

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht



- **30 Jahre DPLA !!!**
So entstand die Patientenliga
- **1. Lungentagung Worms**
Vortrag von Prof. Worth
- **Lungenkrebs**
Zweiter Teil der Serie

Offizielles Organ von:

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

Vorankündigung:

**2. LUNGENTAGUNG
WORMS**

**23. September
2017**



BT.

Weil ihre Welt
größer als
ihr Asthma ist.

Boston
Scientific

Können Sie sich ein Leben mit **weniger Asthmaanfällen** vorstellen?

Bei nur einmaliger Behandlung reduziert die Bronchiale Thermoplastie (BT)
schwere Asthmaanfälle um **48 %** ... für mindestens **5 Jahre**.*

Nähere Informationen erhalten Sie unter:
www.btforasthma.com/de

Klinische Daten der 5-Jahres-Studie unter BT5years.com

* Wechsler, Michael E. et al.: Bronchial Thermoplasty: Long-term safety and effectiveness in patients with severe persistent asthma. The Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2013; 132: 1295-1302

VORSICHT: Laut Gesetzgebung darf diese Vorrichtung ausschließlich an einen Arzt oder auf Anordnung verkauft werden. Indikationen, Kontraindikationen und Warnhinweise sind der Gebrauchsanweisung sowie dem Produktetikett zu entnehmen. ENDO-327401-AA-July 2015

Liebe Leserinnen und Leser,

würden Sie 462.403,- Euro ausgeben, vorausgesetzt Sie drücken schon unter Ihrem Kopfkissen? So viel wären im Durchschnitt, laut einer repräsentativen Umfrage die Deutschen bereit, für das unbezahlbare Ding „Gesundheit“ auszugeben. Da sind wir bei unserem Thema: Robert Gernhardt (1937 – 2006), als führender Karikaturist prominentes Mitglied der „Neuen Frankfurter Schule“, ehemals Redakteur der Satirezeitschrift „Pardon“ und einer der wichtigsten deutschen zeitgenössischen Dichter, schrieb 1986 die Erzählung „Krankengeschichte“. Eine literarische Anamnese mit Vorgeschichte und Geschichte seiner Krankheit – dem Asthma. Treffend schreibt er darin: „Der Kranke packt Pulver um Pulver aus, Spray um Spray...“.

Davon wusste die Gruppe von Patienten, die sich mit unserem diesjährigen Ehrenpreisträger, Christoph von Loeben, in der Ruhlandklinik in Essen traf, nichts. Aber sie hatten dasselbe Problem: Eine Atemwegserkrankung. Chronisch wie diese Krankheiten nun leider meist sind, war auch ihr Interesse an der besseren Beherrschbarkeit der eigenen Erkrankung. So gründeten sie damals, die Patientenliga Atemwegserkrankungen und wir, Nachfolger und teilweise noch Begleiter dieser Gründerpersönlichkeiten, haben 2016 unser rundes Jubiläum, den 30. Geburtstag der inzwischen Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA, begangen. Was aber ist eine Geburtstagsfeier ohne Gäste? Fast 700 hatten wir jetzt am 24. September 2016 auf unserer „Geburtstagsfeier“, der 1. Lungentagung Worms mit dem Thema „COPD, Lungenemphysem und Asthma bronchiale – heute und morgen“.

Fünf namhafte Experten und Professoren und ebenso viele in den Workshops, hatten wir für Sie eingeladen und S I E sind gekommen. Heute beginnen wir auf mehr als 10 Seiten, mit dem Abdruck der Vorträge. In der nächsten „Luftpost“ geht es damit zusätzlich weiter. Schon heute aber können Sie in der Geschäftsstelle der DPLA für 8,00 Euro (inkl. Versand) die komplette Aufzeichnung aller Vorträge unserer 1. Lungentagung Worms auf **DVD**, mit insgesamt 175 Minuten Dauer, zur Nachbetrachtung bestellen. Als hätte er von ihr gewusst, schreibt Robert Gernhardt: „Der schlaue Körper zwingt den Kranken, sich ebenfalls schlau zu machen.“



Repräsentativ haben Sie dankenswerterweise unseren Fragebogen ausgefüllt und in die originale Oppenheimer Wahlurne geworfen. Nach Ihrem Urteil, zu 99 % wiederkommen zu wollen, bzw. die Lungentagung Worms im Freundes- und Bekanntenkreis zu empfehlen, hatten wir keine Wahl:

Die **2. Lungentagung Worms** findet nun am **23. September 2017** statt! Seien Sie auf das Programm in der nächsten „Luftpost“ gespannt! Hiermit sind Sie herzlich von uns Allen eingeladen!

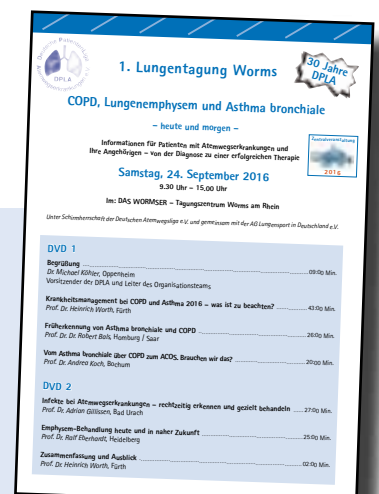
Mit unserem heutigen „Leiddichter“ schließen wir: „Der Kranke ringt nach Luft, der Gesunde ringt die Hände.“

Mit einem herzlichen Händedruck und luftigen Grüßen

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

Die DVD ist bestellbar bei:

Deutsche PatientenLiga
Atemwegserkrankungen e.V.
– DPLA Geschäftsstelle
Adnet-Str. 14
55276 Oppenheim
Telefon: 06133 / 35 43
E-Mail: info@pat-liga.de



Editorial

3

Aktuell

- 6 So entstand die Patientenliga
- 8 Gratulationen zum Jubiläum

Lungentagung

- 10 Einleitung
- 12 Vortrag Prof. Worth

COPD & Asthma

- 21 Medikationsplan
- 24 Asthma: Vom Kind zum Erwachsenen
- 33 FLAME Studie

Allergien

- 22 Bierallergie

Lungenkrebs

- 26 Symptome, Diagnostik, Staging und Prognose

Lungenklinik

- 30 Asklepios Fachkliniken München-Gauting

Über den Tellerrand hinaus

- 34 Drei Jahre Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V.

Deutscher Lungentag

- 37 Die Nibelungenstadt in luftiger Atmosphäre

Lungensport

- 38 Experteninterview mit Prof. Dr. Heinrich Worth
- 42 Atemlos? - Nicht mit uns!

Zu Ihrer Information

- 40 Pneumologische Reha wird universitär

Selbsthilfe

- 44 Selbsthilfegruppe COPD-Rüsselheim stellt sich vor
- 45 Nachruf OV-Vorsitzende
- 46 Ortsverbände der Deutschen Patientenliga
- 48 Warum auch Sie Mitglied in der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - der DPLA - werden sollten
- 49 Mitgliedsantrag

Rubrik

- 50 Impressum
- 50 Abonnement

ANZEIGE

Sauerstoff immer und überall

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

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

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

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

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

Behandlung des fortgeschrittenen Lungenemphysems mit Coils

„Wieder freier durchatmen“

Seit einigen Jahren steht für Patienten mit fortgeschrittenem Lungenemphysem die Behandlung mit PneumRx® Coils zur Verfügung. Die Spiralen aus Nitinol werden im Rahmen eines bronchoskopischen Eingriffs unter Röntgendurchleuchtung in die Lunge eingebracht. Dr. Andreas Fertl, Pneumologe aus München, setzt verschiedene Behandlungsverfahren ein. Wir haben mit ihm über seine Erfahrungen gesprochen.



Dr. Andreas Fertl, Chefarzt an der Klinik für Innere Medizin / Pneumologie am Krankenhaus Martha-Maria, München

Welche minimal-invasiven Verfahren setzen Sie zur Behandlung des fortgeschrittenen Lungenemphysems in der Klinik ein?

„Zur Behandlung der Lungenüberblähung beim fortgeschrittenen Lungenemphysem haben sich in der Klinik zwei Verfahren durchgesetzt. Zum einen die Behandlung mit Ventilen und zum anderen die mit Coils. Bei den Ventilen handelt es sich um ein blockierendes Verfahren, welches nur auf einer Seite der Lunge angewendet wird, während die Implantation von Coils in beiden Lungenflügeln erfolgen kann. Coils sind dazu ausgelegt, geschädigtes Lungengewebe zu raffen und zu komprimieren. Dadurch soll dem Atemwegssystem wieder Spannung verliehen werden, um die Rückstellkraft der emphysematös veränderten Lunge auf mechanische Art und Weise zu steigern. So können das Kollabieren der Atemwege und Lufteinschlüsse verringert und gleichzeitig Luft in die gesünderen Lungenbereiche umgeleitet werden.“

Stichwort „Coils“: Welche Patienten sind für eine Coil-Behandlung geeignet?

„Für eine Behandlung mit Coils kommen vor allem Patienten mit fortgeschrittenem Lungenemphysem, die trotz optimaler medizinischer Versorgung unter starker Atemnot leiden, in Frage. Als Einstiegsuntersuchung wird daher ein Lungenfunktionstest durchgeführt. Entscheidend sind dabei zwei Werte: Die Einsekundenkapazität, das ist das Volumen, das nach maximaler Einatmung innerhalb von einer Sekunde ausgeatmet werden kann und das sogenannte Residualvolumen, das ist jene Luftmenge, die auch nach tiefem Ausatmen noch in der Lunge verbleibt.“

Welche weiteren Untersuchungen erfolgen vor einer Coil-Behandlung?

„Mit Hilfe der hochauflösenden Computertomographie ist es möglich, den Lungenemphysemtyp besser zu bestimmen. Dadurch kann eine genaue Aussage über den Schweregrad

sowie die Verteilung des Lungenemphysems gemacht werden und die einzelnen Lungenlappengrenzen abgebildet werden. Um begleitende Herzerkrankungen auszuschließen, sollte zudem eine Herz-Ultraschall-Untersuchung vorab erfolgen.“

Wie wird die Coil-Behandlung durchgeführt und wie lange sind die Patienten in der Klinik?

„Die Coil-Behandlung ist mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden. Dabei wird zuerst ein Lungenlappen behandelt und der andere ein bis drei Monate später. Bei uns in der Klinik dauert der Eingriff circa 35 Minuten und erfolgt mittels eines Bronchoskops unter Vollnarkose. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Entzündungen der Atemwege, das Auftreten von Bluthusten oder ein Pneumothorax. Deswegen bleiben die Patienten erfahrungsgemäß zur Nachbeobachtung etwa drei bis vier Tage in der Klinik. In der Regel sind all diese Ereignisse durch medizinische Standardversorgung zu beheben.“

Was kann sich für Patienten nach einer Coil-Behandlung in ihrem Alltag verbessern?

„Der Haupteffekt dieser Behandlung verzeichnet sich im Rückgang der Lungenüberblähung. Viele unserer Patienten haben das Gefühl wieder freier durchatmen zu können. Zudem kann die Atemnot unter Belastung geringer werden und es können wieder längere Wegstrecken bewältigt werden. Manche Patienten sind nach der Behandlung auch wieder in der Lage, Steigungen, die sie nicht mehr gehen konnten, zu schaffen. Insgesamt kann die Belastbarkeit sowie die Lebensqualität der Patienten durch diese Behandlungsoption verbessert werden.“

So entstand die Patientenliga

Die Aktivitäten zur Gründung der Patientenliga haben natürlich eine gewisse Vorgeschichte, ohne die es wahrscheinlich vor 30 Jahren nicht zum Aufbau der ersten Gruppen in Essen und Düsseldorf gekommen wäre. Darüber sowie über die erste Phase des Vereins, über seine Startphase also, möchte ich mich heute erinnernd, kurz berichten.

von Christoph von Loeben

Mit „Patientenforen“ begann alles

Wenn ich mich nicht irre, veranstalteten wir unter dem Titel „Therapieforum Dieckmann“ verschiedene Aktivitäten, so auch das erste Patientenforum auf der damals sehr bedeutsamen alljährlichen MEDICA in Düsseldorf – das dürfte 1983 gewesen sein. Dabei hielten Lungenfachärzte aus Klinik und Praxis Vorträge zu verschiedenen Themen. Das umfasste sowohl die unterschiedlichen Diagnoseverfahren in der Pneumologie als auch die gängigen Therapiekonzepte für die verschiedenen Erkrankungen der Atemwege, berührte aber auch Themen der Prävention und Rehabilitation. Am Ende des jeweiligen Vortrags konnten Patienten aus dem Auditorium Fragen zu den vorgetragenen Themen stellen. Das waren – so schien es – in aller Regel Fragen, die der Betroffene schon lange mit sich herum getragen hatte. Diese damals neue Form der Patienteninformation, die bei der Patientenschaft gut ankam, was sich in der großen Zahl der Veranstaltungsbesucher widerspiegelte, führten wir im folgenden Jahr abermals bei der MEDICA durch.

Ein „Round Table mit Fachjournalisten“ folgte

Es muss im Jahr 1984 gewesen sein, als wir ergänzend zu den Patientenforen, wiederum unter dem Leittitel „Therapieforum Dieckmann“ aber außerhalb der MEDICA, einen ersten „Round Table“ durchführten, um den Dialog zwischen medizinischen Fachjournalisten und Lungenfachärzten aus Klinik und Praxis zu intensivieren. Dabei ging es vor allem um die Frage, warum den chronisch obstruktiven Erkrankungen der Atemwege und ganz besonders der COPD so wenig öffentliches, auch journalistisches Interesse entgegen gebracht wird. Ist doch gerade die COPD in ihrer Häufigkeit, ihrer Entwicklung und ihrem Schweregrad durchaus den öffentlich viel stärker beachteten koronaren Herzkrankheiten vergleichbar. Gemeinsam wurden in diesem ersten Dialog Schritte diskutiert, die geeignet sein könnten, die allgemeine Öffentlichkeit besser aufzuklären. Bei diesen Überlegungen wurde vor allem erkannt, dass gerade zum



Ehrenpreisverleihung

Krankheitsbild der COPD zukünftig mehr, umfassender und in patientenverständlicher Weise in den allgemeinen Medien berichtet werden müsste.

Ein Arzt-Patienten-Gruppengespräch sollte folgen

Nach den inzwischen gewonnenen Erfahrungen, vor allem nach denen des „Round Tables“ mit Fachjournalisten und Ärzten, sollte nun bei der MEDICA 1985 ein erstes Gruppengespräch zwischen Ärzten und Patienten stattfinden, in dem beide Seiten artikulieren sollten, wie sie sich den Umgang miteinander im Idealfall vorstellen bzw. wie die Arzt-Patienten-Gespräche realistischer Weise verändert und verbessert werden könnten, wozu nach allgemeiner Meinung beide Seiten, sowohl der Patient als auch der Arzt, einen Beitrag zu leisten hätten. Dieses Gruppengespräch fand nicht statt, da es zwar gelungen war, einige Patienten für den Dialog zu gewinnen, aber keinen Arzt.

In dieser Situation forderten nun die anwesenden und enttäuschten Patienten in aggressiver Form, dass ich als Moderator den geplatzten Dialog zu einem anderen Zeitpunkt und an einem anderen Ort neu zu organisieren hätte. Nach längeren Diskussionen erkannten die Gesprächsteilnehmer schließlich, dass es vor allem um eine intensivere Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten gehe, um so die Patientenaufklärung zur eigenen Erkrankung, ihren Ursachen und ihrem möglichen Verlauf, aber natürlich auch das Wissen um die medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie zu verbessern.

Da alle anwesenden Patienten irgendwann einmal Kontakt zur Ruhrlandklinik in Essen, hatten, wohl auch von Ärzten der Klinik gebeten worden waren, am geplanten Gruppengespräch teilzunehmen, bat ich sie nun mit den Ärzten der Klinik zu sprechen und zu fragen, ob diese zukünftig eine „Patientenlerngruppe“, mit den oben genannten Zielen, begleiten und entsprechend informieren wollten. Erst wenn dies geschehen sei und

man wisse, dass und wie es weiter gehe, sei ich bereit, den Prozess zukünftig zu begleiten und aus der Entfernung, zusammen mit meiner Frau und den Mitarbeitern unserer damaligen Agentur, die organisatorischen Aufgaben für die Lerngruppe in Essen zu übernehmen und auch Veranstaltungen vor Ort zu moderieren.

Und so ging es dann weiter

Die Patienten sprachen mit den Ärzten der Ruhrlandklinik, auch mit dem damaligen Oberarzt PD. Dr. Petro, dem später dann langjährigen Chefarzt einer Lungenklinik in Bad Reichenhall. Bei ihm fanden Zustimmung und Unterstützung und so veranstalteten wir an der Ruhrlandklinik ein erstes Patientenforum, mit dem Ziel, Patienten zu finden, die regelmäßig oder wenigstens annähernd regelmäßig Lern- und Informationsabende besuchen würden. Von nun an war beabsichtigt, einmal pro Monat unterschiedliche Themen von den Ärzten der Klinik in Vortrag und Diskussion behandeln zu lassen.

Bis zur Gründung der „Patientenliga Atemwegserkrankung“ als eingetragener Verein verging noch einige Zeit, in der sich die Lerngruppe an der Ruhrlandklinik gleichwohl regelmäßig traf. Die eigentliche Gründungsveranstaltung fand schließlich nach meiner Erinnerung im Essener „Hotel Handelshof“ statt, da dieses Hotel verkehrsgünstig gegenüber dem Hauptbahnhof lag und für alle gut zu erreichen war. Nach der Gründungsversammlung wurde die Patientenliga als gemeinnütziger Verein beim Amtsgericht Mainz eingetragen. Das war vor dreißig Jahren – also 1986.

In der Zeit vor und nach der Vereinsgründung besuchten ich – entweder alleine oder mit meiner Frau – nahezu jede Veranstaltung der Gruppe an der Ruhrlandklinik, was sich manchmal ein wenig abenteuerlich gestaltete. Außerdem führten wir die Verwaltungsarbeiten zuerst nur für die Essener Gruppe, dann für den langsam sich ausweitenden Verein durch. Als die Gruppe der Interessierten in Essen immer stärker anwuchs und Patienten inzwischen auch weitere Anfahrten in Kauf nahmen, kontaktierten wir Herrn Professor Dr. Worth, dem späteren dann langjähriger Chefarzt der I. Medizinischen Klinik in Fürth, langjährigen Vorsitzenden der Deutschen Atemwegsliga e.V. und auch Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, seinerzeit am Klinikum der Universität in Düsseldorf tätig. Als auch er sich bereit erklärte, eine Gruppe der Patientenliga in Düsseldorf zu unterstützen und mit ihr Informations- und Lernveranstaltungen durchzuführen, organisierten wir bei ihm, wie zuvor in Essen, ein Patientenforum – und so entstand die zweite regionale Gruppe der Patientenliga. Mehr oder weniger ähnlich entstanden in den ersten Jahren der Patientenliga mit unserer Unter-

stützung weitere Gruppen, einige sehr dynamische, die heute noch bestehen und gut funktionieren, allerdings auch einige, die die Zeiten nicht überdauerten.

Im Prinzip war das, was die Patientenliga im Verbund mit den Ärzten damals aufgebaut hat, etwas Neues.

Es war – zumindest in der Pneumologie – eine neue Form der Kooperation zwischen Arzt und Patient, die geeignet war, interessierten Patienten ein besseres Krankheitsverständnis zu verschaffen und sie so zu „aufgeklärten und informierten Patienten“ zu entwickeln.

Diesem Ziel ist in gleicher Weise die Zeitschrift der Patientenliga, die „Luftpost“ verpflichtet, die ihren Namen meiner Frau verdankt und deren Inhalte über viele Jahre in Zusammenarbeit mit ärztlichen Autoren in unserer Agentur gestaltet wurden.

Das sind – als kurze Zusammenfassung – meine Erinnerungen an die Anfänge der Patientenliga, die wir, das heißt meine Frau und ich sowie die Mitarbeiter unserer Agentur, über viele Jahre und so lange begleiteten, bis schließlich Herr Dr. Berck in Mainz den Vorsitz im Verein übernahm und entsprechend aktiv wurde. Wir konnten mit Beendigung der Aufbauphase der Patientenliga unsere aktive Unterstützung beenden, was auch bedeutete, dass die Geschäftsstelle des Vereins unsere Büroräume verließ. Mit Frau Platadis wechselte die Geschäftsstelle nach Dienheim, einem Nachbarort von Oppenheim. Ihr folgten dann Frau Kunze und Frau Fell, die die Geschäftsstelle der Patientenliga – dann wieder in Oppenheim – führten. Wie Frau Platadis waren auch sie schon während ihrer Arbeit bei uns, mit Aufgaben der Patientenliga befasst gewesen, so dass alles für sie nicht mehr neu war.

