlich Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen eingeladen werden. Einmal im Jahr veranstaltet der Allergieinformationsdienst darüber hinaus ein für die Teilnehmer kostenfreies Patientenforum mit wissenschaftlich fundierten Vorträgen und viel Raum für persönliche Fragen direkt an die Referenten.

Nachrichten aus der Forschung – Zum Beispiel: Neue Möglichkeiten in der Asthmatherapie

Das Angebot des Allergieinformationsdienstes wird regelmäßig überarbeitet und um medizinische Leitlinien und Therapie-Informationen ergänzt – wie etwa zur neuen wissenschaftlichen Leitlinie zum Asthma bronchiale. Hierzu gab es:

Neue Handlungsempfehlungen für die Asthma-Behandlung

Für die medizinische Behandlung von Astmapatienten gibt es neue evidenzbasierte Handlungsempfehlungen in der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Asthma bronchiale. Wichtige Neuerungen sind:

Bisher wurde das Asthma bronchiale je nach dem Schweregrad der Beschwerden eingeteilt; danach richtete sich die Behandlung. Mit der jetzt – in Teilen überarbeiteten – Versorgungsleitlinie zielt die Schweregradeinteilung und die Behandlung von Asthma auf eine gute Kontrolle der Erkrankung, d.h. die weitgehende Beschwerdefreiheit. Beurteilt wird nach dem Grad der Krankheitsbeschwerden und dem Risiko für eine Verschlechterung des Asthmas.

Ist das Asthma eines Patienten oder einer Patientin nicht ausreichend unter Kontrolle, sollte die Therapie nicht sofort intensiviert werden. Zuvor sollte der behandelnde Arzt überprüfen, ob der Patient eine



Rund 100 Betroffene und ihre Angehörigen, sowie Ärzte und Ernährungsberater kamen 2018 zum ersten „Patientenforum Allergie“, mit dem Thema „Ernährung und Haut im Fokus – Nahrungsmittelallergien und Neurodermitis“ in die Technische Universität München.

Schulung braucht, ob er seine Medikamente wie besprochen einnimmt, und ob etwa Allergene in seiner Umwelt reduziert werden können.

Auch die Behandlung für Kinder und Jugendliche mit Asthma wurde angepasst. Das Stufenschema umfasst jetzt sechs Therapiestufen. Leitend ist dabei der Gedanke der Sicherheit und der Vermeidung von Nebenwirkungen. Hochdosierte inhalative Glukokortoide (ICS) kommen nun erst ab der fünften Behandlungsstufe zum Einsatz.

Wenn alle anderen Optionen ausgeschöpft sind

Langwirkende Anticholinergika (LAMA) stehen als zusätzliche Option zu den inhalativen Glukokortikoiden und gegebenenfalls LABA (Langwirkende Beta-2-Sympathomimetika) zur Verfügung: Bei Erwachsenen ab Stufe 3, bei Kindern und Jugendlichen ab Stufe 4.

Monoklonale Antikörper („Biologika“) wie beispielsweise Omalizumab sind erst in der obersten Therapiestufe vorgesehen – um dann eine Langzeittherapie mit oralen Glukokortoiden (Tabletten) zu vermeiden. Zuvor sollten jedoch alle anderen medikamentösen Optionen ausgeschöpft werden.

Die neue Nationale Versorgungsleitlinie gibt den Ärzten eine gesicherte Orientierung. Im Einzelfall kann die Behandlung auch variieren, um eine bestmögliche Behandlung zu erreichen. Dabei sollen die Handlungsempfehlungen die koordinierte Notfallversorgung der Patienten sowie die Langzeittherapie verbessern. Außerdem gilt es Schulungsprogramme weiter zu etablieren, damit Patienten ihre Krankheit besser verstehen und damit auch bewältigen können.

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



ZURÜCK IN EINEN
LEBENSWERTEN ALLTAG.

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

ANZEIGE



Infostand des Allergieinformationsdienstes beim Deutschen Allergiekongress 2018 in Hannover

Quellen:

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma – Langfassung, 3. Auflage. Version 1. 2018 [online abgerufen: 2018-10-04]. DOI: 10.6101/AZQ/000400.

NVL Asthma: Was ist neu? Wichtige Änderungen im Vergleich zur 2. Auflage: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin: Nationale Versorgungsleitlinie Asthma grundlegend überarbeitet. – Patienteninformationen vom 21.09.2018

In einem monatlichen kostenlosen Newsletter verschickt der Allergieinformationsdienst neue Nachrichten aus der Forschung an alle Interessierten. Bestellung unter: www.allergieinformationsdienst.de/newsletter.html

Brücke zwischen Forschung und Patienten

Der Allergieinformationsdienst am Helmholtz Zentrum München will mit seinem Angebot einen direkten Beitrag für eine Brücke von der Forschung bis zum betroffenen Patienten leisten.

Auf lange Sicht soll er das zentrale Portal für Allergiewissen aus Forschung und Medizin werden. Mit seinem umfangreichen Angebot soll der Allergieinformationsdienst eine entscheidende Grundlage schaffen, um Gesunde und Risikogruppen vorbeugend zu unterstützen sowie einen Beitrag zur besseren Versorgung für Betroffene zu leisten.

Autorinnen:

Franziska Draeger, Ulrike Koller



Allergieinformationsdienst

Allergieinformationsdienst

E-Mail: info@allergieinformationsdienst.de

ANZEIGE



Espan-Klinik mit Haus ANNA

Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen



Gerne senden wir Ihnen auf Anfrage unsere attraktiven „Gesundheitswochen“-Angebote zu.

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

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

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

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



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

meine.WEGA – meine webbasierte Gesundheitsakte

von S. Pareigis



Im Jahre 2003, ich war gerade 37 Jahre jung, als ich die grausame Diagnose: „Diffus großzelliges anaplastisches B-Zell-Lymphom CS IV AE“ erhielt. Das bedeutete: Lymphknotenkrebs im Endstadium. Diese Herausforderung nahm ich nicht an, sondern fing an zu kämpfen, um zu überleben.

Bevor ich im Februar 2003 mit der Behandlung pünktlich begann, saß ich viele Stunden am PC. Auf diese Weise hoffte ich Antworten auf meine Fragen zu bekommen und gesicherte Tatsachen über meine Erkrankung in Erfahrung zu bringen. So richtig wusste ich noch nicht, wonach ich suchen sollte. Das änderte sich aber schlagartig nach meinem ersten Krankenhausaufenthalt. In meinem Entlassungsbrief standen alle wichtigen Daten. Jetzt „glühte“ mein PC Tag und Nacht.