Obwohl wir seit langem nicht mehr involviert sind, verfolgen meine Frau und ich die Entwicklung der Patientenliga – inzwischen der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V., der DPLA – mit großem Interesse, wobei wir uns über jede Aktivität und Neuerung aufrichtig freuen. Mit großer Freude habe ich die Auszeichnung mit dem Ehrenpreis der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. 2016 angenommen. Wir empfinden dies als Dank und Anerkennung unserer aktiven Aufbauarbeit in den frühen Jahren der Patientenliga.

Wir wünschen ihr immer wieder viel Glück und Erfolg für ihre Aktivitäten. ■

Oppenheim im September 2016

*Christoph von Loeben und Rosemarie Freese-von Loeben
vormals: PCM Pharmedico Consulting Mainz
Wormser Straße 81, 55276 Oppenheim*



Sehr geehrte Mitglieder der DPLA,
verehrte Teilnehmer der 1. Lungentagung Worms,
liebe Luftpost-Leser,

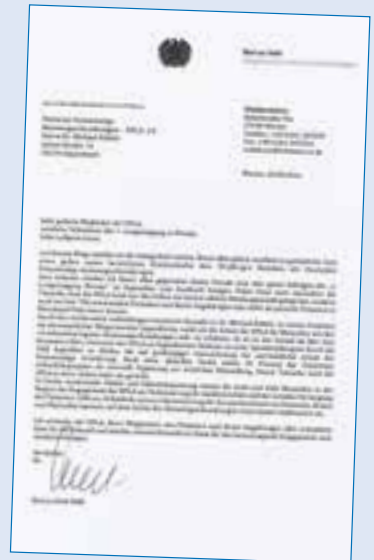
auf diesem Wege möchte ich die Gelegenheit nutzen, Ihnen allen gleich zweifach zu gratulieren. Zum einen gelten meine herzlichsten Glückwünsche dem 30-jährigen Bestehen der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen.

Zum anderen möchte ich Ihnen allen gegenüber meine Freude zum sehr guten Gelingen der „1. Lungentagung Worms“ im September zum Ausdruck bringen. Dabei freut mich besonders die Tatsache, dass die DPLA nicht nur den Fokus auf unsere schöne Nibelungenstadt gelegt hat, sondern auch mit fast 700 anwesenden Patienten und deren Angehörigen eine mehr als positive Premiere in Rheinland-Pfalz feiern konnte.

Durch den mittlerweile mehrjährigen intensiven Kontakt zu Dr. Michael Köhler, in meiner Funktion als ehrenamtlicher Bürgermeister Oppenheims, weiß ich die Arbeit der DPLA für Menschen mit den verschiedenartigsten Atemwegserkrankungen sehr zu schätzen. So ist es mir einmal im Jahr eine besondere Ehre, Vertreter der DPLA im Oppenheimer Rathaus zu einer Spendenübergabe durch die DAK begrüßen zu dürfen, die mit großzügiger Unterstützung die unermüdliche Arbeit der Patientenliga voranbringt. Nach einer aktuellen Studie sehen 90 Prozent der Deutschen Selbsthilfegruppen als sinnvolle Ergänzung zur ärztlichen Behandlung. Dieser Tatsache wird die DPLA in ihrer Arbeit mehr als gerecht. Ich Zeichen wachsender Hektik und Selbstfokussierung nimmt für mich und viele Menschen in der Region das Engagement der DPLA zur Verbesserung der medizinischen und der sozialen Versorgung der Patienten, Hilfe zur Selbsthilfe und zur Intensivierung der Zusammenarbeit von Patienten, Ärzten und Physiotherapeuten auf dem Gebiet der Atemwegserkrankungen einen hohen Stellenwert ein.

Ich wünsche der DPLA, ihren Mitgliedern, den Patienten und deren Angehörigen alles erdenklich Gute für die Zukunft und möchte meinen besonderen Dank für das herausragende Engagement zum Ausdruck bringen.

Herzlichst
Ihr Marcus Held, MdB



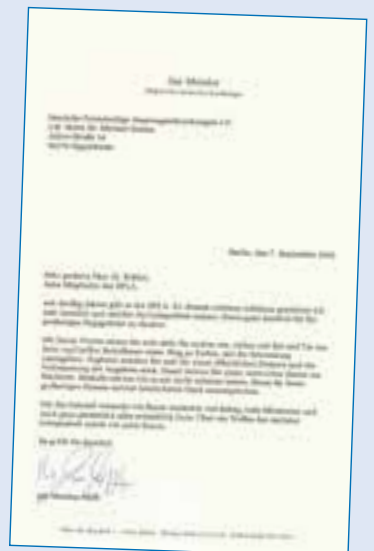
Sehr geehrter Herr Dr. Köhler,
liebe Mitglieder der DPLA.

seit dreißig Jahren gibt es die DPLA. Zu diesem schönen Jubiläum gratuliere ich sehr herzlich und möchte die Gelegenheit nutzen, Ihnen ganz herzlich für Ihr großartiges Engagement zu danken.

Mit Ihrem Verein setzen Sie sich aktiv für andere ein, stehen mit Rat und Tat zur Seite und helfen Betroffenen einen Weg zu finden, mit der Erkrankung umzugehen. Zugleich machen Sie sich für einen öffentlichen Diskurs und die Verbesserung der Angebote stark. Damit leisten Sie einen wertvollen Dienst am Nächsten. Deshalb möchte ich es mir nicht nehmen lassen, Ihnen für Ihren großartigen Einsatz meinen herzlichen Dank auszusprechen.

Für die Zukunft wünsche ich Ihnen weiterhin viel Erfolg, tolle Mitstreiter und auch ganz persönlich alles erdenklich Gute. Über ein Treffen bei nächster Gelegenheit würde ich mich freuen.

Es grüßt Sie herzlich
Jan Metzler, MdB



Und täglich grüßt das Smartphone

Regelmäßige Medikamenteneinnahme bei COPD mit TheraKey® MyTherapy App

Jeden Tag an eine oder mehrere Inhalationen denken – bekanntermaßen gar nicht so einfach. Dabei ist es für den Behandlungserfolg entscheidend, die verordnete COPD-Therapie regelmäßig anzuwenden. Wo kann man sich Unterstützung holen? Für alle, die ein Smartphone nutzen, liegt der Gedanke nahe, sich mit einer App helfen zu lassen. Ein praktischer und verlässlicher Begleiter ist die kostenlose und mehrfach ausgezeichnete¹ TheraKey® MyTherapy App.



Erinnert

Dokumentiert

„Medikamente wirken nicht bei Patienten, die sie nicht nehmen“ – dieses Zitat des berühmten amerikanischen Chirurgen C. E. Koop klingt zunächst nur zu logisch. Aber so einfach ist es eben nicht mit der Therapietreue, der sogenannten „Adhärenz“: Als Patient muss man den Behandlungsplan nicht nur verstanden haben, sondern auch befolgen. Die Realität sieht anders aus: Experten gehen davon aus, dass nur ca. 50 % der Menschen mit chronischen Krankheiten ihre verordnete Therapie regelmäßig anwenden, d. h. „adhärent“ sind.² Aber ein Medikament, das täglich eingenommen bzw. inhaliert werden muss, kann nur gut wirken, wenn es durchgängig angewendet wird – immer wieder mal weglassen verhindert, dass sich die volle Wirkung entfaltet. „Nicht-Adhärenz“ kann schlimme Folgen haben: Gerade bei der COPD als einer chronischen und fortschreitenden Krankheit drohen Verschlechterung und eine Reduktion der Lebensqualität.² Deswegen lassen sich viele Patienten gerne vom Partner oder anderen Angehörigen an ihre Einnahme bzw. Inhalation erinnern: Denn zu zweit passt man einfach besser auf. Wer ein Smartphone besitzt, kann auch das kleine Gerät zum „Erinnerungspartner“ machen. Dafür lädt man einfach die TheraKey® MyTherapy App herunter und installiert sie: Mit dieser täglichen Hilfe wird es leichter, die Behandlung wie verordnet einzuhalten und so bestmöglich davon zu profitieren.



Was macht die App genau?

Apps für die Gesundheit gibt es viele – für Interessierte ist es nicht so leicht, den Überblick zu behalten. Die mehrfach ausgezeichnete TheraKey® MyTherapy App wurde in Zusammenarbeit mit Experten entwickelt. Eines der Anwendungsziele ist, seltener Medikamente zu vergessen: Dass die App dabei tatsächlich hilft, konnte eine Studie der Charité-Universitätsmedizin nachweisen.³ Zu Anfang stellt der Nutzer selbst ein, was die TheraKey® MyTherapy App tun soll, zum Beispiel zu welcher Tageszeit sie an Medikamente erinnern soll. Falls gewünscht, kann zudem auf Aktivitäten hingewiesen werden, wie zum Beispiel spazieren zu gehen. Zur festgelegten Zeit kommt eine Nachricht, die man anklicken kann: „Ja, ich habe das ‚To-do‘ erledigt“. Zusätzlich lassen sich mit der App das eigene Wohlbefinden und die Krankheitssymptome dokumentieren – als Unterstützung für sich selbst und für den Arztbesuch. So entsteht ein Gesundheitstagebuch, das Patient und Arzt jederzeit einen Überblick über Therapietreue, Wohlbefinden und Symptome erlaubt. MyTherapy ist kostenlos erhältlich:



MyTherapy und TheraKey®

Die TheraKey® MyTherapy App ist ein Baustein des TheraKey® Konzeptes von BERLIN-CHEMIE zur Unterstützung von Menschen mit COPD. Herzstück ist das TheraKey® Onlineportal COPD mit verständlich aufbereiteten, produktneutralen Informationen rund um die COPD. Den Zugang zu diesem Onlineportal erhält der Patient von seinem Arzt. Dort lassen sich auch Details zur Anwendung der App nachlesen.

“

Die regelmäßige Medikamenteneinnahme ist für den Erfolg einer COPD-Behandlung entscheidend. MyTherapy App hat ein ausgeklügeltes Konzept, das den Alltag mit der Krankheit leichter machen kann.

Dr. Claudia Münks-Lederer,
Fachärztin für Innere Medizin/
Schwerpunkt Pneumologie, Werne



1 Online unter: <http://www.smart-patient.eu/de/unternehmensprofil/> (letzter Aufruf: 01.08.2016).
2 Leiva-Fernandez J et al. BMC Pulmonary Medicine 2014; 14:70.
3 Pilotstudie der Forschungsgruppe Geriatrie der Charité Berlin, data on file.

Begrüßung 1. Lungentagung Worms

von Dr. Michael Köhler

Liebe Besucherinnen und Besucher

– Ihnen einen guten Morgen! Schön, dass Sie gekommen sind. Wir sind stolz, dass wir Sie auf der Zentralveranstaltung des Deutschen Lungentages 2016, d.h. zu unserer Lungentagung zum Thema „COPD, Lungenemphysem und Asthma bronchiale – heute und morgen –“, in Worms begrüßen können.

Wie Sie wissen, sind Asthma und COPD, deshalb sind Sie ja gekommen, leider zwei Volkskrankheiten. Etwa 10 Millionen Menschen in Deutschland sind in ihrem Leben davon betroffen. Es sind chronische Erkrankungen.

Wir, die Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA, bestehen als Selbsthilfeorganisation, in diesem Jahr 30 Jahre. Seit bereits 23 Jahren geben wir die „Luftpost“ als Patientenzeitschrift für Atemwegskranke heraus. Unser Anspruch: Wir wollen Sie informieren, möchten Ihnen helfen trotz ihrer Erkrankung, Lebensqualität zu behalten. Sie müssen als Patient nicht mit einer „Fünf-Minuten-Medizin“ zufrieden sein. Unser Ziel ist, dass sie als informierter Patient wissen, was Sie fragen können und müssen. Sie sollen wissen, was Ihnen zusteht. Wir informieren aber auch über gesicherte Alternativen und zu neuen Möglichkeiten. Wir wollen, dass Sie jederzeit eine ärztliche Zweitmeinung, die jedem zusteht, bei einem Arzt einholen können. Das kann entscheidend sein!

Es heißt, man kann Asthma und COPD nicht heilen. Aber wichtig ist: Man muss Sie erkennen und richtig behandeln. Dann kann man sie lindern, sogar beherrschen und mit ihnen oft gut leben. Asthma, Jahrtausende oft eine vorzeitige Todesursache, hat heute, dank moderner Diagnostik und Therapie, eine normale Lebenserwartung. Bei der COPD sind wir noch nicht so weit. Aber es gibt Fortschritte! Deshalb haben wir fünf nationale Experten, Professoren, eingeladen und danken ihnen ganz herzlich, dass sie uns in ihrer Freizeit und ohne Honorar mit ihrem geballten medizinischen Wissen patientenverständlich heute informieren. Nach jedem Vortrag



können Sie direkt anschließend Ihre Fragen stellen. Wir haben dafür zwei Saalmikrofone.

Sie können alternativ an fünf Workshops teilnehmen. Da treffen Sie Experten zur richtigen Inhalation der Medikamente, zum wichtigen Thema Husten und zum fast in jedem Krankheitsstadium möglichen Lungensport. Denn viel zu wenig ist noch bekannt, wie wichtig unsere Atemmuskulatur ist. Sie ist lebenswichtig, damit wir bald 20.000 Mal am Tag atmen können. Gesund ist uns dies gar nicht bewusst, wir atmen ohne daran zu denken. Erst, wenn man erkrankt ist, erlebt man wie wichtig auf einmal Selbsthilfetechniken sind. Es gibt Trainingsmethoden und Kliniken, die spezialisierte Hilfe anbieten und die ambulante und stationäre Rehabilitation. All' das wollen wir Ihnen heute näher bringen. Fragen Sie gerne nach. Wir bieten Ihnen Hilfe zur Selbsthilfe an als Möglichkeit zur Verbesserung der eigenen Lebensqualität und für ein gutes, selbstbestimmtes Leben – trotz Krankheit. Darin wollen wir Sie heute bestärken.

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

Danken möchten wir auch den Ausstellern und Sponsoren, die es uns ermöglichen, diese 1. Lungentagung Worms für Sie kostenlos auszurichten. Besuchen Sie die Aussteller auch jenseits der Foyers und auch im 1. Stock. Nutzen Sie die kostenlosen Untersuchungsmöglichkeiten und die Angebote zum Gespräch mit den Selbsthilfegruppen. Der persönliche Austausch auf Augenhöhe ist oft besonders hilfreich in unserem Leben. Das fängt in der Familie an, das wird noch wichtiger, wenn man krank ist und Hilfe, Unterstützung und Ratschläge aber auch Trost von selbst betroffenen Menschen erhält. Kein Mensch ist eine Insel! Mitmenschlichkeit hilft ungemein! Und jeder, der sie einmal erleben durfte oder gegeben hat, wird bereichert.

Bitte helfen Sie aber auch uns. Füllen Sie unseren Fragebogen aus. Durch Ihre Unterstützung – aber auch Kritik – werden wir nur besser.

Wir danken unseren weitgereisten Gästen aus Berlin, aus Pinneberg, aus Hof und München ganz besonders für Ihr Kommen.

Vorgestern Abend haben wie unseren diesjährigen Ehrenpreis, an Herrn Christoph von Loeben, in Oppenheim verliehen. Er ist der Mitbegründer und Namensgeber – gemeinsam mit seiner Frau – von „Luftpost“ und der damaligen „Patientenliga Atemwegserkrankungen“. Er steht jetzt im 82. Lebensjahr und konnte die Reise nach Worms nicht machen. Wir dürfen Sie Alle hier von ihm herzlich grüßen.

Wir wünschen Ihnen neue Erkenntnisse, viel Motivation und einen guten Tag. Jetzt aber ist es mir eine besondere Freude, dass Mikrofon an unseren ersten Ehrenpreisträger und seit 30 Jahren – auch das ist ein Jubiläum – der Patientenliga, heute der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen herzlich verbundenen Professor, Herrn Heinrich Worth, unseren Tagungsleiter zu seinem Vortrag übergeben zu können.

Krankheitsmanagement bei COPD und Asthma

– Was ist zu beachten?

von Prof. Heinrich Worth

Meine Damen und Herren,
liebe Patientinnen und Patienten,

es ist mir eine große Freude heute hier zu sein. Ich begleite die Patientenliga Atemwegserkrankungen, inzwischen Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen – DPLA, seit ihrem Beginn. Sie ist eine wohl-tuend sachlich informierende Patientenorganisation. Deshalb hat die Deutsche Atemwegsliga, die sich auch um die bestmögliche Behandlung und Betreuung von Patienten, die an Asthma und Lungenerkrankungen erkrankt sind, der Patientenliga eine privilegierte Partnerschaft angeboten, und so arbeiten wir seit Jahren sehr eng zusammen. Ich glaube, es ist wichtig, dass die DPLA eine Stimme für Sie ist, eine Stimme immer auch in Berlin, wo z.B. Disease-Management-Programme formuliert werden, wo Gesetze praktisch entstehen und ich weiß, dass ihr Vorsitzender, Herr Dr. Köhler, dort durchaus seine Erfahrungen einbringt und das Wohl und die Interessen der Patienten vertritt.

Meine Aufgabe heute ist es, Ihnen etwas über das Management von Asthma und COPD zu berichten, auch aus meiner Sicht und ich möchte das ABC der Lungenärzte, das mit A wie Asthma anfängt, auch mit dem Asthma beginnen. Neben der COPD ist auch das Asthma eine häufige, leider auch den Patienten oft lebenslang begleitende Erkrankung. Sie ist gekennzeichnet durch eine Entzündung in den Atemwegen, eine Entzündung, die mit einer Überempfindlichkeit der Atemwege einhergeht. Das heißt, die Atemwege verengen sich, entwickeln einen Bronchospasmus, wie wir das nennen, durch Verkrampfung der Atemwegsmuskulatur, Schwellung, der Schleimhaut und auch noch durch zähen Schleim. Sie sehen durch das röhrenförmige Gesichtsfeld eines Endoskopikers, wie eng die Atemwege werden und dann kaum noch Luft durchlassen (Abb. 1).

Typisch dafür ist eine anfallsartig, besonders auch nachts oder in den frühen Morgenstunden auftretende Atemnot. Auch Husten und zäher Auswurf können hinzutreten oder alleine vorhanden sein. Die Diagnose Asthma wie auch die Diagnose COPD basieren auf Beschwerden, die der Patient als Betroffener äußert. Wesentlich ist

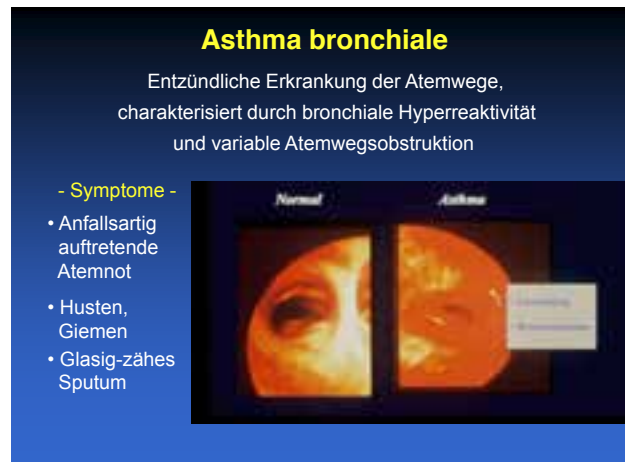


Abb. 1

neben der Bildgebung auch die *Lungenfunktionsprüfung*. So ist es durchaus wichtig, dass wir auch hier und heute die Möglichkeit haben, die Lungenfunktion zu messen, draußen im Lufomobil vor der Halle. Der einfachste und am weitesten verbreitete Test zur Prüfung der Lungenfunktion ist die sogenannte *Spirometrie*. Bei der Spirometrie atmet der Patient tief ein und dann so schnell wie möglich aus. Der Lungengesunde kann mehr als 70 % des eingeatmeten Lungenvolumens auch wieder ausatmen. Wenn eine Verengung der Atemwege vorliegt, ist das deutlich weniger. Im Vergleich zur COPD, bei der auch Engen der Atemwege vorhanden sind, ist die Rückbildungsfähigkeit dieser Einengung bei Asthma meist deutlich größer. Es kann sogar sein, dass sie vollständig verschwindet. Und es kann sein, dass der Asthmatiker nachts Beschwerden hat und tagsüber bei der Vorstellung beim Internisten oder Lungenarzt völlig beschwerdefrei ist. Dann können wir durch Messung der Überempfindlichkeit der Atemwege immer noch feststellen, ob er wahrscheinlich ein Asthma hat. Ganz wichtig für eine gezielte, wir sagen heute individuelle Therapie ist es zu unterscheiden zwischen Asthma, der einen häufigen chronischen Atemwegserkrankung, und der COPD, auf die ich später noch eingehen werde. Hier sehen Sie die wesentlichen Charakteristika und Unterschiede, dieser beiden Krankheitsbilder (Abb. 2). Typisch für das Asthma ist der Beginn in der Kindheit oder in der Jugend. Demgegenüber ist die COPD eine Erkrankung mit Beginn in der zweiten Lebenshälfte. Die COPD ist in den westlichen Ländern eine Raucherkrankheit. In 70 % bis 90 % aller Erkrankungsfälle, ist COPD die Spätfolge des Zigarettenrauchens. Bei Asthma kann Rauchen die Erkrankung verschlimmern, aber es ist nicht letztlich geklärt, ob Rauchen ursächlich für Asth-

Asthma oder COPD?		
Merkmal	Asthma	COPD
Beginn	Kindheit/Jugend	>40 Jahre
Rauchen	Nichtr. > Raucher	Raucher
Beschwerden	anfallsartige Atemnot	Belastungsdyspnoe
Allergie	häufig	selten
Verlauf	variabel	progredient
Obstruktion	variabel	persistierend
Reversibilität	ausgeprägter	geringer
Hyperreaktivität	regelmäßig	gelegentlich
Ansprechen auf Cortison	regelmäßig	gelegentlich

Abb. 2

ma sein kann. Die **Symptome** sind unterschiedlich: Bei der COPD überwiegt die Luftnot unter Belastung, bei **Asthma** kann sie auch aus der Ruhe heraus auftreten. Allergien spielen beim Asthma eine große Rolle, bei der COPD sind sie eher selten anzutreffen. Der Verlauf der Erkrankungen ist unterschiedlich: Sehr variabel beim Asthma, chronisch fortschreitend bei der COPD. Die *Verengung der Atemwege* ist chronisch, d.h. dauerhaft vorhanden bei der COPD, variabel beim Asthma. Hier ist die Enge auch stärker rückbildungsfähig. Die asthmatische Entzündung spricht häufig gut auf Kortison an. Kortison ist das Basismedikament der Asthmatiker. Und das sollten Sie auch dann nicht weglassen, wenn es Ihnen vorübergehend gut geht, weil es die Entzündung in der Lunge eben nicht beseitigt, aber eben auch auf längere Zeit gut hemmen kann. Wir dürfen nicht ganz verschweigen, dass Asthma und COPD zwei unterschiedliche Erkrankungen sind, *unterschiedlich geartete Entzündungen* der Erkrankung zugrunde liegen. Es gibt aber auch Gemeinsamkeiten. Patienten, die Anteile von beiden Erkrankungen haben von Asthma und COPD. Man bezeichnet dies dann neuerdings als Asthma und COPD Überlappungskrankheit ACOS: **Asthma COPD Overlap Syndrom**.

Was wir in der Behandlung des Asthmas heute als Ziel setzen, bedeutet, dass wir die Erkrankung in Schach halten wollen, sie optimal kontrollieren wollen, d.h. die Beschwerden soweit wie möglich lindern, die Patienten zu möglichst hoher körperlicher Aktivität ermutigen, so dass sie auch im Alltag gut zurechtkommen und letztlich möglichst wenig Notfalls- oder Bedarfsmedikation einsetzen müssen. Das ist das eine Ziel, das andere ist aber, dass wir auch in die Zukunft schauen wollen und Verschlechterungen verhindern wollen, sogenannte Exazerbationen, Verschlechterungen, die dann auch den weiteren Verlauf der Krankheit ungünstig beeinflussen. *Behandlungsziele* sind also aktuelle Kontrolle und

Reduktion des Risikos einer Verschlechterung. Damit haben wir beim Asthma manchmal ein Problem, dann nämlich, wenn die Erkrankung sich sehr unterschiedlich ausgeprägt bei ein und demselben Patienten zeigt. Der Patient kann bei einer Allergenexposition Allergene einatmen, auf die er mit einem Asthmaanfall reagiert, und starke Atemnot entwickeln. Er kann Phasen haben, wo er diesen Allergenen nicht ausgesetzt ist, und die Lungenfunktion und sein Befinden dann völlig normal sind. Ziel ist es, diese Umstände zu erkennen und darauf zu reagieren. Die Möglichkeiten, die wir dazu haben sind zum einen Medikamente aber auch eine Reihe von nichtmedikamentösen Maßnahmen. Ganz wichtig, gerade beim Asthma mit seinem wechselhaften Verlauf der Beschwerden, sind die *ausführliche Patientenschulung* und vor allem auch *körperliches Training*. Heute haben wir vielfältige Möglichkeiten durch Bewegungstherapie den Asthmatikern zu helfen, die Luftnot zu lindern und die Atemphysiotherapie kann eine zusätzliche Hilfe sein. Asthmakranke Kinder sollten nicht vom Schulsport befreit werden.

Wenn wir uns die Behandlungsmöglichkeiten mit Medikamenten ansehen, die Pharmakotherapie, so dient diese dem Ziel der optimalen Asthmakontrolle, indem wir die Entzündung unterdrücken und in Schach halten. Die Medikamente, die dies tun, nennt man **Controller**, es sind Medikamente, die praktisch in der Dauermedikation eingesetzt werden. Die zweite Gruppe von Medikamenten sind die, die man bei Bedarf im Anfall einsetzt, um die akute Atemnot zu lindern. Wir setzen die Medikamente beim Asthma ganz überwiegend ein, indem wir sie inhalieren. Das bedeutet aber auch, dass das Medikament mit der Inhalation auch dahin kommen soll, wo es wirken muss, nämlich in den Atemwegen und nicht auf der Brille oder in den Achselhöhlen. Das Training der korrekten Inhalation ist eine Aufgabe, die wir haben, dies müssen wir auch immer wieder überprüfen. Beim Asthma ist es so, dass die Symptome ja oft wechselnd sind und so müssen wir auch die Medikamente der jeweiligen Schwere und Ausprägung der Beeinträchtigung anpassen, d.h. nicht nur immer starr dieselbe Medikation lebenslang durchführen.

Das inhalative Kortison ist das wichtigste Medikament beim Asthma. Es unterdrückt die Entzündung wirksam. Sie merken von dem Effekt zunächst einmal nichts, was leider dazu führt, dass manche Asthmatiker das Kortison dann wieder weglassen. Es wirkt aber nur, wenn es längerfristig und regelmäßig eingesetzt wird. Bei manchen Patienten ist die lebenslange Gabe notwendig. Der Vorteil des inhalativen Kortisons ist, dass durch das

Inhalieren direkt in die Lunge gegenüber Tabletten oder Spritzen mit Kortison nur ein Hundertstel bis Eintausendstel der Dosis eingesetzt werden muss und damit auch viel weniger Nebenwirkungen befürchtet werden müssen. Was man aber wissen muss ist, dass *Raucher* etwa das fünffache von Nichtrauchern benötigen, um dieselbe Wirkung des inhalativen Kortisons zu haben. Das wird manchmal vergessen. Es ist insofern wichtig, da bis zu 30 % der Asthmatiker auch Raucher sind.

Die *andere Medikamentengruppe* sind Medikamente, die die Atemwege erweitern. Da gibt es zwei Typen: Die **Betasymphathomimetika** und die **Anticholinergika**. *Langwirksam* heißt dabei 12 bis 24 Stunden. Die ersten wirken dadurch, dass sie praktisch die Beta- Rezeptoren besetzen, die Betaschlösser sozusagen aufschließen und damit die Atemwege weit stellen. Die Anticholinergika hemmen (unterbrechen) die atemwegsverengende Wirkung des Nervus vagus. Wirkstoffe aus beiden Arzneigruppen werden auch beim Asthma bronchiale eingesetzt. Inhalatives Kortison wird bei einer Vielzahl von Patienten als Basismedikament eingesetzt, oft in Kombination mit langwirksamen Betamimetika, die man beim Asthma niemals alleine in der Langzeittherapie einsetzen sollte. Sie sehen an dieser Aufzählung, dass wir inzwischen eine Reihe von Präparaten haben, fasst zu viele würde man als Patienten schulender Arzt sagen, um sie alle wirklich zu kennen. Das geht aber auch uns Ärzten so. So kann es sein, dass manche Patienten zwei Präparate mit unterschiedlichen Namen erhalten, die beide ein langwirksames Betamimetikum enthalten. Das ist nach einer Umfrage, die wir von der Deutschen Atemwegsliga gemeinsam mit dem Berufsverband der Lungenärzte auch bei einem Teil von Ihnen durchgeführt haben bei rund 5 % der befragten Patienten der Fall. Das ist nicht gut. Deswegen muss man darauf achten, dass man möglichst nur eines von vielen Kombinationspräparaten wirklich einsetzt. Wir haben gelernt, dass Anticholinergika inzwischen beim Asthma auch eine Rolle spielen. Ich als alter Doktor kann Ihnen sagen, dass sie wieder eine Rolle spielen. Denn in früheren Zeiten hat in Bochum Professor Ulmer diese Medikamente selbstverständlich auch beim Asthma eingesetzt. Heute haben sie bei uns wieder eine Bedeutung. Wenn wir Ihr Asthma mit inhalativem Kortison und einem Betamimetikum nicht befriedigend einstellen können, dann setzen wir zusätzlich langwirksame Anticholinergika, wie z.B. Tiotropium, ein. Die Lungenfunktion bessert sich dann meist nochmals gegenüber einer Basistherapie mit inhalativem Kortison und Betamimetikum. Auch die Zahl von akuten Verschlechterungen geht weiter zurück. Wenn wir beim

Asthma akut die Atemnot lindern wollen, setzen wir in erster Linie *rasch wirksame* Betamimetika ein, die innerhalb von wenigen Minuten zu einer Atemerleichterung und damit Besserung führen. Diese Wirkstoffe heißen: *Fenoterol*, *Salbutamol* und *Terbutalin*. Auch das langwirksame Formoterol wirkt schnell und kann hier eingesetzt werden. Wir haben Alternativen, die man aber nur in begründeten Fällen, wenn der Patient die Betamimetika nicht verträgt, einsetzen kann. In der Asthma-Behandlung, das hatte ich Ihnen vorhin schon gesagt, versuchen wir den Patienten entsprechend seinem Beschwerdebild einzustellen. Dies in Form einer Stufentherapie, die nicht starr für die Lebensdauer des Patienten gilt, sondern variiert werden kann, je nachdem wie ausgeprägt das aktuelle und spezielle Beschwerdebild ist und wie stark der Patient beeinträchtigt ist.

Inhalatives Kortison ist das Basismedikament bei Asthma. Es wirkt von den leichtesten bis zu den schwersten Krankheitsausprägungen. Es wird praktisch immer eingesetzt. Alleine wird es eingesetzt bei den leichtesten und in Kombination bei den mittelgradigen Krankheitsformen. Bei den wenig oder sehr schwer kontrollierbaren Erkrankungen kann es auch mit anderen Medikamenten, je schwerer das Asthma ist, umso mehr kombiniert werden. Es gibt jeweils noch Alternativen wie die *Leukotrienantagonisten* in der Krankheitsstufe 2 oder auch die Möglichkeit einer Dosissteigerung des inhalativen Kortisons statt einem Einsatz von langwirksamen Betamimetika. Diese Alternativen sind aber *Alternativen*, weil sie die zweitbeste Möglichkeit der Behandlung sind und nicht die Beste. Neu hinzugekommen ist in der letzten Zeit die Behandlung mit einem langwirksamen Anticholinergikum, wenn wir mit der Kombination von Kortison und einem langwirksamen Betaagonisten nicht genug Besserung erreichen. Im Bedarfsfall werden wir möglichst kurz wirksame Betaagonisten einsetzen. Wenn jemand eine Kombination aus inhalativem Kortison und Formoterol als Dauertherapie hat, dann kann er auch diese für den Bedarfsfall nutzen. Asthmakontrolle ist ja unser Ziel (Abb. 3). Asthmakontrolle heißt, dass der Patient sich im grünen Bereich bewegt und nahezu beschwerdefrei ist, d.h. im Alltag nicht eingeschränkt ist, durchschlafen kann, die Notfallmedikation kaum einsetzen muss und eine normale Lungenfunktion hat. Diese Situation ist optimal. Wenn er sich dagegen im Ampelsystem nach gelb oder rot bewegt, dann muss man überlegen, die Therapie zu modifizieren. Das ist besonders bei diesen Patienten der Fall. Etwa 5 % der Patienten haben ein schwieriges oder schwer zu behandelndes Asthma, das sich häufig

verschlechtert und die stark schwankende Peakflows haben und manchmal auch sich nicht bessernde Engegefühle, oder die schlecht oder gar nicht mehr auf Kortison ansprechen. Diese Patienten können ein schweres Asthma haben, aber es kann auch an anderen Dingen liegen. Das muss man aber abklären. Man muss klären, ob es eventuell an Anfallsauslösern liegt. Sind diese wirklich aus dem beruflichen oder häuslichen Umfeld entfernt worden. Das ist nicht immer einfach. Denken Sie an ein Ehepaar, bei dem er unter Asthma leidet, sie jedoch eine Katzenliebhaberin ist. Da stellt sich die Frage, wer das Haus verlassen muss, das ist nicht immer die Katze. Das ist manchmal ein Problem. Es muss auch überprüft werden, ob wirklich ein Asthma vorliegt oder eine Erkrankung der oberen Atemwege oder es doch andere Medikamente sind. Wird überhaupt richtig inhaliert, reicht die Kortisondosis aus? Erst wenn man dies geklärt und ausgeschlossen hat, dann heißt es schweres Asthma. Dies bewegt derzeit Viele. Lösungsmöglichkeiten werden gesucht. Da sind die Patienten, bei denen trotz hochdosiertem Kortison und zusätzlichen Controllern und meist einem lang wirksamen Betamimetikum immer noch Behandlungsbedarf besteht. Diese Patienten versuchen wir zu charakterisieren, um für sie eine maßgeschneiderte Therapie zu entwickeln und einzusetzen. Dies sind dann häufig sogenannte *Biologika*, Antikörper gegenüber Entzündungsmediatoren (Vermittler), die bei diesen Patienten die bestehende Entzündung unterhalten.

Ein Asthma-Typ, den sie schon lange kennen, ist das *allergische Asthma*. Hier hat man heute die Möglichkeit, mit einem Antikörper, gegen IgE zu behandeln, das ist das Omalizumap oder Xolair®.

Ein *anderer Asthmatyp*, eine Untergruppe von Asthmatikern, wir nennen diese Typen auch Phänotypen, hat keine Allergien, aber besonders viele sogenannte *eosinophile Zellen* und auch dagegen haben wir Antikörper, z.B. Anti-IL5 Antikörper wie z.B. das Mepolizumap, welches als Nukala® bei uns zugelassen ist. Derzeit wird gegenüber verschiedenen Sub- oder Phäno- oder Endotypen eine Reihe spezieller Antikörper entwickelt, die in Zukunft möglicherweise in die Therapie eingeführt werden. Die Kosten einer Therapie mit ihnen sind jedoch immens. Deswegen müssen die in Frage kommenden Patienten auch sehr sorgfältig untersucht und ausgewählt werden.

Ein Hauptproblem in der heutigen Behandlung, ist die *Vielfalt der Inhalatoren*, die leider nicht alle mit derselben Technik bedient werden. Es ist eine wichtige

Aufgabe des behandelnden Arztes und seiner Helferin, aber auch meiner Ansicht nach des Apothekers, bei jeder Ausgabe des Medikamentes die Inhalationstechnik des Patienten zu überprüfen und zu demonstrieren, bzw. zu erklären, damit das verordnete Medikament auch wirklich mit dem jeweiligen Inhalator an seinen Wirkort in die Atemwege gelangt. Die Deutsche Atemwegsliga bietet hierzu Hilfen an, bis hin zu YouTube-Videos, wo man eben überprüfen und lernen kann, wie das eigene Medikament mit dem spezifischen Inhalator (dem Device), das ihnen verordnet wurde, wirklich richtig angewendet werden muss. Am besten lernt man das eigene Asthma-Management als Patient in einer *strukturierten Patientenschulung*. Hier ist die Inhalationstechnik ein wesentliches Thema, aber nicht das Einzige. Man muss ja als Patient die Veränderungen seiner eigenen Krankheit erkennen können. Ein wichtiger Punkt dabei ist die *Selbstkontrolle* anhand der Beschwerden und der Peakflowmeterkontrolle. Dies sind kleine Messgeräte, die man zu Hause einsetzen kann um die aktuelle Enge oder Weite der Atemwege zu erkennen, um sie dann zu dokumentieren, z.B. im Asthmatagebuch der Deutschen Atemwegsliga. Neben dieser Selbstkontrolle ist der zweite Schritt zu lernen, *aktive Selbsthilfemaßnahmen* einzuleiten, z.B. bei Krankheitsverschlechterungen die eigene Medikation zu erhöhen. Auch deswegen benötigt man ein Peakflowmeter, ein Tagebuch und einen Aktionsplan, was bei Verschlechterungen, bei denen die Peakflowwerte aus dem grünen in den gelben und schließlich roten Bereich gehen. Wenig später tritt auch vermehrt Atemnot auf. Der Patient setzt vermehrt Bedarfs- oder Notfallmedikation ein. Hier ist es wichtig, bereits beim Verlassen des grünen Bereiches zu handeln, und nicht erst viel später, im roten Bereich. Dies kann dann bedeuten, dass der Patient mit dem Notarztwagen zur nächsten stationären Behandlung gebracht werden muss. Wir wissen, dass wir mit diesen Aktionsplänen helfen kön-

Die Stufen der Asthma Kontrolle

Asthma Kontrolle	kontrolliert (Alle Kriterien erfüllt)	teilweise kontrolliert (1 Kriterium innerhalb 1 Woche)	Unkontrolliert
Symptome tagsüber	keine (≤ 2x pro Woche)	> 2x pro Woche	≥ 3 Kriterien des teilweise kontr. Asthmas innerhalb einer Woche
Einschränkung der Alltagsaktivitäten	keine	vorhanden	
Nächtliche Symptome	keine	vorhanden	
Einsatz einer Bedarfsmedikation	≤ 2x pro Woche	> 2x pro Woche	
Lungenfunktion PEF oder FEV ₁	Normal	< 80% vom Soll (FEV ₁) oder des PBW (PEF)	
Exazerbation	keine	≥ 1x pro Jahr	

Abb. 3

nen. Es sind viele Programme analysiert worden. Sie belegen, dass man Krankenhausaufenthalte, Notfallbehandlungen und ungeplante Arztbesuche sowie das nächtliche Asthma damit wirkungsvoll vermeiden kann.

Der letzte Punkt zum Asthma: Wichtig ist, dass Asthma-Management nicht nur heißt Medikamente verordnet zu bekommen, sondern als Betroffener muss man aktiv in die Behandlung selbst einbezogen werden. Als Patient muss man zuerst mit seiner Krankheit selbst zurechtkommen. Es kommt darauf an, die eigene Selbstkontrolle zu erreichen und zunehmende Beschwerden und Anfallsauslöser rechtzeitig zu erkennen. Es kommt aber auch darauf an, *Therapiepläne* für die Langzeitbehandlung, wie auch für die Notfallbehandlung festzulegen und durchzusprechen und für eine regelmäßige Verlaufskontrolle durch den behandelnden Arzt zu sorgen. Das ist meines Erachtens im heutigen Asthma-Management ganz besonders wichtig.