Ab Tag 1 habe ich mir alle Befunde, Arztbriefe etc. in Papierform aushändigen lassen und obendrein ein Tagebuch geschrieben. Nach mehr als 15 Jahren haben sich bereits 16,5 kg an Befunden, Berichten, etc. angesammelt und ich musste mir überlegen, wie ich mir das Leben erleichtern könnte. Da aufgrund der Spätfolgen meiner Erkrankung mal wieder ein

Krankenhausaufenthalt unumgänglich war, ließ ich mir von meiner Familie einen Scanner und meine Unterlagen sowie einen USB-Stick bringen. Ich fing also im November 2010 an meine Unterlagen einzuscannen und ordnungsgemäß bzw. sinnvoll abzuspeichern. Meinen behandelnden Prof. Schmolz bat ich um seine Meinung. „Machen Sie bitte ein Projekt draus“ platzte es aus ihm heraus. Die Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft, eine ortsansässige IT-Firma und ich gründeten einen Arbeitskreis und so ist aus meiner Idee innerhalb von kurzer Zeit unser Projekt „meine.WEGA“ entstanden.

Bei dem Projekt „meine.WEGA“ richten sich Patienten ihr eigenes digitales Patientenfach ein, in dem sie die persönlichen Daten ihrer Krankheitsgeschichte, wie medizinische Befunde, Entlassungsbriefe und die erhaltenen Medikamente, aber auch weitere Unterlagen wie Impfausweis, Patientenverfügung, Blutpass oder auch Patiententagebücher und selbst gemessene Vitaldaten in verschiedenen Ordnern abspeichern können.

„meine.WEGA“ ist eine Webanwendung und damit von jedem internetfähigen Computer, Tablet oder

Smartphone erreichbar. Der Anwender kann seine Dokumente selbst digitalisieren und klassifizieren oder durch einen zertifizierten Dienstleister verarbeiten lassen und diese in seiner Patientenakte hinterlegen. Die Daten liegen gesichert auf dem Server einer unabhängigen IT-Firma. Ganz wichtig ist: Der Patient ist alleiniger Inhaber der Akte und hat die Hoheit über die Daten. Er allein entscheidet, welche Daten er seinem Arzt zugänglich machen möchte. Behandelnde Ärzte bekommen einen Code, über den sie eine Stunde lang Zugang zur Patientenakte haben. Eine Such- und Filtermöglichkeit erleichtert das Finden der Daten, die der Therapeut aktuell benötigt. Die Einhaltung der Richtlinien zum Datenschutz ist nach deutschem Standard zertifiziert und wurde von der Deutschen Krebsgesellschaft schriftlich bestätigt. Das Projekt wurde bereits in verschiedenen Kliniken und bei Selbsthilfegruppen vorgestellt.

Um die Gesundheitsakte weiterzuentwickeln, ist unsere Initiative eine Kooperation mit mehreren Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt eingegangen.

Ich gebe – aus eigener Erfahrung – allen Patienten den Tipp, ihre medizinischen Daten von Anfang an zu sammeln. Daten und Befunde im Nachhinein zu beschaffen ist oft viel zeitaufwändiger und kostspieliger.

Schwere Krankheiten werden oft über lange Zeiträume von vielen und wechselnden Ärzten und in unterschiedlichen medizinischen Einrichtungen behandelt. Eine gemeinsame Informationsbasis ist auf Grund der Vielzahl von Patienteninformationssystemen der Krankenhäuser und Fachärzte oft nicht und auch nicht schnell verfügbar.

Eine Krankenakte kann je nach Krankheitsverlauf und -geschichte mehrere Aktenordner umfassen. Das Gewicht dieser Akten sowie der Aufwand beim Finden von wichtigen Informationen zur Behandlung sind dann kaum mehr „tragbar“.

Hier setzen wir mit „meine.WEGA“ an. Wir stellen dem Patienten eine webbasierte Aktenlösung zur Verfügung. Hier können alle Dokumente, wie Befundberichte, Anamnese, Entlassungsberichte, Bilder (CT, MRT, PET, etc.) zentral abgelegt werden. Informationen zum Erkrankungsverlauf, veranlasste Therapien, Medikation und Empfehlungen zur Therapiefortführung können gesammelt und sicher zur Verfügung gestellt werden.

Jeder behandelnde Arzt, sofern dieser vom Patienten dazu berechtigt wurde, hat somit alle wichtigen Daten schnell parat. Der Arzt benötigt dazu lediglich einen PC oder ein Tablet und eine Internetverbindung.

Für mich als Patient

Der Patient kann mit seiner persönlichen „meine.WEGA“ einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung von Effizienz und Qualität der Therapiegestaltung beitragen.

Beispiele:

- Ablage von Vor- und Nachsorgepass, Impfausweis, Allergieausweis, Patientenverfügung, usw.
- Führung eines Krankheitstagebuches
- Fragen des medizinischen Personals können umfangreicher und konkreter beantwortet werden – daraus folgt eine bessere und sichere Versorgung
- Die Verabreichung von Medikamenten kann besser gesteuert werden, eine Medikamentenunverträglichkeit frühzeitig erkannt und berücksichtigt werden

Für meine Ärzte

Durch die zeitlich und inhaltlich strukturierte Ablage von Informationen zu verschiedenen Krankheitsbildern aus unterschiedlichen Fachbereichen (z.B. Hämatologie, Kardiologie, Onkologie, Gastroenterologie) ist jeder Behandler durch „meine.WEGA“ umfassend und schnell informiert.

So wird eine sofortige und komplette Verfügbarkeit gesichert, z.B. von:

- Befundberichten, Anamnese, Entlassungsberichten
- Bildern (CT, MRT, PET, etc.)
- Informationen zur Klassifizierung der Erkrankung
- veranlasste Therapien
- Erkrankungsverlauf (chronologischer Ablauf)
- Medikationen
- Empfehlungen zur Therapiefortführung
- Notfallzugriff

Wie funktioniert das?

„meine.WEGA“ ist eine Webanwendung. Damit ist sie von jedem internetfähigen Endgerät (PC oder Tablet) erreichbar. Der Anwender kann seine Dokumente selbst digitalisieren und klassifizieren oder durch einen zertifizierten Dienstleister verarbeiten lassen und diese in seiner persönlichen „meine.WEGA“ hinterlegen. Bei einem Termin in einer medizinischen Einrichtung können dem Behandler die Zugangsdaten zur Verfügung gestellt werden. Dieser hat damit einen gesicherten,

auf seine Berechtigungsrolle beschränkten Zugriff auf die abgelegten Daten. So können je nach Berechtigung auch Dokumente und behandlungsrelevante Informationen durch den Behandler zeitnah hinzugefügt werden.

Am 10.06.2017 fand im festlichen Rahmen in den Räumlichkeiten des Fraunhofer-Instituts in Halle/Saale die Preisverleihung des Mosaik Inklusionspreises Mitteldeutschland statt. Unter der Leitung von Tim Böll, Vorstandsmitglied „Mit Handicap leben e.V. (MHL)“ und unter der Schirmherrschaft des Ministerpräsidenten des Landes Sachsen-Anhalt Dr. Haseloff wurden Preisträger aus Mitteldeutschland in sechs verschiedenen Kategorien für Ihre außerordentliche Arbeit geehrt. Ganz überraschend habe ich in der Kategorie „Projekt“ einen Preis erhalten. Diese Ehrung erhielt ich für das Projekt „meine.WEGA – meine webbasierte Gesundheitsakte“. Selbstverständlich freute ich mich sehr, dass die ehrenamtliche Arbeit von uns Patienten Anerkennung findet. Mit Vergnügen konnte ich auch die Gelegenheit nutzen, um noch mit einigen Worten unser Projekt vorzustellen.