Die zweite chronische Volkskrankheit, die **COPD**, d.h. die chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit oder ohne Lungenemphysem ist unter diesem Kürzel zusammengefasst. Die chronisch obstruktive Bronchitis ist mit einer Einengung überwiegend der kleineren Atemwege und mit Entzündungsreaktionen in diesem Bereich und oft mit einem Lungenemphysem (Überblähung der Lunge mit Verlust des Stütz- und Halteapparates der kleineren Atemwege) verbunden. Diese Erkrankung nimmt in den letzten Jahren an Häufigkeit deutlich zu. Typische Beschwerden der COPD sind **Atemnot**, zunächst unter Belastung, sowie **Husten** und **Auswurf (AHA-Regel)**. Das sind die Hauptbeschwerden der COPD. Typisch für die COPD-Patienten ist das langjährige Zigaretten-Rauchen. Ich hatte schon gesagt, es ist eine Erkrankung mit Beginn in der zweiten Lebenshälfte. Wenn Sie einen Patienten haben, der über 40 Jahre alt ist, Raucher ist

oder ehemals starker Raucher war und Atemnot hat, dann müssen Sie an eine COPD denken. Es kann sein, dass 50 % der mit ja Antwortenden dieses Krankheitsbild haben. Das Problem der COPD ist, dass wir diese Erkrankung oft erst spät diagnostizieren. Bei der COPD tritt die Atemnot überwiegend unter Belastung auf. Bei 50-jährigen denkt da nicht jeder unbedingt an eine Krankheit. Der Patient selbst auch nicht. Er sagt: „Ich kann die Treppe nicht mehr so gut hochlaufen, weil ich über 50 bin und nicht mehr 20.“ Der Raucher sagt, sein Husten komme von der gerade gerauchten Zigarette und nicht von der COPD. Und schon verliert man Jahre mit weiter zunehmendem Verlust von Lungenfunktion, die man sonst für eine effektivere, möglichst frühzeitige Therapie nutzen könnte. Und auch hier kommt es darauf an, bei denjenigen, die husten mit und ohne Auswurf, und die Risikofaktoren für eine COPD aufweisen, eine Lungenfunktion durchzuführen, um zu sehen, ob bereits eine Einengung der Atemwege besteht. Das ist ja bei der COPD nach unserer heutigen Definition immer der Fall. Was wir in den letzten Jahren gelernt haben ist, dass die COPD nicht in der Lunge Haltmacht, sondern dass diese Entzündung andere Organe betreffen kann, insbesondere das Herz-Kreislauf-System, aber auch die Muskulatur. Die Knochen werden brüchiger, es geht bis zur Entwicklung von Angst und Depressionen. Ich möchte darauf hinweisen, dass man diese *Begleiterkrankungen* oder Komorbiditäten, wie wir sie nennen, ebenfalls abklären muss. Das ist beim COPD-Patienten häufig nicht der Fall und kann zu noch mehr Problemen führen. Eine akute Verschlechterung einer COPD muss nicht immer ein Atemwegsinfekt sein, da kann auch ein Herzinfarkt dahinterstecken. Das sollte man wissen. Etwa 50 % der COPD-Patienten haben, wenn man den Bluthochdruck mit einschließt, Erkrankungen im Herz-Kreislauf-System. Dabei gilt, dass Betablocker, von denen manche eine Enge der Atemwege begünstigen

ANZEIGE



Espan-Klinik mit Haus ANNA

Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen



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

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

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



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

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



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

können, wenn sie aus Sicht des Kardiologen sinnvoll sind, durchaus weitergegeben und nicht abgesetzt werden sollten. Wir schätzen heute die COPD durchaus anders ein als in früheren Zeiten, d.h. als deutlich komplizierter. Ich will Ihnen das erklären.

Wir haben vereinfacht vier Krankheitsgruppen A bis D. Unter A befinden sich die Patienten, die am leichtesten und unter D, die am schwersten erkrankt sind. Je mehr Krankheitsbeschwerden Patienten haben, umso mehr gehen sie von A nach B oder C oder nach D. Die Einordnung C oder unter D bedeutet, dass die Lungenfunktion nachweislich eingeschränkt ist. Wobei in der Gruppe D, eine oder mehrere akute Krankheitsverschlechterungen pro Jahr hinzukommen. Diese starken Verschlechterungen (Exazerbationen) werden heute in die umfassendere Beurteilung der COPD einbezogen. Deutlich gesagt, sie sind die „Sargnägel“ der Erkrankung. Wer solche akuten Verschlechterungen hat, muss damit rechnen, dass sich die Erkrankung im Verlauf verändert. Je schwerer diese sind, desto mehr. Deshalb ist es ein wichtiges Ziel der Behandlung, diese Verschlechterungen weitestgehend zu verhindern. Wir haben dazu verschiedene Therapieoptionen. Vorbeugende Maßnahmen, medikamentöse und nicht medikamentöse Behandlungen, apparative und operative Maßnahmen, die Langzeitsauerstofftherapie, die nicht invasive Beatmung und die Lungenvolumenreduktion beim schweren Emphysem.

Vorbeugende Maßnahmen: Die Wichtigste ist sicher die *Raucherentwöhnung*, aber auch die schwierigste. Denjenigen von Ihnen, die noch rauchen, empfehle ich dringend – auch dann – wenn ein Versuch einer Raucherentwöhnung erfolglos war, dies unbedingt noch einmal zu versuchen. Wir haben heute auch mehr Hilfen dabei.

Körperliches Training bei COPD

- Training
 - bessere Belastbarkeit
 - Lebensqualität ↑
 - Morbidität ↓
- Leicht-, mittelgradige COPD:
 - Teilnahme an ambulanten Lungensport- / Reha-Gruppen
- Schwere COPD:
 - stationäre Rehabilitation
 - körperliches Aufbautraining

Abb 4:

Der zweite Punkt sind die *Schutzimpfungen* gegenüber Pneumokokken und Influenza („Grippe“), ein wichtiger Punkt. Ich gehe hier nur ganz kurz darauf ein.

Dann die Gruppen der **Medikamente**: Hier sind die *Atemwegserweiterer*, die *Betamimetika* und die *Anticholinergika* die Wichtigsten und hinzukommen die **nichtmedikamentösen Behandlungsmöglichkeiten**, von denen körperliches Training die wichtigste nicht-medikamentöse Therapieoption ist. Die nichtmedikamentösen Maßnahmen bei COPD vernachlässigen wir leider in Deutschland noch immer. Das ist umso trauriger, weil wir mit keinem Medikament bisher zeigen konnten, dass wir die Lebenserwartung bei COPD verbessern können. Insofern sollte man auch besonders die nichtmedikamentösen aber nachweislich wirkungsvollen Behandlungsmöglichkeiten, wie z.B. Lungensport, nutzen (Abb. 4).

Schutzimpfungen: Was empfehlen wir?

Eine *jährliche Gripeschutzimpfung*! Und zwar nicht im September, sondern im November oder Dezember, weil man weiß, dass der Schutz in den Folgewochen nachlässt und die Grippeinfektionen meist Anfang des Jahres und nicht am Ende des Jahres auftreten.

Das zweite, was wir empfehlen, ist die *Pneumokokken Schutzimpfung*. Hier haben wir einen schon längervorhandenen Impfstoff PSV 23 mit einem breiten Spektrum gegenüber 23 Untergruppen von Pneumokokken, den Erregern der bakteriellen Lungeninfektion.

Wir haben einen neuen *Impfstoff PCV 13*, der zwar nur 13 Serotypen, also Untergruppen der Pneumokokken erfasst, aber wirksamer ist und länger in der Wirkung anhält. Deswegen empfehlen wir heute diesen Impfstoff. So steht es auch in unseren neuen Leitlinien zur ambulant erworbenen Lungenentzündung.

Medikamente in der Behandlung

Wichtigste Säule der ambulanten Behandlung sind die *Bronchodilatoren*, die nicht nur die Atemwege erweitern, das ist das eine, was aber bei der COPD sehr begrenzt möglich ist, zum anderen die Überblähung vermindern und dadurch wird man als Patient leistungsfähiger. Das wird mit den Bronchodilatoren (Betamimetika) erreicht. Sie haben eine Wirksamkeit von 12 bis 24 Stunden, bei einmal oder zweimal täglicher Inhalation.

Es gibt weiterhin die *langwirksamen Anticholinergika*, auch als LAMA'S abgekürzt. Hier gibt es die mit eben-

falls zweimal täglich erforderlicher Anwendung, wie das Aclidinium und die mit 24 Stunden Wirkung, wie z.B. das Tiotropium, Glycopyrronium oder Umeclidinium. Die zweimal tägliche Anwendung kann dann wichtig und hilfreich für den Patienten sein, wenn er nachts oder in den frühen Morgenstunden besonders ausgeprägte Beschwerden hat, da kann die abendliche Gabe noch nachts helfen.

Wenn Sie jetzt fragen, mit welchem dieser Medikamente sollen wir anfangen, empfehle ich Ihnen ein langwirksames Anticholinergikum. Für die Substanz Tiotropium konnte zuerst gezeigt werden, dass es gegenüber einem langwirksamen Betamimetikum stärker das Risiko einer akuten Verschlechterung (Exazerbation) vermindert. Das ist eines der wesentlichen Ziele der Behandlung.

Inhalatives Kortison hat bei der COPD keine so große Bedeutung wie beim Asthma, weil die Entzündung andersartig ist. Wir wissen auch, dass der Einsatz von inhalativem Kortison mit einem gewissen Risiko einhergeht, eine Lungenentzündung zu erleiden. Am ausgeprägtesten ist das Risiko mit Fluticason und am höchsten mit hochdosierten inhalativen Kortison-Präparaten. Deshalb ist hier Vorsicht angesagt. Die Bedeutung von inhalativem Kortison ist daher in den letzten Jahren bei der COPD zurückgegangen. Wir wissen auch, dass man bei der COPD mit niedrig dosiertem Kortison auskommt, nicht hochdosieren muss. Wir wissen, dass man das inhalative Kortison auch absetzen kann, ohne große Gefahr für den Patienten, jedenfalls bei den meisten. Dies zeigen inzwischen vier Studien. Es gibt jedoch Ausnahmen, die man auch anhand einer Eosinophilie im Blut erkennen kann.

Langwirksame Betamimetika (LABA'S) werden heute auch kombiniert mit langwirksamen Anticholinergika (also LABA und LAMA). Diese Fixkombinationen (d.h. fix mit einem Inhalator) sind gegenüber der Inhalation der jeweils einzelnen Wirksubstanz vorteilhaft, weil sie die Atemwege stärker erweitern. Die Wirksamkeitskurve für eine Kombination von Beiden zeigt bessere Lungenfunktionswerte als ihre Einzelgabe. Vor kurzem erfolgte nun der Vergleich zwischen einer Kombination aus dem langwirksamen Betamimetikum Indacaterol und einem langwirksamen Anticholinergikum (Glycopyrronium) gegenüber der bekannten Kombination aus dem langwirksamen Betamimetikum Salmeterol und einem Kortison (Fluticason), wie z.B. bei Viani®. Wenn Sie nun beide Kombinationen in Bezug auf das Auftreten akuter Verschlechterungen, bzw. der Verhinderung von akuten Verschlechterungen vergleichen, dann zeigt sich, dass

die Kombination aus zwei langwirksamen Bronchodilatoren, der Kombination aus Kortison und einem Atemwegserweiterer bei Patienten mit COPD überlegen ist. Dies wurde in der sogenannten FLAME-Studie gezeigt, über die ich auf Seite 33 berichte.

Wir haben außerdem noch bei einigen Patienten die Möglichkeit, Roflumilast, das auf einem anderen Weg entzündungshemmend wirkt, als Alternative zu einem inhalativen Kortison einzusetzen. Dieser Wirkstoff kann bei Patienten mit Husten und Auswurf und häufigen und schweren Exazerbationen akute Verschlechterungen oft reduzieren und damit hilfreich sein. Es darf aber nicht verschwiegen werden, dass dieser Wirkstoff bei 15 bis 20 % der damit behandelten Patienten Nebenwirkungen wie Übelkeit und Durchfall hat. Diese kann man verringern, wenn man während der ersten vier Wochen der Therapie nur die halbe Dosis einnimmt. Das Medikament heißt in Deutschland Daxas®.

Die medikamentöse Dauertherapie wählen wir gegenwärtig jeweils abhängig von dem Schweregrad der Beschwerden des Patienten. Wenn sie sehr gering sind, dann braucht man nur für den Bedarfsfall ein akut wirkendes und kurzwirksames Betamimetikum oder ein kurzwirksames Anticholinergikum. Wenn man aber starke Beschwerden hat, setzt man eine der langwirksamen Substanzen ein. Bevorzugen würde ich das LAMA, das langwirksame Anticholinergikum wegen der besseren Verhinderung von Exazerbationen, den akuten Krankheitsverschlechterungen. Reicht dies nicht aus, kann man noch ein LABA (langwirksames Betamimetikum) hinzufügen und beide Substanzgruppen kombinieren. Reicht dies immer noch nicht, können dazu noch ein inhalatives Kortison oder auch Roflumilast hinzukommen. Das ist im Prinzip die aktuelle medikamentöse Dauertherapie der COPD.

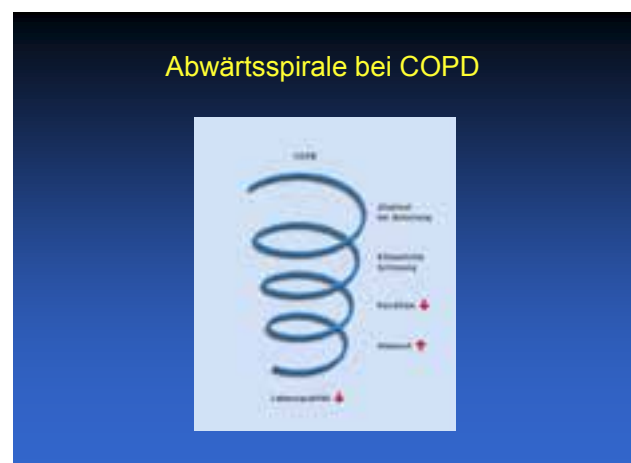


Abb 5:

Akuttherapie bedeutet, dass man sein Notfallspray stärker nutzt, und eventuell zusätzlich für 5 bis 14 Tage Kortison-tabletten mit 20 bis 40 mg einnimmt; häufig reichen aber schon 5 Tage aus. Wenn das nicht ausreichend hilft, muss man prüfen, ob der Patient nicht zusätzlich Sauerstoff benötigt, oder sogar beatmet werden muss. Bei eitrigem Auswurf können auch Antibiotika erforderlich sein.

Wir wissen aus einer großen Studie bei Patienten mit COPD, von denen 5.924 in die endgültige Auswertung kamen, dass von ihnen nichtmedikamentöse Behandlungen wie Schulungen und Lungensport, lediglich von 8,1 % genutzt wurden. Das ist etwas, was uns schmerzt, insbesondere, weil wir wissen, dass wir die Abwärts-spirale der Verschlechterung einer COPD durchbrechen müssen: (Abb. 5)

Die Abnahme der persönlichen Leistungsfähigkeit führt zu einem Verlust an Kommunikation mit den Nachbarn und schließlich oft zu Depressionen. Der Patient pendelt schließlich nur noch zwischen der Bettkante und dem Fernsehsessel hin und her. Am besten kann man dem mit aktiver Bewegungstherapie entgegenwirken. Wenn jemand schwer erkrankt ist, muss diese in einer stationären Rehabilitationseinrichtung erlernt und geübt werden. Wir müssen aber dafür sorgen, dass nach einem solchen Aufenthalt die ambulante Bewegungstherapie auch zu Hause weiterbetrieben wird. Da bieten sich die ambulanten Lungensportgruppen an, von denen wir leider noch viel zu wenige in Deutschland und in der Fläche haben. In der Arbeitsgemeinschaft Lungensport (AG Lungensport in Deutschland e.V.) sind wir intensiv darum bemüht, die Zahl der gut funktionierenden Lungensportgruppen mit entsprechend ausgebildeten Übungsleitern weiter zu erhöhen und sie auch besser zu vernetzen.

Patientenschulung ist auch bei der COPD ein wichtiges Thema. Auch hier geht es um die korrekte Technik der Inhalation und eine gute und dauerhafte Selbstkontrolle. Der Patient muss wissen, wann welches Medikament wie wirkt und vor allem, was er im Notfall tun kann. Im Notfall ist es ganz wichtig, dass auch die Angehörigen Bescheid wissen und helfen können. Sie müssen mit der Angst bei Atemnot umgehen und aktiv helfen können. Ein wichtiges „Frühwarnsystem“ für den Patienten sind zunehmende Atemnot und Veränderungen des Auswurfs, z.B. zu Gelb- und Grünfärbung des Auswurfs hin, als Infektzeichen. Auch hierfür gibt es Handlungspläne, was man als Patient in diesen Situationen machen kann. Messungen mit dem Peakflowmeter sind bei der

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

● Beatmung

- **COPD Beatmungsgerät „Vigaro“**
Mit DLB (Dynamische Lippenbremse)



Infos:

www.oxy-care-gmbh.de

Suchwort: vigaro

Mit Film der
NDR Mediathek

**Einziger
COPD-Modus**



● Sauerstoffversorgung

- Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

- **SimplyGo nur 4,5 kg**
Bis 2 l/min Dauerflow, Nachtmodus
- **SimplyGo Mini nur 2,3 kg**
Interne Akkuleistung bis zu 4,5h, St. 2,
erweiterbar auf 9h
- **Inogen One G3 8 Cell High-Flow**
Nur 2,2 kg, St. 1-5, 4h interne Akkulaufzeit St. 2,
erweiterbar auf 8h

**Inogen One G3 Shop-Preis
ab 2.595,00 € ***

**Miete ab 1 Woche
möglich!**



● Inhalation

- **OxyHaler Membran-Vernebler**
Klein - leicht (88 g) - geräuschlos - mit Akku.
Verneblung von NaCl bis Antibiotika möglich.

**Ideal
für unterwegs**

**Shop-Preis
238,50 €**

- **Allegro**

Mit 3 Düsen für die oberen, mittleren und unteren Atemwege.

78,50 €

- **Ultraschallvernebler U 3002-€**

Mit geschlossenem Sterilwassersystem. Perfekt für den Einsatz in Klinik, Pflegeheim, Arztpraxis und zu Hause.

85,70 €

- **Salivent**

Feucht-warme Meersalz-Inhalation.

● Atemtherapiegeräte

- **Alpha 300 zur IPPB-Therapie**

Intermittierend Positive Pressure Breathing
- Prä- und postoperatives Atemtraining
- Unterstützend mit gesteuerter Inhalation
PSI = Pressure Support Inhalation
insbesondere bei schwacher Atmung

**Atemtherapie
mit Inhalation: PSI
2.375,00 €**



- **GeloMuc/Quake/Respi-Pro**
- **PowerBreathe Medic/RC-Cornet**
- **PersonalBest - Peak Flow Meter**

**GeloMuc:
55,00 € ***



● Nicht nur bei Allergie & Asthma:

- **Luftreiniger: Philips AC 4072**
mit intelligentem Sensor, mehrschichtigem Filter
(deutsche Filtertechnologie). Zertifiziert durch
die ECARF.

**Shop-Preis
430,00 € ***



- **Luftbefeuchter: Philips HU 480I, 4803**

z.B. mit integriertem Hygrometer, Filter etc.

**Shop-Preis
ab 70,00 € ***



* solange
der Vorrat reicht!

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



OXYCARE GmbH · Holzweide 6 · 28307 Bremen

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

E-Mail ocinf@oxy-care.eu · www.oxy-care.eu

COPD nicht ganz so wichtig wie beim Asthma. Der gezielte und zusätzliche Einsatz von Betamimetika und Kortison-Tabletten ist die Basisinterventionstherapie, die vom Patienten auch selbstverantwortlich – nach Schulung – eingesetzt werden. Dadurch können Krankenhausstuge, Arztbesuche und Notfälle sowie Arbeitsausfallzeiten deutlich reduziert werden. Materialien hierzu können bei der AG Lungensport (www.lungensport.org) oder der Deutschen Atemwegliga e.V. (www.atemwegliga.de) angefordert werden. Im Deutschen Ärzteverlag gibt es hierzu auch ein Buch „Meine COPD habe ich im Griff“, dessen Kaufpreis auch von den Krankenkassen erstattet werden kann. Hier kann das, was in der Schulung vermittelt wurde, auch nachgelesen werden. Zur Vorbeugung und Verhinderung akuter Krankheitsverschlechterungen gibt es eine Reihe wichtiger Maßnahmen, die dabei helfen können, dass in den Herbst- und Wintermonaten weniger Infekte und möglichst keine Exazerbationen auftreten. Dazu gehören die wesentlichen Medikamente, die ich Ihnen genannt habe. Dazu gehört neben einer strukturierten Patientenschulung, die zusätzliche Einnahme von hochdosiertem Acetylstymin und meiner Meinung nach auch von Cineol, einem pflanzlichen Eukalyptuspräparat, das zur Reduktion der Exazerbationen beiträgt.



Der Autor:
Prof. Dr. Heinrich Worth,
 Facharztforum Fürth

Zusammenfassend hier die 10 Gebote für das COPD-Management:

- Eliminiere das Rauchen und die Luftverschmutzung
- Denke bei **Atemnot, Husten und Auswurf (AHA-Regel)** an COPD
- Sichere die Diagnose mittels Lungenfunktion
- Ermittle die Schwere der Atemnot, aber ermittle auch die eigene Leistungsfähigkeit und, ob Begleiterkrankungen vorliegen, wie insbesondere Herzerkrankungen, aber auch Osteoporose, Angst, Depression, Diabetes und der Rückfluss von Mageninhalt (Refluxkrankheit)
- Lass Dich rechtzeitig gegen Influenza und Pneumokokken impfen
- Treibe regelmäßige körperliche Aktivitäten und „Lungensport“
- Lass Dir vom behandelnden Arzt einen individuellen, maßgeschneiderten medikamentösen Therapieplan erstellen und auch erklären
- Die spezielle Anwendung der Inhalation sollte geschult, die Anwendung eingeübt und der Gebrauch kontrolliert werden. Nur so können auch die Medikamente sicher wirken und helfen.

ANZEIGE

KLINIK BAD REICHENHALL

**Zentrum für Rehabilitation
 Pneumologie und Orthopädie**

Eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd

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

Wir setzen seit 60 Jahren Standards in der pneumologischen Rehabilitation



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

Medikationsplan oder „Pillenpass“

NEU: Seit 1. Oktober 2016 – Anspruch auf persönlichen Medikationsplan

Seit dem 1. Oktober haben alle **gesetzlich krankenversicherten** Patienten in Deutschland, wenn sie

- chronisch krank sind und
- mindestens DREI Medikamente gleichzeitig und
- mindestens über einen Zeitraum von 28 Tagen einnehmen, bzw. anwenden,

Anspruch auf einen schriftlichen Medikationsplan. Zunächst gibt es ihn nur auf Papier. Geplant ist es, ihn ab 2018 auf der elektronischen Gesundheitskarte abzuspeichern.

Ihn erstellt in der Regel der Hausarzt. Aktualisieren und ergänzen können ihn aber auch andere Ärzte, Fachärzte, sowie Ärzte in Krankenhäusern. Auch Apotheker müssen ihn auf Wunsch des Patienten aktualisieren.

Prof. Hecken, Chef der Selbstverwaltung im Deutschen Gesundheitswesen (G-BA), hält ihn für einen „wichtigen Anfang“, jedoch könne der Medikationsplan auf Papier nur ein Zwischenschritt zu einer „zeitgemäßen Dokumentation“ sein. Der Nutzen einer Dokumentation aller vom Patienten eingenommenen und angewendeten *verordneten* oder auch *selbst gekauften* Medikamente ist unbestritten. Unerwünschte Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimitteltherapie verursachen rund ein Fünftel aller internistischen Krankenhausfälle. Diese gilt es auch mit dem Medikationsplan in den Griff zu bekommen.

Sie entscheiden über Ihre Daten

Der Medikationsplan soll Sie und Ihre behandelnden Ärzte unterstützen. Allerdings entscheiden Sie ganz allein darüber, wie Sie mit dem Dokument umgehen. So sollten Sie den Plan bei jedem Arztbesuch oder beim Einlösen von Rezepten vorlegen, müssen es aber nicht. Möchten Sie, dass bestimmte Angaben nicht im Medikationsplan auftauchen, können Sie das dem Arzt schon bei der Erstellung des Plans mitteilen. Gleiches gilt auch für Aktualisierungen des Medikationsplans. Dabei sollten Sie unbedingt daran denken, dass es wichtig ist, Ihren Arzt über alle eingenommenen Medikamente zu informieren – auch wenn diese nicht auf dem Plan stehen sollen. Und noch etwas: Arztgeheimnis und Datenschutz gelten selbstverständlich auch für den Medikationsplan.



© by-studio/fotolia

IHR MEDIKATIONSPLAN

WAS STEHT DRIN?

- **Persönliche Angaben:** Hier stehen Ihr Name, Vorname, Geburtsdatum und Angaben darüber, wer den Medikationsplan an welchem Tag erstellt oder aktualisiert hat.
- **Wirkstoff:** Hier steht der Wirkstoff des betreffenden Arzneimittels.
- **Handelsname:** Weil es für denselben Wirkstoff oft unterschiedliche Hersteller gibt, steht hier der Handelsname; beim Wirkstoff Acetylsalicylsäure zum Beispiel der Handelsname Aspirin.
- **Stärke:** Hier steht die verordnete Wirkstärke des Medikaments (z. B. 40 mg).
- **Form:** Hier steht die Darreichungsform (Tablette, Tropfen u. a.) des Medikaments in abgekürzter Form.
- **Einnahmezeitpunkt und Einheit:** Hier steht, zu welcher Tageszeit Sie welche Menge (Stück, Tropfen usw.) des Medikaments einnehmen sollen.
- **Hinweise:** Hier stehen gegebenenfalls weitere Angaben zur Einnahme oder Anwendung.
- **Begründung:** Hier steht, warum Sie das Medikament einnehmen, etwa wegen Bluthochdruck.

Quellen: http://www.kbv.de/media/sp/KBV_Medikationsplan_Flyer.pdf, Kassenärztliche Bundesvereinigung FAZ vom 04.10.2016 und Ärzteblatt Rheinland-Pfalz 12/2016

Wenn der Notarzt kommt: Bierallergie

von Dr. Wolfgang Sieber



In einem Land der Biertrinker wie Deutschland und ganz besonders im Freistaat Bayern, stellt die „Bierallergie“ einen „Worst case“, d.h. den „Supergau“ einer Allergie dar.

Aber auch seltene Allergien können, wie z.B. in unserem Fall eine Bierallergie, durch sorgfältige Anamnese eingekreist und einer Testung zugeführt werden. Unser 46-jähriger Patient aus der Nähe von Regensburg, war immer gesund. Bis, ja bis er in einem Biergarten einen Wurstsalat mit Zwiebeln und Brot aß und dazu „eine halbe Bier“ trank. Innerhalb von 30 Minuten nach dieser Mahlzeit zeigte er dann folgendes dramatische Bild einer massiven Lippenschwellung und der Lider als Teilbild einer Schockreaktion.



Der Notarzt wurde gerufen, der ihn mit der Verdachtsdiagnose „Bierallergie“ in die spezialisierte allergologische Ambulanz unserer Klinik einlieferte. Hier erfolgte eine medikamentöse Schocktherapie. Dem Patienten wurde auch ein Notfallset wegen seiner schweren Schockneigung ausgehändigt.

Die ausführliche Anamnese ergab: Bereits ein Jahr zuvor, während eines beruflichen Aufenthaltes in Moskau, hatte er eine ähnliche Reaktion nach einem Essen vom Hotel-Buffer und einem dunklen Bier. Medikamente habe er keine eingenommen.

Nach der Erhebung der Krankengeschichte führten wir eine Hauttestung und ergänzend einen Test auf das identische Bier (Thurn & Taxis hell, der gleichnamigen Brauerei, Regensburg) durch. Zusätzlich waren im durchgeführten Prick-Test die Reaktionen auf Gräserpollen und Frühblüher positiv (Bild oben). In einer folgenden vertiefenden Untersuchung auf spezifische Antikörper (IgE) zeigte sich eine starke Reaktion auf Malz, keine jedoch auf Brauereihefe oder Hopfen.



Angesichts der hinweisenden Anamnese, des positiven Hauttestes und der ebenfalls stark positiven Reaktion

auf spezifische Antikörper konnte eine *Biermalzallergie* diagnostiziert werden.

Das zum Brauen von Bier verwendete Malz wird aus Gerstenkörnern gewonnen. Der Mälzprozess lässt Malz, Zucker, Proteine und viele Enzymarten entstehen. Es ist deswegen mitunter schwierig, den tatsächlichen Verursacher, das verantwortliche Allergen, hier das Malzallergen zu identifizieren.

Nach unserer Literaturrecherche ist eine Bierallergie selbst in „Biertrinkerländern“ sehr selten beschrieben. In einer israelischen Arbeit wird ein spezielles Eiweiß (Lipid-Transfer-Protein) als wahrscheinlich auslösendes Allergen beschrieben.

Im weiteren Krankheitsverlauf zeigte der Patient bei Bierverzicht keinerlei Krankheitssymptome mehr.

Da unser Patient Wein – im Unterschied zu Bier – wie von uns nachgewiesen gut verträgt, fällt ihm bis jetzt der Bierverzicht nicht schwer.

Biermalzallergie

Verbreitung und Symptome

- Aus allergologischer Sicht ist Braumalz von Backmalz zu unterscheiden:
- *Braumalz* wird aus *Gerste*,
- *Backmalz* aus *Weizen* hergestellt.

Die Herstellung von Malz aus Roggen, Hafer, Mais und Reis ist weitaus seltener.

- Das zum Brauen von Bier verwendete Malz wird aus Gerstenkörnern verwendet. Der Mälzprozess lässt Malzzucker, Proteine und viele Enzymarten entstehen. Daher ist es mitunter so schwierig, den tatsächlichen Verursacher – das verantwortliche Allergen der Malz-Allergie zu identifizieren.

Der Autor:

Dr. med. Wolfgang Sieber
 Chefarzt Innere Medizin
 – Pneumologie, Allergologie

Facharzt für Innere Medizin,
 Pneumologie, Allergologie,
 Umwelt-Sport-Notfallmedizin

Kreisklinik Wörth a.d. Donau



„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

Asthma: Vom Kind zum Erwachsenen

Warum entwickeln nur maximal fünf Prozent der Kinder mit frühen Asthmasymptomen eine dauerhafte Erkrankung? Was passiert während des Jugendalters? Und warum gibt es so viele Neuerkrankungen bei Erwachsenen? Trotz umfangreicher Studiendaten bleiben zahlreiche Fragen ungeklärt. Den Stand des Wissens haben vier Ärzte des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL) in einem gerade in der Fachzeitschrift ‚Lancet Respiratory Medicine‘ erschienenen Übersichtsartikel zusammengefasst. Sie plädieren für aufeinander abgestimmte Forschung von Kinder- und Erwachsenen-Pneumologen.

Mit geschätzt 300 Millionen Erkrankten ist Asthma die am häufigsten auftretende chronische Atemwegserkrankung weltweit. Wie komplex die Erkrankung ist, zeigt sich schon beim Versuch, die typischen Symptome zu beschreiben. Bei Kindern tritt das **Giemen** auf, ein charakteristisches Atemgeräusch, das durch eine Verengung der Atemwege hervorgerufen wird. Dieses kann sich später zu **schwerwiegenderen Symptomen** wie **Hustenanfällen** und **Luftnot** entwickeln. Allerdings unterscheidet sich von Patient zu Patient, wie lang und intensiv diese Anfälle sind. Auch die **Auslösefaktoren** variieren: Bei allergischen Asthmatikern spielt der Kontakt mit **Allergenen** eine Rolle, bei anderen können **Infektionen** oder Zigarettenrauch ein akutes Krankheitsgeschehen auslösen. Allen gemeinsam ist jedoch eine **chronische Entzündung der Atemwege**.

Symptome bei Kindern und Erwachsenen

Langzeituntersuchungen haben verfolgt, wie sich die Symptome mit zunehmendem Alter entwickeln. Man fand heraus, dass

- nur drei bis fünf Prozent aller Kinder, die Giemen oder frühe Asthma-Symptome zeigen, die Erkrankung bis ins Erwachsenenalter behalten.
- In einer anderen Gruppe von Patienten verschwinden die Symptome nur vorübergehend, treten im Erwachsenenalter aber wieder auf.
- Darüber hinaus gibt es Patienten, die erst als Erwachsene ihren ersten Asthmaanfall haben. Meist leiden diese Patienten mit „Erwachsenen“ Asthma unter besonders schweren Symptomen.

Was weiß man über die Ursachen von Asthma?

In der Vergangenheit konnte eine Reihe von **Risikofaktoren** für Asthma gefunden werden. So spielen

- genetische,
- genetische Umweltfaktoren (epigenetisch) und
- Umwelteinflüsse

eine Rolle. Wer bereits an einer **Allergie** leidet, hat ein **erhöhtes Risiko**, an Asthma zu erkranken. Zu den wichtigsten umweltbedingten Auslösern gehört das Zigarettenrauchen. Dies könnte sogar bereits vorgeburtlich von Einfluss sein, wenn nämlich die Mutter raucht.



Vor allem bei **Jungen** verschwinden die Asthmasymptome im Jugendalter. Die biologische Ursache dafür ist allerdings unklar. Generell nehmen Forscher an, dass die zugrundeliegende Atemwegsentzündung andauert – selbst wenn typische Asthmasymptome seltener auftreten oder ganz ausbleiben.

Diagnose

In Studien bei Erwachsenen setzen Wissenschaftler ein breites Spektrum an Untersuchungsmethoden ein: Neben klinischen Daten können verschiedene Biomaterialien wie Sputum und kleine Lungengewebsentnahmen (Lungenbiopsien) gewonnen werden, was bei Kindern nicht möglich ist.

Standardisierte **molekulare Ansätze** für Untersuchungen sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen können helfen, offene Fragen zu unterschiedlichen Krankheitsverläufen und Ursachen des Asthmas zu klären. Ob es sich bei Asthma um eine einheitliche Krankheit oder um eine Vielzahl unterschiedlicher Krankheitsbilder handelt, wird zurzeit intensiv diskutiert. Sehr wahrscheinlich ist jedoch, dass Ärzte ihre Patienten zukünftig besser und gezielt auf den betroffenen Patienten (personalisiert) behandeln können, weil sie die unterschiedlichen Krankheitsursachen und-verläufe genauer kennen. ■

Quellen:

- Airway Research Center North: Asthma bei Kindern, Asthma bei Erwachsenen – ein und dasselbe? – Pressemitteilung vom 24. 10.2016
 Fuchs, O. et al.: Asthma transition from childhood into adulthood.
 Lancet Respir Med 2016 online am 22.09.2016
 Nach einer Pressemeldung des Lungeninformationsdienstes



Roche

HEUTE
IST DER TAG
AN DEM ICH
DIE KONTROLLE
ÜBERNEHME

HEUTE
IST DER TAG
AN DEM MEIN
KAMPF GEGEN
IPF BEGINNT

HEUTE
IST DER TAG
DER NEUE
CHANCEN BRINGT

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

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



fightipf.de

KÄMPFEN. ATMEN.
LEBEN.

2. Teil der Lungenkrebs-Reihe

Symptome, Diagnostik, Staging und Prognose

Der Lungenkrebs ist eine bösartige Geschwulst der Lunge, die in Deutschland bei Männern die häufigste und bei Frauen nach dem Brustkrebs die zweithäufigste Krebstodesursache darstellt.

von Prof. Gerd Goeckenjan

Symptome:

häufige Symptome des Lungenkrebses sind:

- Husten (bei länger als 8 Wochen anhaltendem Husten ist eine Röntgen-Untersuchung der Lunge erforderlich)
- Gewichtsverlust
- Luftnot, pfeifende Atmung
- Blutiger Auswurf, Abhusten von Blut
- Schmerzen im Brustkorb
- Anhaltende Heiserkeit
- Kopfschmerzen
- Schwellung des Gesichts, der Arme oder des Halses.

Diese Symptome können auch durch andere Krankheiten verursacht werden. Sie sollten jedoch ärztlich untersucht werden.

Diagnostik:

Bei Verdacht auf einen Lungenkrebs oder zum Ausschluss dieser Erkrankung werden eine Erhebung der Vorgeschichte (Anamnese), eine körperliche Untersuchung und eine Röntgen-Untersuchung der Lunge vorgenommen. Abb. 1 zeigt eine Röntgenaufnahme des Brustkorbs mit einer tumorverdächtigen Lun-

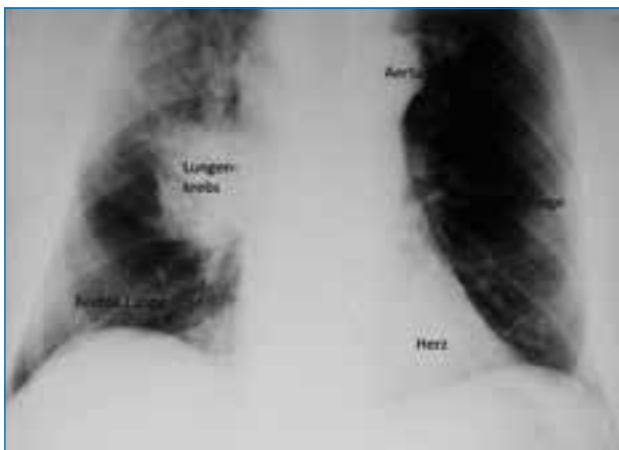


Abb.1: Röntgen-Bild des Brustkorbs (Thorax) mit einem rechtsseitigen Lungenkrebs.

genverschattung . Sofern sich der Verdacht auf einen Lungenkrebs ergibt, werden folgende Untersuchungen durchgeführt:

- Blutuntersuchungen
- Computertomographie
- Gewebentnahme aus dem tumorverdächtigen Herd durch:
 - Bronchoskopie, evtl. endobronchiale Ultraschall-Untersuchung (EBUS) oder
 - Nadelpunktion oder Nadelbiopsie oder
 - Videoassistierte Thorakoskopie (VATS)
- Bei Vorliegen eines Rippenfellergusses Punktion und mikroskopische Untersuchung der Ergussflüssigkeit

Die Blutuntersuchungen dienen dem Nachweis von Blutbildveränderungen, Entzündungszeichen, Stoffwechselstörungen sowie Leber- und Nierenveränderungen. Die Computertomographie des Brustkorbs (CT-Thorax) erlaubt durch eine Schnittbilduntersuchung die genaue Lokalisation des tumorverdächtigen Herdes, die Beurteilung der Struktur des Herdes, sowie die Feststellung weiterer kleinerer Herde und metastasenverdächtiger Lymphknotenvergrößerungen. Abb. 2 zeigt einen rechtsseitigen Lungenkrebs. Oft wird bei dieser Fragestellung die Computertomographie des Brustkorbs mit einer Computertomographie des Bauchraums kombiniert, die Absiedlungen des Tumors (Metastasen) im Bauchraum zeigen kann. Die Gewebentnahme erfolgt über eine Bronchoskopie oder über eine feine Nadel, die unter röntgenologischer oder computertomographischer Kontrolle in die Lunge eingeführt wird. Bronchoskope, die einen

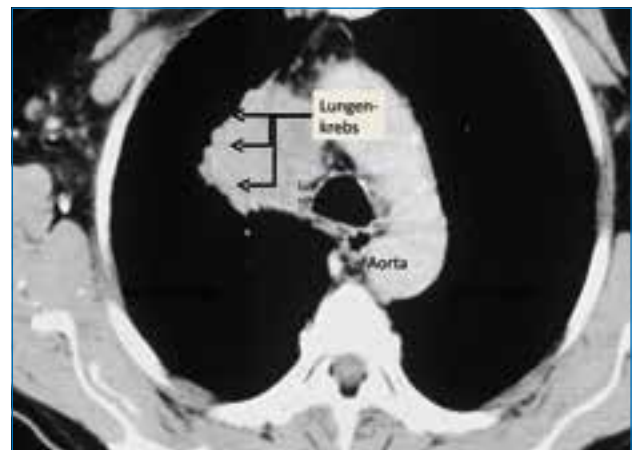


Abb.2: Computertomographie (CT) des Thorax mit einem rechtsseitigen Lungenkrebs.

Ultraschallkopf enthalten, erlauben eine endobronchiale Ultraschall-Untersuchung (EBUS) und ermöglichen so die Lokalisation von Lymphknotenmetastasen in der Nachbarschaft von Luftröhre und Bronchien und die gezielte Entnahme von Tumorzellen mit einer feinen Nadel aus verdächtigen Herden. Durch eine mikroskopische Untersuchung der Gewebs- oder Zellproben können die Krebszellen und der Zelltyp des Krebses nachgewiesen werden. Bei einigen Patienten kann der Krebs nur durch operative Entfernung eines unklaren Lungenherdes festgestellt werden, z.B. im Rahmen einer videoassistierten Thorakoskopie (VATS). Unterschieden werden der seltenere schnell wachsende kleinzellige Lungenkrebs, der bei etwa 15 % der Lungenkrebspatienten gefunden wird und der häufigere langsamer wachsende nicht-kleinzellige Lungenkrebs (bei 85 % der Patienten). Der letztere umfasst das Adenokarzinom, das Plattenepithelkarzinom, das großzellige Karzinom und seltenere Karzinomtypen. Bei Nachweis eines Tumors werden molekulargenetische Untersuchungen der Tumorzellen durchgeführt, da die Krebszellen unterschiedliche Mutationen der Chromosomen aufweisen können, von denen einige im Rahmen einer zielgerichteten Therapie gut auf bestimmte neuartige Medikamente ansprechen.