Dazu reichte ich letztes Jahr ein Abstract zur Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie ein und durfte zum Projekt „meine.WEGA“ ein Poster ausstellen und erläutern.

Um die Gesundheitsakte weiterzuentwickeln, sind wir eine Kooperation mit einem Krankenhaus in Sachsen-Anhalt eingegangen und konnten auch eine große Krankenkasse für die Zusammenarbeit gewinnen.

Ich gebe allen Patienten den Tipp, ihre krankheitsbezogenen Unterlagen von Anfang an zu sammeln, zumal man als betroffener Patient später dann nur eingeschränkt dazu in der Lage sein kann. Sie im Nachhinein zu beschaffen ist oft viel zeitaufwändiger und kostspieliger und kostet viel mehr Kraft.

Autor:

Simone Pareigis

Schkopau / OT Ermlitz

E-Mail: simone@shg-halle.de



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

Beatmung mit COPD Hybrid-Modi **NEU**

- prisma VENT 30/40/50/50-C von Löwenstein Medical *prisma VENT 50-C mit High-Flow-Modus 5-60 l/min*
- BiPAP A40 AVAPS-AE Trilogy 100/200 mit Modus AVAPS-AE und Zero-Flow von Philips Respironics

Interessante Informationen über NIV Beatmung bei COPD auf unserer Website www.oxyicare-gmbh.de: Neuheiten/Beatmung+COPD Modi

Sauerstoffversorgung

Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

- SimplyGo bis 2 l/min Dauerflow
- SimplyGo Mini ab 2,3 kg
- Inogen One G3 HF ab 2,2 kg
- Inogen One G4, 4 Cell nur 1,27 kg ab 2.498,00 €*



Inhalation + Atemtherapie

- Pureneb AEROSONIC+, **NEU** *Ideal für die Sinusitis-Therapie 415,80 €*
 Inhalation mit 100 Hz Schall-Vibration
 z.B. bei Nasennebenhöhlenentzündung
 • Erhöhte Medikamentendeposition durch vibrierende Schallwellen bei gleichzeitiger Behandlung beider Naseneingänge durch speziellen Nasenaufsatz **ohne** Gaumen-Schließ-Manöver



- Alpha 300 IPPB + PSI *IPPB Atemtherapie mit Pressure Support Inhalation (PSI)*
 Intermittent Positive Pressure Breathing
 - Prä- und postoperatives Atemtraining
 - Unterstützend mit gesteuerter Inhalation
 PSI = Pressure Support Inhalation dadurch Erhöhung der Medikamentendeposition



- **NEU** TipsHaler + OrHal Maske *OrHal Maske: 14,50 € TipsHaler komplett: 24,90 €*

Spacer inkl. patentierte Spezialmaske mit Nasensperre, dadurch **kein** Medikamentenverlust durch nasale Deposition. Speziell für Kinder von 1 bis 6 Jahren.



Nasensperre verhindert nasale Deposition

- Shop-Preis Gelomuc/Quake/RespiPro/PowerBreathe Medic/RC-CornetPlus/PersonalBest Peak Flow Meter *59,80 €**



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



Neues zur Nummer, die hilft:

Der ärztliche Bereitschaftsdienst 116 117

Bereits vor fast 2 Jahren, haben wir über die *bundes-einheitliche* und *kostenlose* Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes informiert. Jetzt gibt es, fast im Stil eines Hamburger Magazins, im Internet ein Online-Video der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). In einem 150 Sekunden langem Trickfilm wird unterhaltsam die Funktion des ärztlichen Bereitschaftsdienstes dargestellt. Erklärt wird, wann und wie man sich als betroffener Patient an diesen wenden kann. Aus der Perspektive eines hilfsbedürftigen Patienten, über die diensthabende Bereitschaftsärztin und bis zum Notarzt, wird die Anwendung und der Nutzen der 116 117 dargestellt. Sowohl unter dieser bundesweit einheitlichen Telefonnummer, als auch über die Webseite www.116117.de kann jeder krankenver-



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

sicherte Patient den ärztlichen Bereitschaftsdienst erreichen. Er versorgt *Erkrankungen*, außerhalb der ärztlichen Sprechzeiten, mit denen Patienten sonst in die *normale ärztliche Sprechstunde* ihres Haus- oder Facharztes gingen. Dies ist der wesentliche Unterschied zu der **Notrufnummer 112**. Hier fordert man den Rettungsdienst an, der innerhalb kürzester Zeit bei einem Patienten mit einem Notfall eintrifft. Dieser ist nur für akut lebensbedrohliche Erkrankungen anzurufen. Das Erklär-Video zum ärztlichen Bereitschaftsdienst ist unter www.kbv.de/html/37369.php abrufbar.

ANZEIGE

116117

DIE NUMMER, DIE HILFT!
BUNDESWEIT.

Der ärztliche
Bereitschaftsdienst
der Kassenärztlichen
Vereinigungen

Mit uns durchatmen –
dann wieder durchstarten!

Deutsche
Rentenversicherung
Reha-Zentrum
Utersum auf Föhr

Unser Reha-Zentrum Utersum ist eine Fachklinik für Krankheiten des Atmungssystems und liegt auf der Nordseeinsel Föhr, direkt am Nationalpark Schleswig-Holsteinisches Wattenmeer.

Junge Asthmatikerinnen und Asthmatiker aufgepasst!
Künftig bieten wir spezielle Gruppen für 18- bis 27-Jährige an.