Staging:

Die Behandlung des Lungenkrebses ist abhängig vom Zelltyp, der Ausdehnung (dem Stadium) des Krebses, dem Alter und zusätzlich vorliegenden Erkrankungen. Das Tumorstadium (die Ausdehnung des Krebses) wird im Rahmen eines sog. Staging bestimmt. Das Staging ist eine ergänzende Diagnostik, durch die die Größe und Lokalisation des Tumors, die Ausdehnung des Tumors auf Nachbarorgane, der Befall von Lymphknoten durch den Tumor und Metastasen in andere Teile der Lunge oder in andere Organe festgestellt werden. Zu den Staging-Untersuchungen gehören:

- Computertomographie (CT) der Bauchorgane
- PET-CT (kombinierte Untersuchung aus Positronen-Emissions-Tomographie und Computertomographie)
- Magnetresonanztomographie (MRT) des Gehirns
- Knochenszintigraphie
- Mediastinoskopie

Die PET-CT ist eine sehr empfindliche Untersuchung, mit der auch sehr kleine Tumorherde aufgrund ihrer erhöhten Stoffwechselaktivität im ganzen Körper nachgewiesen werden können und durch die Kombination mit der Computertomographie genau lokalisiert werden können. Die Magnetresonanztomogra-

phie des Gehirns ist bezüglich des Nachweises von Hirnmetastasen der PET-CT überlegen, so dass diese Untersuchung zum Ausschluss von Hirnmetastasen zusätzlich durchgeführt wird. Durch die Knochenszintigraphie können Knochenmetastasen nachgewiesen werden. Die Mediastinoskopie erlaubt durch einen in Allgemeinnarkose vorgenommenen endoskopischen Eingriff, bei dem ein Endoskop durch einen Schnitt am vorderen Halsansatz eingeführt wird, eine Gewebentnahme von Lymphknoten aus dem Mediastinum, d. h. dem zwischen den Lungen gelegenen Mittelfell. Hierbei können Lymphknoten aus der Nachbarschaft der Luftröhre und der großen Bronchien gewonnen werden und die Frage eines Tumorbefalls der mediastinalen Lymphknoten feingeweblich (histologisch) geklärt werden. Durch die Möglichkeiten der alternativ eingesetzten Verfahren PET-CT und EBUS wird die Mediastinoskopie heute seltener durchgeführt.

Sofern eine operative Behandlung in Betracht kommt, werden weitere Untersuchungen zur Prüfung der Leistungsfähigkeit von Herz und Lungen (Lungenfunktionsprüfung, Blutgasanalyse, Echokardiographie und Spiroergometrie) durchgeführt. Oft kann die tatsächliche Ausdehnung des Tumors erst nach der Operation durch die feingewebliche (histologische) Untersuchung des entnommenen Operationspräparates einschließlich der angrenzenden Lymphknoten festgestellt werden (sog. pathologisches Staging).

Die Therapiemöglichkeiten des Lungenkrebses orientieren sich an den Tumorstadien. Hinsichtlich des nicht-kleinzelligen Lungenkrebses werden 4 Tumorstadien unterschieden, die auf der sog. TNM-Klassifikation (T=Tumor, N= Lymphknotenmetastasen, M=Fernmetastasen) beruhen und in Abhängigkeit von der TNM-Klassifikation weiter aufgegliedert werden (s. Tab. 1). Vereinfacht dargestellt sind die Tumorstadien des Lungenkrebses durch folgende Merkmale charakterisiert:

- Stadium I: Der Lungenkrebs befindet sich nur auf einer Seite der Lunge, ist im Durchmesser kleiner als 2 – 5 cm und hat nicht auf Lymphknoten oder Nachbarorgane übergegriffen.
- Stadium II: Der Lungenkrebs ist größer als 3 cm und kleiner als 7 cm oder hat auf Lymphknoten derselben Lunge oder das Lungenfellfell oder die großen Bronchien übergegriffen.
- Stadium IIIA: Der Krebs ist größer als 7 cm oder hat auf die gleichseitigen Lymphknoten im mittleren Brustkorb (Mediastinum) oder die Brustwand, das Herz, die Luftröhre oder die Speiseröhre übergegriffen.

Primärtumor (T)

T1	Tumor < 3 cm im Durchmesser, umgeben von Lunge oder Lungenfell, ohne Übergreifen auf Bronchien zentral von Lappenbronchien
T1a	Tumor < 2 cm
T1b	Tumor > 2 cm, < 3 cm
T2	Tumor > 3 cm, aber < 7cm, oder Tumor mit Befall des Hauptbronchus > 2 cm von Hauptcarina (Aufzweigung der Luftröhre in die Hauptbronchien) entfernt oder mit Befall des Rippenfells oder mit Atelektase (Kollaps von Lungengewebe) oder obstruktiver Pneumonitis (Lungenentzündung durch Bronchusverschluss) bis zum Hilus (Lungenwurzel), aber nicht des gesamten Lungenflügels
T2a	Tumor > 3 cm, aber < 5 cm
T2b	Tumor > 5 cm, aber < 7 cm
T3	Tumor > 7 cm oder Tumor mit Übergreifen auf Brustwand, Zwerchfell, Zwerchfellnerv, mediastinales Rippenfell, Herzbeutel, Hauptbronchus < 2 cm von Hauptcarina oder mit Atelektase oder obstruktiver Pneumonitis des gesamten Lungenflügels oder mit separaten Tumorknoten im gleichen Lungenlappen
T4	Tumor jeder Größe mit Übergreifen auf Mediastinum (Zwischenfell zwischen den Lungenflügeln), Herz, große Blutgefäße, Luftröhre, Kehlkopfnerve, Speiseröhre, Wirbelkörper, Hauptcarina oder mit separaten Tumorknoten in anderen Lungenlappen der gleichen Seite

Regionale Lymphknoten (N)

N0	Keine Metastasen in regionalen Lymphknoten
N1	Metastasen in gleichseitigen peribronchialen und/oder gleichseitigen hilären Lymphknoten
N2	Metastasen in gleichseitigen mediastinalen und/oder subcarinalen (unterhalb der Carina gelegenen) Lymphknoten
N3	Metastasen in kontralateralen (auf der anderen Seite liegenden) mediastinalen, kontralateralen hilären, gleichseitigen oder kontralateralen supraklavikulären oder Skalenus-Lymphknoten (am Halsansatz über und hinter dem Schlüsselbein)

Fernmetastasen (M)

M0	Keine Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen
M1a	Separate Tumorknoten in kontralateralem Lungenlappen, Tumor mit Knoten im Rippenfell oder maligner (tumorbedingter) Pleuraerguss oder maligner Herzbeutelerguss
M1b	Fernmetastasen in Organen außerhalb des Brustkorbs

Tumorstadien

Stadium IA	T1a – T1b	N0	M0
Stadium IB	T2a	N0	M0
Stadium II A	T1a, T1b, T2a	N1	M0
Stadium IIB	T2b	N1	M0
Stadium IIIA	T3	N1, N2	M0
Stadium IIIB	T4	N0, N1	M0
Stadium IIIB	Jedes T	N2	M0
Stadium IIIB	Jedes T	N3	M0
Stadium IV	Jedes T	Jedes N	M1a, M1b

Tab. 1: TNM-Klassifikation und Tumorstadien des Lungenkrebses.

- Stadium IIIB: Der Krebs hat auf die Lymphknoten der anderen Seite des Mediastinums oder die Lymphknoten am Halsansatz hinter und über dem Schlüsselbein übergegriffen. Stadium IIIB umfasst auch große Tumoren mit Übergreifen auf Wirbelkörper, Herz, Speiseröhre oder Luftröhre bei Befall der gleichseitigen mediastinalen Lymphknoten.
- Stadium IV: Der Krebs hat mit Metastasen (Absiedlungen) auf die Lunge der anderen Seite oder auf andere Organe außerhalb des Brustkorbs (z.B. Gehirn, Knochen) übergegriffen oder verursacht einen Rippenfellerguss (maligner Pleuraerguss).

Diese Beschreibung ist unvollständig. Die genaue Zuordnung der Stadien zur derzeit geltenden 7. Auflage der TNM-Klassifikation ist Tab. 1 zu entnehmen.

Die TNM-Klassifikation allein aufgrund der klinischen Befunde wird als klinisches Staging bezeichnet und mit einem c in Kleinbuchstaben versehen (z.B. cT3cN1cM0, Stadium IIIA), die nach einer Operation aufgrund der mikroskopischen Untersuchung des operativ entnommenen Gewebes gefundene TNM-Klassifikation wird als pathologisches Staging bezeichnet und mit dem Kleinbuchstaben p versehen (z.B. pT3pN2pM0, Stadium IIIA).

Für den kleinzelligen Lungenkrebs wird zumeist eine andere Stadieneinteilung gewählt und zwar:

- Begrenztes Stadium (sog. limited disease): Der Lungenkrebs befindet sich nur auf einer Seite des Brustkorbs, entweder in der rechten oder linken Lunge.
- Ausgedehntes Stadium (sog. extensive disease): Der Lungenkrebs befindet sich auf beiden Seiten des Brustkorbs oder hat Fernmetastasen in andere Teile des Körpers geführt.

Prognose:

Unter Prognose wird in der Medizin die Vorhersage des wahrscheinlich eintretenden Krankheitsverlaufs verstanden. Die Prognose des Lungenkrebses ist abhängig vom Tumortyp (kleinzellig – nicht-kleinzellig), dem Tumorstadium, dem Alter und dem Allgemeinzustand des Patienten. Tab. 2 zeigt die Abhängigkeit der mittleren Überlebensdauer und der 5-Jahres-Überlebensrate (Anteil der Patienten, die 5 Jahre überleben) vom Tumorstadium bei nicht-kleinzelligem Lungenkrebs.

Die günstigere Prognose in der Patientengruppe mit pathologischem Staging ist darauf zurückzuführen, dass das pathologische Staging eine Operation voraussetzt und die Prognose dieser Patienten primär günstiger war, so dass sie als operabel eingeschätzt werden konnten und durch die Operation zum Teil auch eine günstigere Prognose hatten.

Die Prognose des kleinzelligen Lungenkrebses ist ungünstiger als die des nicht-kleinzelligen. Im begrenzten Stadium (limited disease) wird im Allgemeinen mit Chemo- und Strahlentherapie behandelt und eine mittlere Überlebensdauer von 15 – 20 Monaten und eine 5-Jahres-Überlebensrate von 10 – 13 % erreicht. Im ausgedehnten Stadium (extensive disease) wird mit Chemotherapie und bei Bedarf mit Strahlentherapie behandelt und eine mittlere Überlebensdauer von 8 – 13 Monaten und eine 5-Jahres-Überlebensrate von 1 – 2 % erreicht. ■



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

Tumorstadium	Klinisches Staging		Pathologisches Staging (nach Op.)	
	Mittlere Überlebensdauer (Monate)	5-Jahres Überlebensrate (%)	Mittlere Überlebensdauer (Monate)	5-Jahres Überlebensrate (%)
IA	60	50	119	73
IB	43	43	81	58
IIA	34	36	49	46
IIB	18	25	31	36
IIIA	14	19	22	24
IIIB	10	7	13	9
IV	6	2	17	13

Tab. 2: Prognose des nicht-kleinzelligen Lungenkrebses (modifiziert nach Goldstraw, P. et al. J Thorac Oncol. 2007; 2: 706–714).

Spitzenmedizin für die Lunge

Lungenerkrankungen sind auf dem Vormarsch. Wissenschaftler gehen davon aus, dass im Jahre 2030 Lungenerkrankungen weltweit die zweithäufigste Todesursache sein werden, während Herzkreislauferkrankungen im Vergleich eher abnehmen. Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Atemwegsinfektionen und Lungenkrebs rücken demnach bis 2030 auf Rang zwei der weltweiten Todesursachenstatistik vor.

Die Asklepios Fachkliniken München-Gauting – Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie – sind mit 268 Betten und jährlich über 10.000 stationär behandelten Patienten die größte Lungenklinik in Bayern und zählen zu den fünf führenden Lungenkliniken bundesweit. Unter der Leitung des Ärztlichen Direktors, Prof. Dr. med. Jürgen Behr, bietet die Lungenklinik umfassende Diagnostik, neueste Therapieverfahren und hohe Kompetenz im gesamten Spektrum der Lungenheilkunde an.

„Zu unseren Stärken gehört es, durch innovative Medizin und enge Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Abteilungen auch komplexe Krankheitsbilder von Lunge und Thorax rasch und kompetent zu diagnostizieren und interdisziplinär zu behandeln“, sagt Prof. Dr. med. Jürgen Behr. Die Asklepios Fachkli-

niken sind Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München und haben gemeinsam mit dem Klinikum der Universität München ein Lungentumorzentrum gegründet, das durch die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. zertifiziert wurde. Um hohe und nachhaltige Behandlungserfolge zu gewährleisten und wirksame Medizin auf bestem Stand der wissenschaftlichen Forschung anzubieten, pflegt die Lungenklinik Gauting hervorragende Kooperationen mit universitären und außeruniversitären Wissenschafts- und Forschungseinrichtungen. Die Lungenklinik Gauting ist Gründungsmitglied des Comprehensive Pneumology Centers (CPC), einem Forschungsverbund, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, die Erforschung von Grundlagen auf dem Gebiet der Lungenheilkunde und ihre Umsetzung in die klinische Medizin zum Wohl des Patienten voranzutreiben. Als eine der wenigen

Behandlungs- und Leistungsschwerpunkte sind unter anderem:

Klinik für Pneumologie

Chefarzt:
Prof. Dr. med. Jürgen Behr



- Erkrankungen der Lunge und der Atemwege, einschließlich der durch Rauchen bedingten Lungenkrankheiten
- Tumorerkrankungen des Brustraums, Abklärung von Lungenrundherden
- Erkrankungen des Lungengewebes und der Lungengefäße inkl. Lungenhochdruck
- Infektionen der Atemwege und der Lunge

Klinik für Thoraxchirurgie

Chefarzt:
Prof. Dr. Rudolf Hatz



- Entfernung von krankhaftem Lungengewebe
- Laser-Entfernung von Lungenmetastasen
- Lokale Chemotherapie bei bösartigen Erkrankungen des Rippenfells
- Lungentransplantation gemeinsam mit dem Klinikum Großhadern



außeruniversitären Lungenkliniken sind die Asklepios Fachkliniken Mitglied im Deutschen Zentrum für Lungenforschung (DZL), ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) initiiertes Zusammenschluss exzellenter Ärzte und Wissenschaftler aus ganz Deutschland.

Klinik für Pneumologie

Wir diagnostizieren und behandeln sämtliche Erkrankungen der Lunge, der Atemwege und des Brustkorbs. Unsere Lungenklinik gehört zu den größten Schwerpunkt-kliniken ihrer Art in Deutschland. Hohe Spezi-

alisierung und lange Erfahrung hilft uns - gemeinsam mit Ihnen - eine individuelle und ganzheitliche Therapie zu planen. Ihre Krankengeschichte mit allen Symptomen bildet dafür die Grundlage. Wir verfügen über hochspezialisierte Schwerpunkt- und Funktionsabteilungen, die jeweils von Fachärzten geleitet und betreut werden.

Kernstück der pneumologischen Klinik ist die Abteilung allgemeine Pneumologie und Differentialdiagnostik: dieser Schwerpunkt ist spezialisiert auf die rasche und umfassende Diagnostik von Patienten, die mit Symptomen oder Röntgenbildern unklarer Lungen- und Atemwegserkrankungen aufgenommen werden. Nach Klärung der Diagnose werden die Patienten in der Aufnahmestation behandelt oder zur Therapie in die entsprechenden Schwerpunktabteilungen der Klinik verlegt.

Wir bieten Ihnen das gesamte Spektrum der Lungenheilkunde an.

- Lungengerüsterkrankungen
- Lungengefäßerkrankungen
- Lungenentzündung (Pneumonie)
- Tuberkulose
- Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Tumore der Lunge und des Brustraums

Klinik für Intensiv-, Schlaf- und Beatmungsmedizin

Kommissarisch Leitender Arzt:
Dr. med. Lorenz Nowak



- Diagnostik und Therapieeinleitung bei allen Formen des nicht erholsamen Schlafes
- Einleitung und Kontrolle einer außerklinischen Beatmungstherapie
- Nichtinvasive und invasive Beatmung, Entwöhnung von Langzeitbeatmung

Klinik für Thoraxchirurgie

Das hochspezialisierte thoraxchirurgische Zentrum mit über 1.700 Operationen jährlich wird von Chefarzt Prof. Dr. med. Rudolf Hatz geleitet. Zwei der modernsten Hightech-Operationssäle stehen unseren kompetenten Thoraxchirurgen zur Verfügung. Wir gehören zum größten thoraxchirurgischen Kompetenzzentrum in Süddeutschland. Als Lungenkrebszentrum liegt einer unserer Schwerpunkte auf dem Gebiet der Lungentu-

morchirurgie. Wir legen größten Wert auf schonende – minimalinvasiv und gewebsparende Verfahren, die die Lebensqualität unserer Patienten verbessert und ihre postoperative Lebensqualität erhöhen.

Insbesondere beim Verdacht auf Lungenkrebs ist ein schnelles, interdisziplinäres Vorgehen notwendig. In wöchentlichen Tumorkonferenzen beraten sich deshalb Thoraxchirurgen, Onkologen, Pneumologen und Strahlentherapeuten um entsprechend Ihrer Diagnose ein optimales individuelles Therapiekonzept zu erarbeiten. Das Wohl unserer Patienten steht dabei an oberster Stelle.

Unser Leistungsangebot

Neben der Tumorchirurgie wird das gesamte Spektrum von Video-Thorakoskopischen Operationen angeboten.

- Tumore der Lunge
- Pleuramesotheliom
- Tumore des Mediastinums (Mittelfellraum)
- Spontanpneumothorax
- Pleuraempyem

Unsere Schwerpunkte

- Minimalinvasive (videothorakoskopische) Chirurgie
- Pleurektomie mit HITHOC (eine hypertherme intrathorakale Chemotherapieperfusion) bei Mesotheliom
- Trachealchirurgie
- Metastasenchirurgie
- Die Lungenvolumenreduktion beim Lungenemphysem

Klinik für Intensiv-, Schlaf-, und Beatmungsmedizin

Kommissarisch Leitender Arzt der Klinik für Intensiv-, Schlaf- und Beatmungsmedizin, eines von nur 38 zertifizierten Weaningzentren (Zentren für die Beatmungsesntwöhnung) in Deutschland, ist Dr. med. Lorenz Nowak.

Frei und unbeschwert atmen zu können ist für gesunde Menschen eine Selbstverständlichkeit. Patienten, die über einen längeren Zeitraum mit einem Beatmungsgerät versorgt wurden, müssen dies – oft mühsam – erst wieder erlernen. Als eines von nur 38 zertifizierten Weaning-Zentren in Deutschland begleiten wir Sie auf diesem Weg. Mit interdisziplinärem und rehabilitativem Ansatz versuchen wir Schritt für Schritt die Entwöhnung (im engl. Weaning) von einer Langzeitbeatmung voranzutreiben. Ein speziell ausgebildetes Team von Ärzten, Pflegekräften, Atmungs- und Physiotherapeuten ist stets für Sie da. Die besonderen Bedürfnisse und Entwicklungsschritte des Patienten fließen in einen strukturierten Behandlungsplan

mit ein. Auch den Patienten, deren Atmungsfunktion nach der Erkrankung nicht wieder vollständig hergestellt werden kann, bieten wir Hilfeleistungen an: Wir organisieren eine Überleitung in eine spezialisierte Pflegeeinrichtung (mit außerklinischer invasiver Beatmung), eine ambulante häusliche Pflege (je nach Gegebenheiten auch mit 24-Stunden-Intensivpflege), einer Wohngruppe für Beatmete oder in einem Beatmungs-Pflegeheim. Bei allen Maßnahmen legen wir besonderen Wert auf die intensive Einbeziehung der Angehörigen: mit der richtigen Schulung durch unser Team lernen Sie einfache Komplikationen selbst zu beherrschen.

Gleichzeitig bieten wir Diagnostik, Therapie-Einleitung und -kontrolle einer Atempumpenschwäche in Form einer außerklinischen Maskenbeatmung bei verschiedensten Krankheitsbildern.

Unser Behandlungsschwerpunkte

Dr. Nowak und sein Team bieten Ihnen kompetente Unterstützung in allen Bereichen der Intensiv-, Schlaf-, und Beatmungsmedizin.

- Weaning (Entwöhnung)
- Außerklinische Beatmung
- Überleitmanagement
- Obesitas-Hypoventilations-Syndrom (Form der obstructiven Schlafapnoe)
- Neuromuskuläre Erkrankungen
- Kyphoskoliose (Verkrümmung der Wirbelsäule)
- COPD mit Hyperkapnie (erhöhter Kohlenstoffdioxid-gehalt im Blut)
- Hustenschwäche

Spitzenmedizin für die Lunge: Unser Anspruch ist die bestmögliche Versorgung unserer Patienten. Dafür setzen wir auf das enge Zusammenwirken von hochqualifizierten und engagierten fachärztlichen Medizinerinnen, Pflegekräften und Therapeuten. Die Erfüllung höchster Technik- und Hygienestandards sowie die Verknüpfung von klinischer Erfahrung und wissenschaftlicher Innovation ermöglicht uns eine herausragende Position in der Behandlung pneumologischer Krankheitsbilder. ■

KONTAKT:

Asklepios Fachkliniken München-Gauting

Robert-Koch-Allee 2 · 82131 Gauting

Tel.: (0 89) 8 57 91-7777

gauting@asklepios.com

www.asklepios.com/gauting

Eine aktuelle Studie (FLAME-Studie) belegt mit einer neuen Wirkstoffkombination einen besseren Schutz vor Exazerbationen bei COPD

Hauptziele der medikamentösen Behandlung der chronisch obstruktiven Lungenkrankheit COPD sind die Linderung von Atemnot, Husten und / oder Auswurf sowie die Minderung zukünftiger Krankheitsrisiken.

von Prof. Heinrich Worth

Da akute Krankheitsverschlechterungen, sogenannte **Exazerbationen**, den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen, kommt der **Vorbeugung** dieser Krankheitsverschlechterungen große Bedeutung zu. Hierfür stehen im Wesentlichen drei Wirkstoffgruppen zur Verfügung:

- Inhalatives **Cortison (ICS)** kann wie
- Wirkstoffe aus der Gruppe der atemwegserweiternd wirkenden Bronchodilatoren, zu denen **lang** wirksame **Beta-2-Sympathomimetika (LABA)** und
- **lang** wirksame **Anticholinergika (LAMA)** gehören, zu einer **Abnahme der Häufigkeit** von akuten Krankheitsverschlechterungen (Exazerbationen) führen.

In der **FLAME Studie** wurde jetzt geprüft, ob Exazerbationen bei Patienten mit COPD durch die kombinierte Inhalation von 2 Bronchodilatoren (LABA und LAMA: hier Indacaterol und Glycopyrronium, z. B. Ultibro®) genauso häufig wie durch die Kombination aus ICS und LABA (Salmeterol/ Fluticason, z. B. Viani®) vermindert werden.

Dazu wurde die Häufigkeit der Exazerbationen bei 3362 Patienten mit mittelgradiger bis schwerer COPD und mindestens 1 Exazerbation im Vorjahr, sowie krankheitstypischer Beschwerden der COPD in einer wissenschaftlichen Studie in vielen Arztpraxen und/ oder Kliniken multizentrisch über 1 Jahr vergleichend untersucht. Jeweils eine Hälfte der Patienten wurde entweder mit der LABA/LAMA-Kombination oder mit der ICS/LABA Kombination behandelt.

Als Ergebnis zeigte sich die Kombination LAMA/LABA der Kombination ICS/LABA durch eine **stärkere Abnahme der Exazerbationen** überlegen. Außerdem waren **Lebensqualität** und **Lungenfunktion** unter der neu-



en LABA/LAMA-Kombination nach der einjährigen Behandlung besser als unter der Kombination aus ICS/ LABA.

Schließlich fand sich bei den mit der LABA/LAMA-Kombination behandelten Patienten *kein erhöhtes Risiko für vermehrte Lungenentzündungen*, wie dies unter ICS/ LABA beobachtet wurde.

Zusammenfassend zeigt die FLAME-Studie, dass die Behandlung mit dieser Wirkstoffkombination aus einem LABA und einem LAMA (hier Indacaterol und Glycopyrronium) COPD-Patienten mit einem erhöhten Exazerbationsrisiko stärker vor diesen schützt als die bisher häufig eingesetzte Kombination eines ICS und eines LABA (Salmeterol und Fluticason). Im Vergleich fand sich somit ein besserer Schutz vor akuten Krankheitsverschlechterungen (Exazerbationen). ■

Original-Titel der Flame-Studie:

OVA vs. Salmeterol/Fluticasone, 52-week Exacerbation Study, FLAME (Effect of Indacaterol Glycopyrronium Vs Fluticasone Salmeterol on COPD Exacerbations)



Der Autor:
Prof. Dr. Heinrich Worth,
Facharztforum Fürth

Drei Jahre Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V.



Nach einer Mitteilung der Bundesregierung vom 29. September 2016¹ erkrankten rund 52.500 Menschen in Deutschland pro Jahr an Lungenkrebs. Etwa 43.000 von ihnen verlieren den Kampf und sterben daran. Damit gehört Lungenkrebs hierzulande zu den häufigeren Krebserkrankungen. Weltweit ist Lungenkrebs die Krebsart mit der höchsten Sterberate bei Männern und Frauen.

von Günter Kranz

Erhält man die Diagnose Lungenkrebs, ändert sich das Leben im Augenblick. Nichts ist mehr, wie es war. Der Gedanke an den Tod blitzt auf. Eine tiefe Verzweiflung und nicht selten Schuldgefühle bemächtigen sich der Betroffenen. Der Weg zur Annahme der Erkrankung ist für die Patienten, aber auch für ihre Angehörigen, oft lang und qualvoll.

Barbara Baysal, Vorsitzende des Bundesverbandes Selbsthilfe Lungenkrebs e.V. und der Berliner Selbsthilfegruppe Lungenkrebs, erkrankte 2001. Nach der Diagnose besuchte sie eine Gruppe für Menschen mit unterschiedlichen Krebserkrankungen, doch niemand dort hatte Lungenkrebs. Während ihres Aufenthalts in der Klinik und im Verlauf ihrer späteren Kur traf sie niemanden mit dieser Erkrankung. Trotz der schlechten Prognosen bezüglich der Überlebenszeit in den ersten fünf Jahren war sich Barbara Baysal sicher, dass es Überlebende geben musste. So startete sie 2002 einen Aufruf im Internet. Dies führte zu einem Treffen mit anderen Betroffenen und 2003 zur Gründung einer Selbsthilfegruppe Lungenkrebs in Berlin. Zeitgleich bildete sich in Hamburg eine weitere Gruppe. Bis Ende 2005 blieb es dabei. Als Barbara Baysal 2006 den Vorsitz der Berliner Gruppe übernahm, begann sie, schrittweise ein Netzwerk von Selbsthilfegruppen in Deutschland aufzubauen. Unermüdlich reiste sie durchs Land und half mit Rat und Tat bei der Gründung. Durch Anfragen von Kliniken und Patienten und über die Kampagne „Der zweite Atem“ kam sie in Kontakt zu weiteren Erkrankten und warb für den Aufbau weiterer Gruppen. Ihrem Einsatz ist es zu verdanken, dass es bald über 60 Selbsthilfegruppen in Deutschland gab. Wegen fehlender Mitstreiter

*Barbara Baysal,
Vorsitzende im
Bundesverband
Selbsthilfe
Lungenkrebs
und der Berliner
Selbsthilfe
Lungenkrebs*



und durch den Tod von Ansprechpartnern ist deren Zahl wieder gesunken; mittlerweile hat sie sich bei etwa 40 Gruppen stabilisiert.

Die steigende Zahl der Neuerkrankungen und das Interesse der örtlichen Selbsthilfegruppen führte dazu, dass am 2. November 2013 der Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V. gegründet wurde, der Ende Oktober 2016 in Berlin sein fünftes Bundestreffen ausrichtet. Barbara Baysal gehört zu den drei gleichberechtigten Vorsitzenden des Vorstandes. Der Bundesverband hat sich zum Ziel gesetzt, den Informationsaustausch durch die Vernetzung der Selbsthilfegruppen und Beratungsarbeit zu fördern, die regionalen Vereine zu beraten und zu unterstützen sowie eine Interessenvertretung im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich zu etablieren. Er informiert über Lungenkrebs mit seinen Folge- und Nebenwirkungen und strebt an, der Erkrankung das Stigma zu nehmen, mit dem sie in der Öffentlichkeit bis heute behaftet ist. Zu den Aufgaben des Verbandes als überregio-

¹ „Neue Ansätze in der Krebsforschung“, <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/09/2019-09-29-hs-krebsforschung.html>

nale Interessenvertretung gehören die öffentliche Gesundheitspflege, die Sammlung und Vermittlung von Kenntnissen über Lungenkrebs, der Aufbau von Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik und die Vernetzung von Betroffenengruppen und ihrer Mitglieder im Rahmen von Fachtagungen und ähnlichen Veranstaltungen. Ende 2016 soll das erste große Projekt des Bundesverbandes realisiert werden: die Schaffung eines Patientenordners. Dabei handelt es sich um eine Sammelmappe mit Informationen zu Themen rund um Lungenkrebs und seine Behandlung. Sie wird neu Erkrankten kostenlos in den zertifizierten Lungenkrebszentren, in Arztpraxen und in den örtlichen Selbsthilfegruppen zur Verfügung gestellt. In einer ersten Auflage werden 5000 dieser Ordner produziert.

Der Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs finanziert sich durch Zuwendungen von Privatpersonen, Firmen, Verbänden und der öffentlichen Hand. Er trifft im Einzelfall Sponsoring - Vereinbarungen mit Wirtschaftsunternehmen, verbunden mit der Gewährung von Geld oder geldwerten Vorteilen zur Förderung der Selbsthilfe bei Lungenkrebs. Der Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs sichert seine Unabhängigkeit gegenüber Sponsoren ab, indem er unter Beachtung seiner Grundsätze der Selbstverpflichtung Sponsoring-Vereinbarungen schriftlich trifft und Zuwendungen veröffentlicht. Den unterstützenden Firmen bietet der Bundesverband an, die im Rahmen der geschlossenen Vereinbarungen erfolgten Zuwendungen öffentlich



Mitglieder des Bundesverbandes beim Besuch des Operationsroboters DaVinci in der Berliner Charité

zu machen. Der Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs ist auf internationaler Ebene vernetzt und nimmt an Gesprächen und Veranstaltungen europäischer Gremien teil. Er ist Mitglied bei LuCe (Lung cancer Europe), einer Organisation, die Lungenkrebspatienten und ihren Angehörigen europaweit eine Stimme verleihen will.

Das Maß aller Dinge ist und bleibt die ehrenamtliche Arbeit der Mitglieder der örtlichen Selbsthilfegruppen. Deren Erfahrung zeigt, dass Selbsthilfe wirkt. Betroffene erhalten bei den Gruppentreffen Informationen aus erster Hand, weil ein Austausch von Patient zu Patient stattfindet. Diese Art von Kommunikation ist unmittelbar und authentisch,

ANZEIGE

ZURÜCK IN EINEN LEBENSWERTEN ALLTAG.

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

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

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

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

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

was viele Betroffene und Angehörige schätzen. Darüber hinaus muss in der Selbsthilfegruppe nichts erklärt werden. Es reicht oft schon zu sehen, dass man nicht allein ist.

Die Selbsthilfegruppen Lungenkrebs treffen sich in regelmäßigen Abständen. So finden etwa in Berlin einmal monatlich Gruppensitzungen an zwei Standorten statt. Die Anwesenden stellen sich neu Hinzukommenden vor, erzählen von ihrem Krankheitsverlauf und berichten, wie es ihnen geht. Die Atmosphäre ist locker, es wird viel gelacht. Wer nicht reden will, kann schweigen und zuhören. Wird einem Teilnehmer ein Thema zu viel, kann er den Raum jederzeit verlassen. Die ersten Fragen sind oft: Was passiert mit mir? Wie geht es weiter? Was kann ich tun? Das Thema Zeit ist allgegenwärtig. Die meisten Patienten wollen wissen, wie viel Zeit ihnen noch bleibt, aber auch, wie lange die einzelnen Therapieschritte dauern und wie sie ihren Alltag planen können. Der Erfahrungsaustausch in der Gruppe kann Patienten hierbei weiterhelfen.

Zu manchen Gruppentreffen werden Experten eingeladen, die zum Beispiel über Chemotherapie, Strahlentherapie oder personalisierte Krebsmedizin berichten. Die Gruppen besuchen außerdem Hospize, Palliativstationen, Strahlentherapieabteilungen oder andere Einrichtungen. Für die Gruppe ist es bereichernd, wenn Menschen zu den Treffen erscheinen, deren Angehörige verstorben sind. Sie unterstützen andere, die ihren Partner in der letzten Lebensphase betreuen. Auch Teilnehmer, die eine Therapie erfolgreich überstanden haben und sich in der Gruppe zeigen, um anderen Mut zu machen. Leider gibt es immer noch Ärzte, welche die Selbsthilfe ablehnen. Sie befürchten, informierte Patienten könnten ihnen unbequeme Fragen stellen. Doch auch sie profitieren von der Selbsthilfe. Sie



Teilnehmer beim Bundestreffen 2015

erhalten Anregungen und Informationen aus den Gruppen darüber, wie ihre Patienten die Behandlungen und deren Folgen erleben. Sie erfahren, wo es in ihren Kliniken Handlungsbedarf gibt und welche Informationen Patienten und Angehörige benötigen. Sie haben die Möglichkeit, in den Gruppen relevante Handlungsabläufe, die nicht zu verändern sind, zu erklären, so dass Patienten diese verstehen und akzeptieren können. Das Arzt-Patientenverhältnis kann gestärkt werden, denn Patienten empfinden es als wohltuend, wenn Arzt und Selbsthilfe zusammenarbeiten. Ärzte werden auch entlastet, weil in den Gruppen viele Informationen gegeben werden und manches medizinische „Fachchinesisch“ verständlich gemacht wird.

Wer als Betroffener oder Angehöriger daran denkt, eine der örtlichen Selbsthilfegruppen Lungenkrebs zu besuchen, findet auf der Webseite des Bundesverbandes eine Übersicht der einzelnen Gruppen und die Kontaktdaten der jeweiligen Ansprechpartner. Eine Kontaktaufnahme ist entweder telefonisch, per E-Mail oder unmittelbar durch den Besuch einer Gruppe möglich. ■

KONTAKT:

Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e. V.,
Rotenkruger Weg 78, 12305 Berlin
www.bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de
info@bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de
Telefon: 0160 90 67 17 79

Auch Helfer brauchen Hilfe ...
IBAN: DE40 3655 0000 0051 1052 45
Stadtsparkasse Oberhausen

Der Autor:
Günter Kranz,
Öffentlichkeitsarbeit
Bundesverband Selbsthilfe
Lungenkrebs e. V.,
Rotenkruger Weg 78,
12305 Berlin
Tel.: 0160 90 67 17 79



Die Nibelungenstadt in luftiger Atmosphäre

Welche Stadt ist älter? Trier oder Worms? Eine Antwort auf diese heiß diskutierte Fragen werden wir wohl niemals erhalten. Was den Wormsern aber sicher ist, dass sie die Ausrichter der ersten Lungentagung in Worms am 24.09.2016 waren.

von Johanna Butt

Bei bestem sommerlichem Wetter füllte sich bereits gegen neun Uhr das Tagungszentrum Worms am Rhein. Die Zentralveranstaltung des Deutschen Lungentages 2016 veranstaltet von der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA unter Schirmherrschaft der Deutschen Atemwegsliga e.V. zog etwa 700 interessierte Personen an. Viele hatten bereits durch die Mitarbeit in Selbsthilfegruppen oder die regelmäßige Lektüre der Luftpost einiges Vorwissen und konnten klar definierte Fragen stellen. Das Thema Lungensport – was kann ich, was darf ich, wo kann ich ihn machen – wurde oft angesprochen. Rund 30 Aussteller und Selbsthilfegruppen standen zur Beantwortung von Fragen bereit. Und auch nach den Vorträgen oder „am Rande“ der Veranstaltung ergaben sich zahlreiche interessante und informative Gespräche.

Ab 9.30 begann eine sehr interessante Vortragsreihe. Nach Begrüßung durch Dr. Köhler, dem Vorsitzenden der DPLA, gab Professor Worth aus Fürth einen Überblick über das Krankheitsmanagement bei COPD und Asthma. Prof. Bals erklärte die Möglichkeiten der Früherkennung von Asthma bronchiale und COPD. Prof. Gillissen widmete sich den Infekten bei Atemwegserkrankungen. Die Emphysem-Behandlung und Möglichkeiten und Grenzen der Emphysemchirurgie war Thema des Vortrags von Professor Eberhardt.

Darüber hinaus fanden parallel auch noch Workshops beispielsweise zum Thema Husten, geleitet von Dr. Kardos, statt.

Die Veranstaltung zog nicht nur Patienten an. Zu den Besuchern gehörten auch Angehörige von Patienten mit Atemwegserkrankungen, Physiotherapeuten und teils auch spontan Interessierte, die durch die Lokalpresse aufmerksam gemacht worden waren.



Einige Besucher waren weit angereist. Sogar aus dem fernen Hamburg, Berlin und München waren Teilnehmer dabei. Man munkelt sogar ein Ehepaar aus Trier gesehen zu haben.

Alles zusammengenommen trugen die Teilnehmer und eigens nur zu dieser Veranstaltung gekommene Besucher zu einem informativen Deutschen Lungentag 2016 in aufgeschlossener Atmosphäre, bei. Der erste Lungentag in Worms verdient definitiv einen Daumen nach oben. ■



Die Autorin:
Johanna Butt
c/o Deutscher Lungentag

Experteninterview mit Prof. Dr. Heinrich Worth

Ein Schwerpunktthema der DPLA ist seit Jahren die Bewegungstherapie und konkreter der Lungensport bei Atemwegserkrankungen. Hierzu ein Interview mit dem Experten Prof. Dr. Heinrich Worth, dem Vorsitzenden der AG Lungensport in Deutschland e.V.

von Prof. Heinrich Worth

Was kann Bewegung allgemein bei Patienten mit Lungenerkrankungen leisten und für wen ist das sinnvoll?

Sport und Bewegungstherapie können dazu führen, dass bei Lungenpatienten die oft beobachtete Abwärtsspirale unterbrochen wird. Diese entsteht durch vermehrte Atemnot infolge einer *Lungenkrankheit wie Asthma oder COPD, eine hierdurch verminderte körperliche Aktivität* und zunehmenden Konditionsmangel, was in der Folge bei manchen Betroffenen bis hin zu sozialer Isolation führt.

Die Bewegungstherapie verbessert zwar nicht die Lungenfunktion, aber sie führt

- zu einer besseren Leistungsfähigkeit der Muskulatur,
- des Bewegungsapparates und
- des Herz-Kreislauf-Systems – allerdings – bei unverändert eingeschränkter Lungenfunktion.

Das ermöglicht den betroffenen Patienten eine **stärkere Aktivität im Alltag** und eine **höhere Lebensqualität**.

In diesem Zusammenhang fällt auch oft der Begriff ‚Lungensport‘. Was hat es damit auf sich bzw. wie unterscheidet sich Lungensport von anderen Betätigungen?

Lungensport umfasst die gesamte Bewegungstherapie bei Patienten mit Atemwegs- und/oder Lungenerkrankungen – sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Er hebt sich damit auch etwas ab vom Rehabilitationssport.

Stellen Sie sich vor, ein Patient war in einer Klinik und geht anschließend in eine Rehabilitationseinrichtung. Dort erhält er zwar ein gutes Trainingsprogramm, doch nach seiner Rückkehr in den Alltag beendet er die Bewegungstherapie – der positive Effekt wäre innerhalb kurzer Zeit wieder verschwunden!

Um das zu verhindern, sollte der Betroffene möglichst wohnortnah eine Möglichkeit finden, wo er Bewegungstherapie und Sport betreiben kann. Die einfachste Form ist dabei die sogenannte *Lungensportgruppe*, in der man *einmal in der Woche mit gleichartig Erkrankten zusammenkommt*. In der Regel umfassen solche Gruppen etwa 10– 15 Teilnehmer und werden von einem entsprechend ausgebildeten Übungsleiter in einer Halle durchgeführt.

Ziele des Lungensports sind:

- das bewusste Wahrnehmen der Atmung,
- eine bessere Thoraxbeweglichkeit,
- eine Steigerung von Kraft Ausdauer und koordinativen Fähigkeiten mit dem *Ergebnis einer besseren Belastbarkeit*.