Informieren Sie sich unter: www.reha-klinik-utersum.de

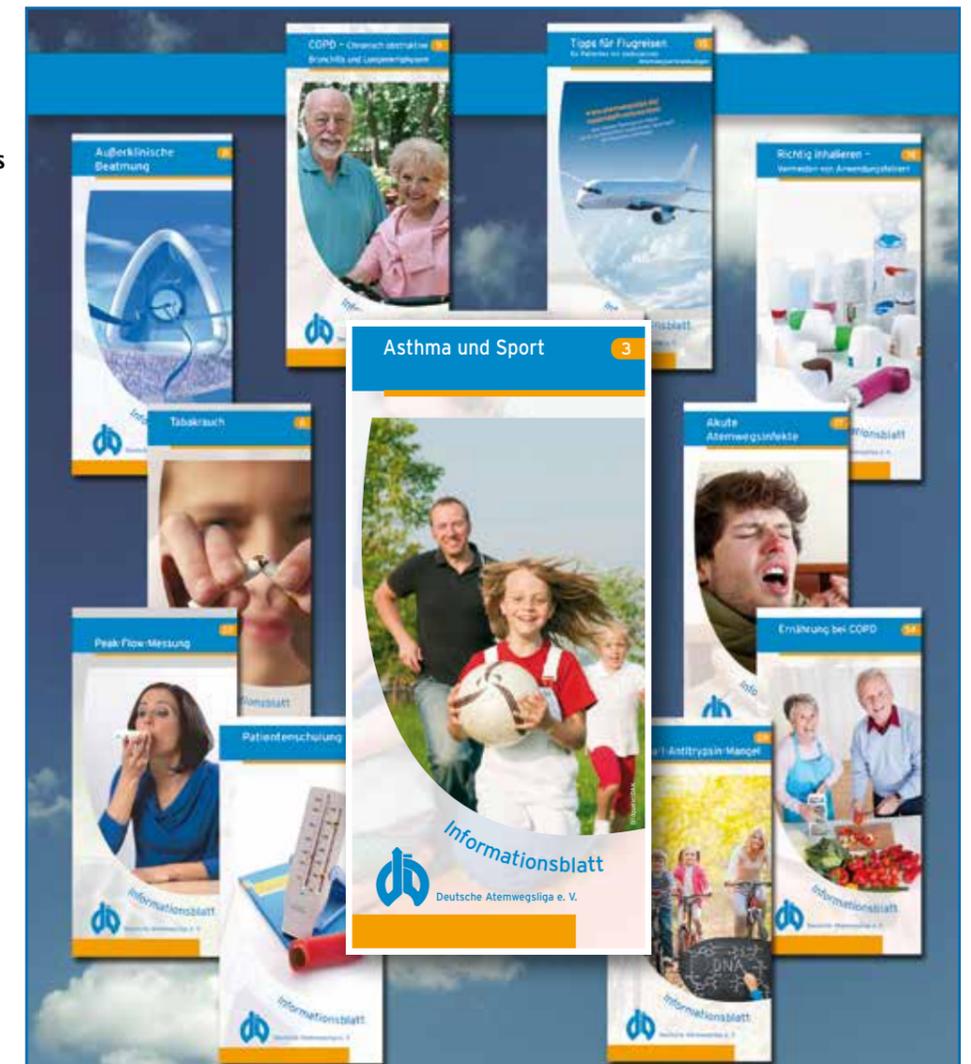
Unsere weiteren Reha-Zentren für Atemwegserkrankungen sind:

- Borkum – Klinik Borkum Riff
- Schömberg – Klinik Schwarzwald
- Todtmoos – Klinik Wehrawald

Mehr zu unseren Reha-Zentren finden Sie unter:
www.driv-bund.de/reha-zentren

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

Asthma und Sport lautet der Titel des Informationsblattes 3 der Deutschen Atemwegsliga e.V. Es gibt Empfehlungen – besonders für den Sportunterricht – von Kindern mit Asthma bronchiale, für deren normale Entwicklung Sport unverzichtbar ist.



In der 2017 erschienenen neuen Leitlinie zum Asthma bronchiale, wird als Ziel der medikamentösen Therapie, das Erreichen einer guten Asthmakontrolle, d.h. eine weitestgehende Freiheit von Krankheitsbeschwerden, definiert. In den beschwerdefreien Phasen, können und sollen – wie auch alle anderen Menschen ohne Asthma – betroffene Kinder (und Erwachsene) mit Asthma ebenfalls Sport treiben. Dies erläutert das Informationsblatt 3 zu „Asthma und Sport“ der Deutschen Atemwegsliga e.V.

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

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

Selbstbestimmt mobil trotz Handicap

Moderne Fortbewegungsmittel

von F.-J. Kölzer



Ganz neu sind elektrisch betriebene Bikes, faltbare und nicht faltbare Scooter (Roller) und anderes Gerät ja nicht wirklich. Anders als bei den E-Bikes fristeten die faltbaren E-Scooter bisher eher das Dasein von „Spielzeug für Spinner“ und als Randgruppen-Artikel in Technikatalogen. Manchmal findet man sie auch als Sonderposten in großen Fahrradketten oder Technikmärkten.

Dass viele der genannten Produkte tatsächlich nicht ausschließlich einen Spaßfaktor haben, sondern sich auch als hilfreicher und zukunftsweisender Teil des Individualverkehrs entpuppen, ja sich gar als „unauffällige“ Mobilitätshilfe einsetzen lassen, das erfährt man nur in spezialisierten Shops.

Mein Weg zur selbstbestimmten Mobilität auf zwei Rädern

Wer von uns schwer „schnaufenden“ Patienten mit Atemwegserkrankungen möchte sich nicht den Duft von „Freiheit und Abenteuer“ um die Nase wehen

lassen? Das darf nicht alleine dem „Marlboro-Mann“ vorbehalten bleiben, nein, das muss auch für Menschen mit eingeschränkter Gehfähigkeit gelten. Auch sie möchten nach draußen in die Natur, möchten erkunden, etwas erleben.

Auch bei mir verstärkt sich seit Jahren dieser Verlust der Gehfähigkeit und es wird immer mühsamer, längere Strecken zu gehen, weil es einfach nicht richtig vorwärts geht und damit das Erschließen der Umwelt keinen Genuss mehr darstellt. Die mobile Freiheit geht so verloren. Keine Erkundung mehr, ohne dass ich mit dem Auto zum Ziel fahren muss, um dann in freier Natur z.B. den Duft des Waldes genießen zu können.

Das zehrte bei mir am Selbstbewusstsein und entzog mir mehr und mehr die ach so geliebte, selbstbestimmte Freiheit. blieb die Frage: Was tun, um das zu ändern? Pedelec oder E-Bike wären sicherlich Möglichkeiten der mobilitätsunterstützenden Fortbewegung. Kraftunterstützung durch einen E-Motor beim Pedelec, oder die rein elektrische Fahrt mit dem E-Bike. Beide Möglichkeiten habe ich, auch auf Grund ihrer Sperrigkeit und Größe von meiner Auswahlliste gestrichen, da hier für jeden Transport mit dem Auto eine Haltevorrichtung montiert werden müsste, was einen zusätzlichen Aufwand bedeutet hätte.

Gesucht-gefunden

Nachdem ich in verschiedenen Medien nach „Mobilitätshilfen“ gesucht hatte, bin ich immer wieder auf den E-Rollstuhl getroffen. Nicht, dass ich die Nutzung eines E-Rollstuhles grundsätzlich ablehne, doch so lange noch was anderes geht, war mir klar, dass ich auf der Suche nach Alternativen schließlich auf den E-Rolli komme.

Das bedeutete: stöbern, schlau machen, Budget prüfen, Auswahl treffen und natürlich testen, testen, testen.....

Nach langer Suche habe ich letztendlich in einem spezialisierten Shop im Internet meine Mobilitätshilfe gefunden. Allerdings wollte ich selbst sehen und testen, also „erfahren“, ob meine Wahl auch die Pas-

sende für mich war, eine, die zu mir passt und mit der ich im Alltag zurecht komme.

So führte mich der Weg zu Lars Thüner, der westlich von Köln einen Laden betreibt und der sich mit diesem auf die personale Elektromobilität spezialisiert hat. Er ist jemand, der sich in diesem Segment bestens auskennt. Er schilderte mir die mangelhaften Rahmenbedingungen für eine personale Elektromobilität in Deutschland. „Nach meiner Erfahrung...“, so Thüner, „... ist Deutschland das Land in Europa, in dem sich die Politik, bei der Zulassung von kleinen Elektrofahrzeugen im öffentlichen Raum besonders querstellt.“ Als Beispiel berichtet er von Kunden, die am liebsten mit einem modernen, handlichen und faltbaren E-Scooter (Roller) oder E-Einrädern als Pendler in der Stadt die „letzte Meile“ vom Auto bis zum Arbeitsplatz zurücklegen würden, weil sie mit ihrem Diesel PKW da nicht mehr rein dürfen. „...Aber das dürfen sie offiziell nicht, weil es keine Fahrzeuge sind. Und für den Gehweg sind sie zu schnell.....“

Offenbar aber es tut sich jedoch seit einiger Zeit etwas in Sachen „Elektrische Fortbewegungsmittel“. Die Bundesregierung prüft zumindest seit einem Auftrag des Bundesrates aus dem Jahr 2016 (Drucksache 332/16) die gesetzliche Umsetzung (siehe nachfolgender Kasten).

Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an die Bundesregierung – Drucksache 18/12897 zum Thema „Elektrische Fortbewegungsmittel für den Nahbereich“

Dazu Auszüge aus dem Sachstandsbericht des wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages vom 08. Juni 2018 auf Seite 3 und 4:

Die o. g. Kleine Anfrage deutet an, dass sich der Begriff „Elektrokleinstfahrzeuge“ auf ein breites Typenspektrum kleiner elektrisch betriebener Fahrzeuge auf Rädern bzw. Rollen erstreckt, die hierzulande bisher vor allem in der Freizeit genutzt werden. Eine offiziell verbindliche Definition dieses Begriffs konnte im Rahmen der Recherchen nicht ermittelt werden, was u. a. auf die fehlenden Rechtsgrundlagen für eine allgemeine Teilnahme von Elektrokleinstfahrzeugen am öffentlichen Straßenverkehr (siehe oben) zurückzuführen sein dürfte.

Allerdings betont die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine schriftliche Frage der Bundes-

tagsabgeordneten Daniela Klunckert (FDP), dass eine Verordnung über die Teilnahme von Elektrokleinstfahrzeugen am öffentlichen Straßenverkehr in Vorbereitung sei. Wörtlich führt sie hierzu aus:

„Das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) hat die Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) mit einem Untersuchungsbericht zu Elektrokleinstfahrzeugen (insbesondere E-Scooter) beauftragt, auf dessen Grundlage derzeit die technischen und verhaltensrechtlichen Voraussetzungen erarbeitet werden, unter denen Elektrokleinstfahrzeuge zukünftig verkehrssicher im öffentlichen Verkehr bewegt werden dürfen. Eine Verordnung über die Teilnahme von Elektrokleinstfahrzeugen am öffentlichen Straßenverkehr soll zulassungs-, fahrerlaubnis-, genehmigungs- und verhaltensrechtliche Aspekte beinhalten und ist in Vorbereitung.“

Mehr zum Thema: <https://www.bundestag.de/service/suche?suchbegriff=Elektrokleinstfahrzeuge>

Die gesetzliche Regelung ist jedoch meiner Meinung nach längst überfällig. Und weil die „politischen Mühlen“ langsam mahlen, wird also noch einige Zeit vergehen, bis dann auch mobilitätseingeschränkte Menschen sich aus einem breiteren Angebot im öffentlichen Verkehrsraum legal nutzbarer Elektromobile „ihren Favoriten“ aussuchen und so endlich ihre mobile Freiheit zurückgewinnen können.

Zur Zeit bleibt vielen Betroffenen aber nichts Anderes übrig, als sich nach den Mobilitätshilfen umzuschauen, die nach der seit 2009 geltenden MobHV (Mobilitätshilfenverordnung) mit maximal 20 Stundenkilometern im öffentlichen Raum zugelassen werden können. Hier bedarf es in Deutschland immer noch einer Einzelabnahme, die, monopolistisch geregelt, durch den TÜV – in den alten Bundesländern oder die DEKRA, in den „neuen“ Bundesländern erfolgen muss. Nur auf diesem Weg wird derzeit eine Betriebserlaubnis von den KFZ-Zulassungsstellen erteilt „Mofa-Kennzeichen und Mofa-Führerschein sind dabei erforderlich.“

Das gilt so u. a. für die sogenannten Personaltransporter der „Segway-Klasse“, die sich hervorragend auch für Menschen eignen, denen auf Grund z. B. ihrer Lungenerkrankung das Gehen längerer Strecken und auch die Überwindung leichter Anstiege nicht mehr möglich sind. Diese Personaltransporter stellen für Menschen mit ausreichender Steh- und Koordina-

tionsfähigkeit eine echte Alternative zum E-Rollstuhl dar.

Am Ende einer ausführlichen und bedarfsorientierten Beratung stand es also fest: Ich werde mich für mich einen einachsigen, zweirädrigen Personal-Transporter der sogenannten Segway-Klasse entscheiden.

Wichtig zu wissen:

Personaltransporter verfügen in der Regel über eine selbstbalancierende Technik und lassen sich durch Verlagerung des Körpergewichtes bewegen und auch abbremsen. Gelenkt wird mit einer Lenkstange, die seitlich nach links oder rechts gekippt werden kann. Vor einer Benutzung des Gefährtes im öffentlichen Raum sollte sich jeder Fahrer darüber im Klaren sein, dass die Benutzung, wie bei anderen Zweirädern auch, immer mit einem gewissen Sturzrisiko verbunden ist. Daher sollte das Kennenlernen der Eigenheiten und die sichere Beherrschung auf unterschiedlichen Straßenbelägen ausgiebig geübt werden.

Für die Zulassung als Mobilitätshilfe im öffentlichen Raum braucht man natürlich eine allgemeine Verkehrszulassung, inklusive Moped-Versicherung und Kennzeichen.

Von Stadterkundungen, Pfälzer Genusswochenenden, Weinbergwanderungen und Reha-Freizeiten

Auch beim „kleinen Segway“ ist die Technik des „großen Bruders“ eingebaut. Es ist ein selbst balancierender Personentransporter. Mit ihm sind das Fahren mit geringen Geschwindigkeiten, aber auch das Stehen und Wenden auf der Stelle möglich. Die Steigfähigkeit meiner Ausführung liegt bei 15%, so dass auch einige Weinbergexkursionen wieder möglich werden, wie sie jährlich in meiner Heimatregion „Oberes Mittelrheintal“, stattfinden und bei der ich im vergangenen Jahr zum ersten mal wieder dabei war. Also mittendrin im Leben!

Diese Mobilitätshilfe gibt mir nun seit einem halben Jahr so viel „Freiheit“, dass ich mich auch Wandergruppen anschließen kann, um die Natur genießen zu können. Sie eröffnet mir die Möglichkeit der ziemlich uneingeschränkten Teilnahme an Stadtführungen, Besichtigungen etc. Und noch etwas: Das erhöhte Stehen auf dem „kleinen Segway“ bietet dabei zusätzlich immer einen guten Überblick.



Foto: F.-J. Kölzer

Das war auch so, als ich Anfang September 2018 als Teilnehmer einer politischen Bildungsreise mit einer Gruppe in Berlin war. Recht entspannt und ohne große Belastungsattemnot habe ich mit der Reisegruppe einige Kilometer in Berlin-Mitte, dem Regierungsviertel und am Wannsee zurücklegen können.

An der Besichtigung des Reichstages inklusive der Kuppel und des Plenarsaales durfte ich, nach einigen Diskussionen mit dem Sicherheitspersonal („... es sind nur Rollstuhl und E-Rolli erlaubt...“) und in Begleitung von zwei Bundespolizisten, mit meiner Mobilitätshilfe teilnehmen. Das war wohl ein Novum, denn... „einen solchen Fall hatten wir noch nicht...“ sagte einer der Polizisten. Gut so, dachte ich und wünschte mir in diesem Moment, dass ich im Reichstagsgebäude Politiker treffen würde, die über die Zulassung kleiner Elektromobile entscheiden können. Das wäre sicherlich spannend geworden. Leider waren alle Abgeordneten noch in der Sommerpause.

Mobilitätsworkshop beim Lungentag der DPLA e.V. in Potsdam

Da ich nun schon mal in Berlin war, war es mir eine Freude, der Einladung der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA zu folgen und bei ihrer 1. Lungentagung Potsdam am 8. September 2018 einen Workshop zum Thema „Mobilität bei Atemwe-

gserkrankungen und mit Langzeit-Sauerstofftherapie“ zu leiten. Ferner war es mir möglich, an meinem Infostand der Deutschen Sauerstoff- und Beatmungs-Liga LOT e. V. mit anderen Betroffenen ins Gespräch zu kommen und ihnen selbst zu demonstrieren, wie Mobilität trotz eingeschränkter Gehfähigkeit noch möglich ist. Mein Beispiel mit dem kleinen Segway war dort auch ein „großes“ Thema

Die Idee zu diesem Bericht kam mir während einer Reha in der Schön-Klinik in Schönau am Königsee. Dort nutzte ich die therapiefreie Zeit zu Ausflügen in die Umgebung, ja sogar bis hoch zum höchsten Startpunkt der Bob- und Rodelanlage am Königsee, sowie zum Verfassen dieses Beitrages über meine neue Welt der Mobilität.

Arbeiten wir dafür, dass es irgendwann dazu kommt, dass der Zugang zu allen modernen Mobilitätshilfen, auch für Menschen mit einer reduzierten Gehfähigkeit selbstverständlich wird und dass diese auch im öffentlichen Raum genutzt werden dürfen.

Blieben zum Schluss zwei wichtige Fragen:

1. Soll die Mobilitätshilfe das Gehen ersetzen?

Auf keinen Fall! Es ist eine Hilfe, kein Ersatz! Schließlich braucht es jeden Tag mehrere Belastungsphasen, damit Bein-, Arm- und besonders die Atemmuskeln trainiert werden und sich nicht gänzlich zurückbilden und möglichst leistungsfähig bleiben und so eine Grundfunktionsfähigkeit erhalten bleibt. Gehe ich gemeinsam mit meiner Ehefrau längere Strecken, wird auch mal getauscht: Dann fährt Sie und ich gehe zu Fuß.

2. Wie sicher ist der "kleine Segway"?

Nun, von einem sportlichen Einsatz ist dringend

abzuraten. Ebenso davon, die Grenzen der Physik auszuloten. Das Fahren über Bordsteine, die höher als 2-3 Zentimeter sind, ist nicht zu empfehlen. Außerdem sollte man (gerade am Anfang) nie ohne Sturzschutz unterwegs sein. Ein Helm ist in jedem Fall aufzusetzen, auch wenn es dafür (noch?) keine Pflicht gibt.

Fazit: Wer bedacht und zurückhaltend im Umgang mit seinem "Kleinen" ist, hat einen großen Mobilitätsgewinn, allerdings immer verbunden mit einem Restrisiko. Das ist beim Fahrradfahren aber nicht anders.

3. Die Kosten der Anschaffung

Die Preise für den "kleinen Segway" liegen derzeit etwa zwischen 1.700,- Euro bis 2.900,- Euro. Meine Empfehlung: Der Kauf sollte auf jeden Fall bei einem autorisierten Händler erfolgen.

Allerdings:

An eine Bezuschussung dieser modernen einachsigen Zweiräder (als Hilfsmittel zur Unterstützung der Mobilität) durch die Krankenkassen ist in naher Zukunft nicht zu denken. „Ein Witz“..., so Lars Thüner, „...hier muss ein Umdenken stattfinden!“ Fangen wir damit an!

Autor:

Franz-Josel Kölzer
Ehrevorsitzender der
Deutschen Sauerstoff- und
Beatmungsliga LOT e.V.



Nachbemerkung:

Ansteckende Freude über die wiedergewonnene Mobilität und nicht zu brechender Optimismus sprechen aus diesem Artikel von Franz-Josef Kölzer. Noch in der Druckvorbereitung seines Beitrages hat uns jetzt die traurige Nachricht von seinem völlig unerwartetem Tod erreicht. Wir sind tief betroffen. Franz-Josef Kölzer wird uns ein kämpferisches Vorbild bleiben. Danke dafür!

Michael Köhler, Vorsitzender der DPLA

Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT) und Informationen zur stationären Rehabilitation

– das 1. Treffen 2019 der COPD Gruppe in Rüsselsheim

von J. Frischmann



Am 26. Januar 2019 kamen 59 Besucher aus dem Rhein-Main-Gebiet, darunter auch Mitglieder des Ortsverbandes Wiesbaden der Deutschen Patienten-Liga Atemwegserkrankungen, zum Treffen der COPD Gruppe Rüsselsheim ins GPR Klinikum (Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim) der „Opelstadt“. Frau Michaela Frisch, Vorstandsmitglied der AG Lungensport und von der Lungenfachklinik St. Blasien GmbH im Schwarzwald informierte in zwei interessanten Vorträgen über folgende Themen:

1. Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT) – notwendig und nachgewiesenermaßen hilfreich.

Für Patienten mit schwerer COPD ist bereits seit mehr als dreißig Jahren eine eindrucksvolle Lebenszeitverlängerung durch eine Langzeit-Sauerstofftherapie nachgewiesen. Bei anderen Patienten mit respiratorischer Insuffizienz, einer krankheitsbedingten Schwächung der Lunge, die mit der Unfähigkeit einhergeht, ausreichend Sauerstoff ins Blut „zu bringen“, ist das nicht so eindeutig. Vielfach führt die Behandlung aber zu einer Besserung der körperlichen Belastbarkeit und der Lebensqualität. Sie ist deshalb sinnvoll und empfehlenswert.

Die oft wieder erreichbare Mobilität des Betroffenen spielt eine erhebliche Rolle bei der Verordnung des

Sauerstoffsystems. Wenn Patienten überhaupt nicht mehr aus dem Haus gehen (wollen), ist die Versorgung mit einem stationären Konzentrator ausreichend. Bei Patienten aber, die mobiler werden oder bleiben wollen, kommen, je nach dem Anteil der außer Haus zu verbringenden Zeit, unterschiedliche tragbare Sauerstoffsysteme zum Einsatz. In den letzten Jahren bewähren sich hier zunehmend, neben den tragbaren Flüssigsauerstoffsystemen, auch die mobilen Konzentratoren, die durch weiteren technischen Fortschritt immer leichter werden.

Was ist eine Demand-Fähigkeit und wann sollte diese festgestellt werden?

Unter Demand-Fähigkeit versteht man die Fähigkeit eines Patienten mit seinem Atemzug ein sogenanntes Demand-Ventil so zu „betätigen“ (zu triggern), dass beim Einatmen individuell jeweils ein Sauerstoffstoß ausgelöst und eingeatmet wird. Dies muss bei jedem Patienten und für jedes Demand-System getrennt getestet werden.

Letztendlich entscheidet der Kostenträger (die Krankenkasse), welches Sauerstoffgerät der Patient erhält. Häufig, aber leider nicht immer folgen die Krankenkassen dabei dem Vorschlag des verordnenden Pneumologen, der vorher die verschiedenen möglichen Geräte



mit dem Patienten ausführlich, z.B. auf Praktikabilität und Akzeptanz, getestet hat.

Was sollten LTOT-Patienten über die Dauer einer zusätzlichen Sauerstofftherapie wissen?

Große wissenschaftliche LTOT-Studien haben gezeigt, dass die Wirksamkeit umso besser ist, je länger die Sauerstoffinhalation täglich angewandt wird. Optimal wären 24 Stunden über den Tag. Die mindeste Anwendungsdauer sind 16 Stunden pro Tag.

Notwendige Hilfsmittel bei einer Sauerstoff-Langzeit-Therapie (LTOT)

Die Einweisung in Gebrauch und Anwendung ist die Aufgabe der versorgenden Firma. Das betrifft auch die Belieferung von Zubehör und notwendigem Verbrauchsmaterial. Manchmal ist hierfür ein spezielles Rezept erforderlich, dass wiederum durch den Pneumologen auszustellen ist.

Tipps für Patienten bei der Verordnung einer LTOT

Rufen Sie bei Problemen technischer Art den Sauerstoffversorger unverzüglich (!) an, dieser ist für die korrekte Funktion zuständig. Falls sie Probleme bei der Handhabung oder beim Einsatz ihres Gerätes haben, können Sie sich gerne auch an die verordnende pneumologische Praxis wenden. Hier gibt es speziell geschulte Mitarbeiterinnen (z.B. O₂-Assistenten). Achten Sie sehr auf Sauberkeit und Hygiene, wechseln Sie die Schläuche und Befeuchtungssysteme regelmäßig. Probleme gibt es allerdings immer wieder bei der Verordnung von Befeuchter-Wasser. Wenn Sie ein tragbares Gerät haben, nutzen Sie dieses auch regelmäßig und bleiben Sie so aktiv wie nur irgend möglich. Sie können sich dadurch im Alltag besser belasten, bleiben länger fit und wirken so einer weiteren Einschränkung Ihrer Mobilität aktiv entgegen.

2. Stationäre Rehabilitation (Reha)

Die Rehabilitation im stationären Bereich wird dadurch definiert, dass neben den klassischen Therapiesäulen „Atemphysiotherapie – körperliches Training – Pati-

entschulung“ auch die psychologische Betreuung, Ernährungsberatung, Inhalationen wie z.B. mit Sole, Tabakentwöhnung (!), Sozial- und Berufsberatung, Hilfsmittelberatung und hilfreiche Wasseranwendungen angeboten werden. Drei Möglichkeiten der Rehabilitation bestehen – Reha vor Rente – Reha vor Pflege und – die sogenannte Anschlussheilbehandlung – nach einem Krankenhausaufenthalt.

Wichtig für die erfolgreiche Antragstellung zu einer Rehabilitation

Begründen Sie Ihre Rehabilitationsbedürftigkeit klar. Benennen Sie Ihre Mobilitätseinschränkungen und die Beeinträchtigungen im Alltag. Machen Sie Ihre Hauptbeschwerden und Beeinträchtigungen bei der täglichen Teilhabe am gesellschaftlichen und sozialen Leben deutlich. Rehabilitationsfähigkeit muss aufgezeigt werden und die Teilnahme an allen Anwendungen möglich sein. Damit haben Sie eine positive Rehabilitationsprognose. Formulieren Sie Ihr realistisches Rehaziel und lassen Sie sich dies von Ihrem behandelnden Arzt bestätigen.

Für die Teilnehmer war es wieder eine interessante und informative Veranstaltung.

Die COPD Gruppe Rüsselsheim bedankte sich herzlich bei Frau Michaela Frisch, beim gastgebenden GPR Klinikum Rüsselsheim für die technische Unterstützung und allen Helfern, die diesen Nachmittag ermöglicht hatten und natürlich bei den Besuchern und Fragestellern.

Autor:

Jürgen Frischmann
stellv. Vorsitzender der DPLA





Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

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

Bundesland, Ort	Ansprechpartner	Telefonnummer	Bundesland, Ort	Ansprechpartner	Telefonnummer
Baden-Württemberg Fellbach, Waiblingen, Backnang	Dieter Kruse	0711 / 510 92 94	Nordrhein-Westfalen Dortmund Duisburg Essen Gelsenkirchen	Cornelia Schulz Geschäftsstelle DPLA Geschäftsstelle DPLA Werner Broska	0231 / 126 376 06133 / 35 43 06133 / 35 43 0177 / 767 69 85
Bayern Weiden, Neustadt, Vohenstrauß	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43	Hagen Lüdenscheid	Geschäftsstelle DPLA Marlene Dudanski Wilhelm Knitter	0209 / 913 28-10 06133 / 35 43 02351 / 27 567 02353 / 43 93
Brandenburg Potsdam	Gudrun Krüger Wolfgang Weber	0331 / 2708809 033205 / 25699	Moers-Niederrhein Rheda-Wiedenbrück Wuppertal	Petra Arndt Heinz-Jürgen Belger Geschäftsstelle DPLA	02841 / 41 484 05242 / 56 786 06133 / 35 43
Hessen Frankfurt am Main	Ulrich Schulte Dieter Kraus Ursula Schösser	069 / 2002 13 04 06007 / 939 77 30 06102 / 53 416	Rheinland-Pfalz Alzey Bernkastel-Wittlich Bitburg Daun (Vulkaneifel)	Geschäftsstelle DPLA Inge Follmann Geschäftsstelle DPLA Inge Follmann Renate Maisch	06133 / 35 43 06573 / 574 06133 / 35 43 06573 / 574 06572 / 23 99
Marburg	Friedhelm Stadtmüller Margit Nahgang	06422 / 44 51 06424 / 45 73	Wiesbaden	Lothar Wern	06122 / 15 254
Niedersachsen Region Hannover - Hannover - Wunstorf - Wedemark	Michael Wilken	05130 / 583 85 77	Saarland Homburg / Saar	Uwe Sersch	06873 / 669 284

ANZEIGE

SP Medienservice Verlag, Druck & Werbung

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

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

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

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

Befreundete Selbsthilfegruppen

Baden-Württemberg Selbsthilfegruppe Asthma, Rielasingen und Konstanz Kontakt: Marlene Isele Tel.: 07731 / 24253 E-Mail: marlene.isele@web.de http://www.shg-asthma.de/	Bayern SHG Asthma- und COPD-Kranke Würzburg Kontakt: Brigitte Ritz-Darkow Tel.: 0931 / 4 6772927 E-Mail: brdger@web.de http://www.asthma-copd-wuerzburg.selbsthilfe-wue.de
SHG COPD&Lunge Region Bayern - Hof Kontakt: Herr Gerhard Frank Tel.: 09281 / 86653	SHG COPD&Lunge Region Bayern - Selb Kontakt: Christa Jäkel Tel.: 09287 / 67800 Mobil: 0152 / 217 86 886
SHG COPD&Lunge Region Bayern - München-Oberbayern Kontakt: Mary-Lou Schönwälder Tel.: 089 / 6095153	SHG COPD&Lunge Region Bayern - Regem Kontakt: Maria Tschöpp Tel.: 09921 / 2774
Hessen ANAH Allergie-, Neurodermitis- und Asthmahilfe Hessen e.V. Kontakt: Erika Seitz Tel.: 0561 / 8709094 E-Mail: anah.hessen@web.de http://www.anah-hessen.de/	Selbsthilfegruppe Asthma & Allergie Kronberg im Taunus e.V. Tel.: 06173 / 63865 E-Mail: info@asthma-und-allergie.de http://www.asthma-und-allergie.de
COPD Gruppe Rüsselsheim Tel.: 06142 / 61842 E-Mail: hartmut.thienger@t-online.de http://www.juergen-frischmann.de/ruesselsheim.html	

Nordrhein-Westfalen Selbsthilfegruppe COPD-Atemwegserkrankungen Plettenberg Kontakt: Horst Beyer Tel.: 02391 / 9179409 E-Mail: copd-gruppe-plettenberg@t-online.de http://www.copd-plettenberg.info/	SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-City Kontakt: Doris Krecké Tel.: 0241 / 572438
SHG COPD & Lunge Städte Region Aachen - Lungenkrebs Kontakt: Anja Schüller Tel.: 0241 / 4748810	SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Simmerath Kontakt: Maria-Luise Zorn Tel.: 02408 / 1460099
SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Würselen Kontakt: Heidi Witt Tel.: 02405 / 475255	SHG COPD&Lunge Städte Angehörigengruppe Region Aachen-Würselen Kontakt: Heidi Witt Tel.: 02405 / 475255
COPD-Selbsthilfegruppe-Hagen für Nicht Sauerstoffpatienten Kontakt: Rolf Neuschulz Tel. 02331 / 4731038 E-Mail: rolf.neuschulz@t-online.de http://www.copd-selbsthilfegruppe-hagen.de	Selbsthilfegruppe atemlos Köln Kontakt: Michael Stolzenburg Telefon: 0221 / 35 62 206 E-Mail: selbsthilfe-atemlos@email.de www.selbsthilfe-atemlos.de
Rheinland-Pfalz Lungensportclub der Selbsthilfegruppe „DPLA Montabaur/Westerwald“ Kontakt: geimon@t-online.de	Sachsen Dresdner COPD SHG Atemwegserkrankungen Kontakt: Wolfgang Unterrainer Tel. 0351 / 3108540

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tel.: 06133 / 35 43 -

persönlich Mo. bis Do. von 8.30 bis 13.30 Uhr

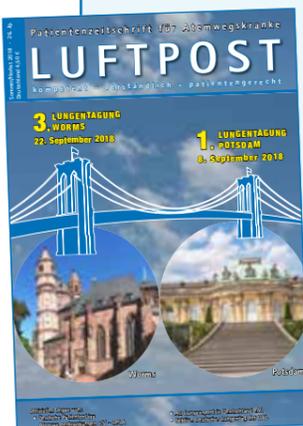
Fax: 06133 / 573 83 27

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

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

FÜR MITGLIEDER

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



Per Fax 06133 / 57 383 27 oder per Post

MITGLIEDSANTRAG



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

Telefon: 06133 / 35 43
Fax: 06133 / 57 383 27

E-Mail: info@pat-liga.de
www.pat-liga.de

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die:

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

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

eigene Erkrankung: Asthma COPD Emphysem andere (Lungen-)Erkrankung: _____

Gewünschter Ortsverband: _____

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

Gewünschte Zahlungsweise:

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

Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag in Höhe von € _____ wird hiermit erteilt. Ein Rückruf kann jederzeit erfolgen.

Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Datum, Unterschrift (für Einzugsermächtigung): _____

Datenschutzhinweis

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung die abgefragten Daten der Mitglieder in automatisierten vereinsinternen Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und vereinsinternen Nutzung der personenbezogenen Daten durch die DPLA zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass eine Aufnahme in die DPLA ohne dieses Einverständnis nicht erfolgen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

als gemeinnützig seit 1986 anerkannt

gültiger Freistellungsbescheid Finanzamt Mainz-Mitte: StNr. 26/675/0372/9-II/4 vom 31.07.2017
Mainzer Volksbank eG - IBAN: DE37 5519 0000 0001 0320 10 BIC: MVBMD55

Die "Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke" im 27. Jahrgang

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

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

„Luftpost“-Redaktion
 Adnet-Straße 14, 55276 Oppenheim
 Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 – 5738327

Abonnenten-Service: Telefon 06133 – 3543

Das Team:
 Dr. med. Michael Köhler, Redaktionsleitung und Druckfreigabe, V.i.S.d.P.
 Katrin Fell

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

Bildnachweise:
 Titelbild: pwmotion, AdobeStock
 Alle Bilder von den Autoren, wenn nicht anders angegeben

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

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

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

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in den Artikeln die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

Einzelpreis pro Heft:
 Deutschland 4,50 Euro, Ausland 8,00 Euro
 Jahresabonnement 10,00 Euro (Deutschland)
 Auflage 30.000

kompetent · verständlich · patientengerecht

Abonnement der „Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke“

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

Abonnement ab Ausgabe:
 Frühjahr Sommer Herbst Winter

Vorname, Name Telefon

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

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

Gewünschte Zahlungsweise:

bargeldlos durch Bankeinzug

IBAN BIC

Geldinstitut

gegen Rechnung (keine Vorauszahlung, bitte Rechnung abwarten)

Datum Unterschrift

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



Lungensymposium Worms



Resümee nach 3 Lungentagungen

COPD und Asthma bronchiale

– aktueller medizinischer Stand

Patienten fragen und Experten antworten



Prof. Dr. Heinrich Worth,
Fürth



Prof. Dr. Adrian Gillissen,
Reutlingen-Bad Urach

Samstag, 21. September 2019
10.00 – 13.00 Uhr

DAS WORMSER – Tagungszentrum
in der NibelUNGENstadt Worms,
Rathenaustraße 11, 67547 Worms

Eintritt frei!

Im Anschluss an die Veranstaltung findet von 14.00 – 16.00 Uhr
die diesjährige Mitgliederversammlung
der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA statt.

COPD*

Sind Sie trotz Behandlung außer Atem?

Sprechen
Sie Ihren
Arzt an!



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

*Chronisch obstruktive Lungenerkrankung