Werden die Angebote zum ambulanten Lungensport häufig genutzt und bezahlen das die Kassen?

Solche ambulanten Sportangebote gibt es leider nicht flächendeckend in Deutschland, sodass nicht alle Lungenpatienten auch einem solchen Angebot folgen können. Gerade im Osten Deutschlands existieren in der Fläche nicht überall wohnortnahe Lungensportgruppen.

Um die Suche zu erleichtern, haben wir in der Arbeitsgemeinschaft ‚Lungensport in Deutschland‘ um die 900 ambulante Gruppen registriert. Wahrscheinlich gibt es aber sogar wesentlich mehr. Patienten, die auf der Suche nach entsprechenden Angeboten sind, finden auf unserer Webseite ein Verzeichnis, das bei der Suche hilft:

www.lungensport.org/lungensport-register.html

Die *Krankenkassen zahlen* in der Regel fünf Euro pro Teilnehmer und Stunde – lokale Schwankungen sind aber möglich.

Was kann ich zuhause tun?

Es gibt eine Reihe von Dehnübungen für den Brustkorb und zudem einfache Übungen zur Steigerung von Kraft und Ausdauer, die man auch in der Lungensportgruppe erlernt, die man natürlich zuhause auch fortsetzen sollte, das kann man nur empfehlen. *Ideal* ist sicherlich Beides:

- die möglichst mehrmaligen täglichen Übungen zuhause und
- die Teilnahme und Übungen einmal pro Woche gemeinsam in der Lungensportgruppe. ■

Nach Interview im: Lungeninformationsdienst.

Der Lungeninformationsdienst hat wichtige Punkte zum Thema auf dem Factsheet „Lungensport“ zusammengetragen:



Lungensport in der Gruppe und zu Hause – Das Wichtigste in Kürze

Lungensport versteht sich nicht als Leistungssport, sondern als spezielles Training, das für Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen angepasst und dosiert ist. Eine Lungensporteinheit dauert in der Regel zwischen 60 und 90 Minuten bei dafür speziell ausgebildeten Übungsleitern. Mit einer Einheit Lungensport in der Woche sollte allerdings das Thema Bewegung nicht für den Rest der Woche erledigt sein. Vielmehr können Patienten zum Erhalt der Lebensqualität jede Möglichkeit nutzen, um im Alltag zu trainieren.

Ziele des Lungensports:

- Atmung bewusstmachen und wahrnehmen
- Atemarbeit ökonomisieren, Atemmuskulatur verbessern
- Thoraxbeweglichkeit und physische Belastbarkeit steigern
- Entspannungstechniken erwerben, Schonverhalten vermeiden
- schädigende Atemgewohnheiten vermeiden
- richtiges Treppensteigen, Unfall- und Sturzprophylaxe
- Immunsystem stärken, Exazerbationen reduzieren
- Belastungsanpassung reduzieren, Notfallverhalten einüben

Zielgruppe:

Patienten mit Asthma bronchiale, chronischer Bronchitis, COPD mit/ohne Lungenemphysem, Cystischer Fibrose, Lungenfibrose, Bronchiektasen, Alpha-1-Antitrypsinmangel, Sarkoidose mit Lungenbeteiligung oder Patienten, die auf eine Sauerstoff-Langzeittherapie (LTOT) angewiesen sind.

Verordnungsablauf:

- Verordnung durch Haus- oder Lungenfachärzte (mit dem Formular 56): 50 Einheiten in 18 Monaten oder 120 Einheiten in 36 Monaten
 - Verordnung mit der Bitte um Genehmigung bei der Krankenkasse einreichen
 - nach erfolgter Genehmigung beim Therapeuten vorstellig werden:
- Infos über Lungensportgruppen finden sich unter www.lungensport.org

Ausnahmen:

Privatversicherte sollten im Vorfeld Kontakt mit dem/r Übungsleiter/in und dem zuständigen Kostenträger aufnehmen. Wer über die Rentenversicherung eine Rehabilitation für die Atemwegserkrankung durchführt, kann von der Einrichtung Lungensport für sechs Monate mit der Rentenversicherung als Kostenträger verordnet bekommen.

Ablauf einer Lungensporteinheit

- Aufwärmphase (z.B. Peak-Flow-Messung, Schulung, Aufwärmgymnastik mit / ohne Gerät)
- Gymnastikphase (Ausdauer / Kräftigung / Koordination / Dehnung / usw.)
- Entspannungsphase

(Fortsetzung auf der Rückseite)

Quellen: Michaela Frisch, www.espan-klinik.de

www.lungensport.org

Mehr Informationen: www.lungeninformationsdienst.de/therapie

HelmholtzZentrum münchen

Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt

Der Autor:

Prof. Dr. Heinrich Worth ist Vorsitzender der AG Lungensport in Deutschland e.V. und zudem stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Atemwegsliga e.V. Er ist Allergologe, Kardiologe und Pneumologe und befasst sich vor allem mit den Interaktionen zwischen Lunge und Herz. Sein besonderes Interesse gilt zudem der Diagnostik und der nichtmedikamentösen Therapie von Asthma und COPD. Unter der Führung von Prof. Worth entstanden etwa die Patientenschulungsprogramme NASA (Nationales Asthma-Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker) und COBRA (Ambulantes Schulungsprogramm für COPD-Patienten). Prof. Worth war Tagungsleiter unserer 1. Lungentagung Worms, am 24. September 2016.



Heimprogramm:

Im Sitzen oder Stehen – je nach körperlicher Verfassung bzw. Leistungsfähigkeit:

- Beide Arme in Schulterhöhe zur Seite strecken.
- Die Handinnenflächen zeigen nach vorne (oder: nach unten). Beide Arme in kleinen schnellen oder großen langsamen Bewegungen vor und zurück (oder: auf und ab) bewegen, zusätzlich mit den Beinen auf der Stelle gehen.
- Die Hände zur Faust schließen, wieder öffnen; dabei mit beiden Armen kleine Achter beschreiben, zusätzlich im Wechsel ein Bein mit der Ferse nach vorne setzen.
- Beide Arme beschreiben einen Kreis, ein Bein gebeugt abheben, in der Luft mit dem Knie eine Acht „schreiben“.



Übung mit einem Handtuch (Geschirrtuch):

- Das Handtuch schulterbreit greifen und vor dem Brustbein / auf Schulterhöhe halten, mit der Ausatmung das Handtuch auseinander ziehen, mit der Einatmung wieder lösen.
- Das Handtuch schulterbreit greifen, mit der Einatmung am Körper entlang hochführen und mit der Ausatmung über vorne wieder nach unten führen („einen Kreis vor dem Körper beschreiben“ kombiniert mit der Atmung).
- Das Handtuch schulterbreit greifen, die Arme mit dem Tuch zur Decke hoch strecken, mit der Einatmung zur Decke hoch schieben und mit der Ausatmung wieder lösen.



Trainingstipps:

- immer auf die Atmung achten, nicht die Luft anhalten oder in eine Pressatmung verfallen
- bewusst die Lippenbremse einsetzen: durch locker aufeinander liegende Lippen langsam und ruhig ausatmen, nicht pressen; es sollte kein Atemgeräusch entstehen

Quellen:

Michaela Frisch, www.espan-klinik.de

www.lungensport.org

Mehr Informationen: www.lungeninformationsdienst.de/therapie

HelmholtzZentrum münchen

Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt

Fachsymposium im Berchtesgadener Land

Pneumologische Reha wird universitär

Beim Stichwort **Universität** entsteht schnell der Gedanke an eine große Stadt – München oder Hamburg zum Beispiel. Seit einem Jahr ist auch Schönau „Uni-Stadt“. Die 5.000-Einwohner-Gemeinde am Königsee gehört zu den herausragend versorgten Städten in Sachen Lungenkrankheiten – und dies nicht nur seitdem ihr Chefarzt der Schön Klinik Berchtesgadener Land, Dr. Klaus Kenn, von der Universität Marburg zum Professor für Pneumologische Rehabilitation berufen wurde.

von Yvonne Willibald

Das Konzept der pneumologischen Rehabilitation in der Schön Klinik Berchtesgadener Land lautet: **Aktivität statt Schonung**. Ein maßgeschneidertes Trainingsprogramm hilft Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen wie:

- Asthma bronchiale,
- COPD oder
- Lungenfibrosen,

ihre Muskeln zu stärken und damit ihre Belastbarkeit und ihre Atmung zu verbessern. Selbst Patienten, bei denen kaum mehr Alltagsaktivitäten möglich erscheinen, können auf diese Weise ihre Leistungsfähigkeit wieder aufbauen und langsam steigern – sogar vor und nach einer Lungentransplantation. Dafür ist es entscheidend, dass sie eine gesunde, körperlich aktive Lebensweise erlernen und durchhalten. Unterstützt wird die **Trainings-Therapie** unter anderem durch eine

- intensive, individualisierte Atemphysiotherapie,
- psychologische Betreuung,
- Ernährungsberatung, und falls notwendig
- bedarfsorientierte Sauerstofftherapie.

Zusätzlich fördert die Klinik den Austausch der Patienten untereinander – beispielsweise in der sogenannten Transplantationsgruppe.

Hilfe für „untrainierbare“ Patienten

Professor Kenn und sein Team arbeiten seit vielen Jahren an der ständigen Verbesserung ihrer Therapie, unter anderem mit gezielter eigener Forschung. So zeigte eine seiner Studien (s. Abb. 1), dass seine Klinik bei der Trainingstherapie von Patienten mit Lungenfibrosen international neue Standards setzen

konnte. Patienten mit unterschiedlichen Formen von **Lungenfibrosen** erreichten und übertrafen damit die sogenannte Hürde bedeutsamer Verbesserungen der körperlichen Leistungsfähigkeit (engl. MID = minimal important difference). Das ist umso bemerkenswerter, als diese Patienten vor gar nicht langer Zeit noch als untrainierbar eingestuft wurden.

Vibrationstraining für COPD-Patienten

Auch neueste Trainingsmethoden nimmt die Klinik stets in ihr Behandlungskonzept auf, nachdem sie wissenschaftlich abgesichert sind.

Ein Beispiel: In einer Studie hat die Klinik belegt, dass der Effekt eines körperlichen Trainings verstärkt werden kann, wenn es ergänzend auf einer Vibrationsplatte ausgeführt wird. Daher trainieren die COPD-Patienten der Klinik möglichst auf dem Galileo®-Vibrationsgerät.

In einer weiteren Studie konnte nachgewiesen werden, dass ein Vibrationstraining auch nach einer Lungentransplantation noch deutliche Verbesserungen bewirkt.

Pneumologische Reha wird universitäre Einrichtung

Doch auch wenn das Team der Klinik bereits seit Jahren intensiv neue Wege in der pneumologischen Rehabilitation geht, erforscht und darüber wissenschaftlich berichtet – selbstverständlich ist diese Anerkennung einer bayerischen Klinik als universitäre Rehabilitationsklinik eines hessischen Universitätsklinikums nicht.

Umso mehr war dies der Anlass für ein Fachsymposium im Juni: Von den renommierten Rednern gab es viel Zuspruch für diese außergewöhnliche



Abb. 1: Steigerung der Leistungsfähigkeit nach pneumologischer Rehabilitation (PR) im 6-Minuten-Gehstest bei Patienten mit unterschiedlichen Lungenerkrankungen. Die gestrichelte rote Linie (MID) gibt dabei die „Grenze“ zur klinisch bedeutsamen Verbesserung an.

Pionierarbeit in der pneumologischen Rehabilitation. So anerkannte beispielsweise Prof. Emil Wouters, Direktor des Zentrums für chronische Krankheiten des Medical Centers der Universität Maastricht die beispielgebende Arbeit von Prof. Kenn: „Du verkörperst den Begriff „Academic Leadership“. Deine Ernennung zum Universitätsprofessor ist der Beweis hierfür.“ Und Prof. Claus Vogelmeier, ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., von der Klinik für Innere Medizin des Universitätsklinikums Gießen Marburg, Schwerpunkt Pneumologie, stellte fest: „Heute ist ein besonderer Tag für uns, eine Art Richtfest für die Pneumologische Rehabilitation. Das Fundament ist da, die Wände stehen – jetzt müssen wir dieses Haus auch noch mit vielen Inhalten füllen – aber das kriegen wir auch noch.“

Intensive Forschungsarbeit im Bereich der Pneumologie

Doch natürlich ging es nicht nur um diesen neuen universitären Lehrstuhl:

Priv. Doz. Dr. Thomas Köhnlein von der Robert-Koch-Klinik für Pneumologie in Leipzig berichtete über seine Studie zur nicht-invasiven Beatmung und deren positive Auswirkungen auf Lebensqualität und Lebensverlängerung.

Prof. Lutz Freitag vom Universitäts Spital Zürich zeigte in faszinierenden Videos krankhafte Störungen der Stimmbänder, bei denen durch eine besondere

Form der Bronchoskopie, unklare Fälle von Atemnot bei Patienten aufgedeckt und ihnen anschließend noch geholfen werden konnte (Bericht folgt).

Prof. Jürgen Behr von den Asklepios Fachkliniken München-Gauting, Medizinische Klinik und Poliklinik V, der Ludwig-Maximilians-Universität München, berichtete in seinem Vortrag über medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten der Lungenfibrosen. Er betonte, wie wichtig weitere Studien für die Dokumentation und Legitimation des aktuellen Vorgehens bei Patienten mit Lungenfibrose sind.

Internationale Kooperationen stützen die Forschung

Die Universität Marburg-Gießen gehört zu den fünf Deutschen Lungenzentren, die zusammen das DLZ bilden. Schon seit Jahren kooperiert die Universitätspneumologie mit der Schön Klinik Berchtesgadener Land. Viele Marburger Medizin- aber auch Psychologie-Studenten erarbeiten im dortigen Fachzentrum Pneumologie Befunde für ihre Doktor- und Abschlussarbeiten. Vor 18 Jahren wurde das Fachzentrum für Pneumologie im damaligen Klinikum Berchtesgadener Land eröffnet, anfangs mit vergleichsweise wenigen Patienten. Um auf dort oder in der Wissenschaft neu entwickelte Behandlungskonzepte aufmerksam zu machen, präsentierte Prof. Klaus Kenn – zunächst allein, später mit seinem Wissenschaftsteam – aktuell neueste Forschungsergebnisse bei Kongressen. So gewann er renommierte nationale wie internationale wissenschaftliche Kooperationspartner, z.B. an der holländischen Universität Maastricht und der belgischen Universität in Leuven (Löwen). ■

Die Autorin:
Yvonne Willibald
 Kommunikation & Vernetzung
 Senior-PR-Referentin
 Schön Klinik Verwaltung
 GmbH, Seestraße 5a
 83209 Prien am Chiemsee



Atemlos? – Nicht mit uns!

Projektabschluss „Aufbau von RehaSportgruppen für Menschen mit chronischen Atemwegserkrankungen“ des Behinderten- und Rehabilitations-Sportverbandes Sachsen-Anhalt e. V. (BSSA)

von Annette Lippstreu

Nach zweijähriger Laufzeit wurde das BSSA-Projekt „Aufbau von Rehabilitationssportgruppen für Menschen mit chronischen Atemwegserkrankungen“ am 24. Juni 2016 in Halle erfolgreich abgeschlossen. Neun Vereine des BSSA beteiligten sich an diesem Projekt, dessen Ziel es war, speziell für die Zielgruppe der Menschen mit Atemwegserkrankungen entwickelte sportliche Angebote anzubieten.

Von August 2014 bis Juni 2016 trafen sich die Projektteilnehmer sechs Mal in Halle, Magdeburg bzw. Lostau. Einige Vereinsmitarbeiter besuchten die Fachmesse „therapie Leipzig“ und nahmen an der Fortbildung zum Thema „Atemwegserkrankungen“ teil.

In sechs Mitgliedsvereinen entstanden in diesem Zeitraum insgesamt **sieben neue RehaSport-Gruppen** für diese spezifische Patientengruppe. Die Projektidee entstand im Jahr 2013 auf der Basis der Analyse des Versorgungsgrades an RehaSport-Angeboten für Atemwegserkrankte in Sachsen-Anhalt.

Die Projektteilnehmer bildeten sich durch Vorträge von Fachärzten und Klinik-Besuche speziell zu diesen Krankheitsbildern und in darauf abgestimmten sportlichen Übungen weiter. Im Ergebnis erhielten sie ein Zehn-Wochen-Übungsprogramm vom BSSA und erarbeiteten gemeinsam ein Informationsfaltblatt für Betroffene. Unter Federführung der Referentin RehaSport des BSSA, Doreen Seiffert, wurden Kontakte zu Fachärzten und Rehabilitations-Einrichtungen aufgebaut. Diese gilt es nun durch weitere gezielte Informationen an Ärzte und Krankenkassen auszubauen und zu vertiefen.

Besonders schätzten die teilnehmenden Übungsleiter das vermittelte Fachwissen, den intensiven Erfahrungsaustausch in der Gruppe sowie die materielle, organisatorische und finanzielle Unterstützung durch den BSSA. Die Praxiseinheiten und die Hospitationen in bestehenden Atemwegsgruppen erwiesen sich als sehr hilfreich und könnten nach Auffassung der Teilnehmer bei weiteren Projekten noch mehr Raum einnehmen.



Gruppenfoto Projektabschluss

Informationen zur spezifischen Kommunikation, der Körpersprache und zur Öffentlichkeitsarbeit rundeten das Projektprogramm ab und unterstützten z. B. die Durchführung von **Tagen der Atemwegsgesundheit**.

Die gemeinsame Projektauswertung im Rahmen der Abschlussveranstaltung zeigte, dass die Schaffung

- ganztägig verfügbarer Sportstätten und das
- Angebot von Übungszeiten, die sich an den Bedürfnissen Berufstätiger orientieren,

wesentliche Aufgaben für die Zukunft sind. Die Teilnehmer wollen weiterhin in Kontakt bleiben, um sich gegenseitig zu unterstützen und Erfahrungen auszutauschen.

Zum Projektabschluss war Dr. Michael Köhler von der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA zu Gast und stellte uns: „Die DPLA als nationale Selbsthilfeorganisation – ihre Rolle im deutschen Gesundheitswesen“ vor.

Die erfolgreiche Arbeit der Vereine Reha Vita + Gesund Sachsen-Anhalt e.V., GRSV Elsteraue e.V., RPG Halle e.V., GeReHa e.V., SVGR Sangerhausen e.V., RBSSV Bitterfeld-Wolfen e.V. und HSV Medizin Magdeburg e.V. wurde mit Anerkennungsurkunden honoriert. ■

Die Autorin:

Annette Lippstreu

Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Sachsen-Anhalt e.V.
Am Steintor 14, 06112 Halle (Saale)

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

Weltweit
überzeugend:
Inhalation von
Arzneimitteln
bei Lungener-
krankungen.

Zur richtigen
Anwendung ein
NEUER FLYER.

QR-Codes zu den Videos
„Richtig inhalieren“ 47

Inhalationssysteme
bei Asthma und COPD
richtig anwenden

QR-Code scannen
und das Video
mit dem Smartphone
oder Tablet aufrufen

Alle Videos
finden Sie auch
auf unserem
YouTube-Kanal
www.youtube.com/atemwegsliga

Informationsblatt
Deutsche Atemwegsliga e. V.

Aktuell kann es jedem gesetzlich krankenversicherten Patienten geschehen, dass er statt seines gewohnten und vertrauten Medikamentes zur Inhalation bei Asthma bronchiale oder COPD in der Apotheke ein Anderes erhält. Hilfe auch in diesem Fall bietet der neue Flyer: „Inhalationssysteme bei Asthma und COPD richtig anwenden“.

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

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

Die befreundete COPD Gruppe Rüsselsheim

Die befreundete COPD Gruppe Rüsselsheim ist eine eigenständige Selbsthilfegruppe von Patienten mit chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen (d.h. Patienten mit Asthmabronchiale, chronischer Bronchitis und/oder einem Lungenemphysem. Sie ist Mitglied der Selbsthilfegruppen Arbeitsgemeinschaft Rüsselsheim und zu den befreundeten Gruppen gehört die Deutsche Patienten Liga Atemwegserkrankungen e.V. (www.pat-liga.de)

Die COPD-Gruppe Rüsselsheim trifft sich regelmäßig an jedem 4. Samstag im Monat von 14.00 bis 16.00 Uhr zum Erfahrungsaustausch untereinander und zu Vorträgen von Ärzten, Therapeuten und Referenten im GPR Klinikum (Konferenzraum 3 im Erdgeschoss hinter der Cafeteria) August Bebel Str. 59 in Rüsselsheim.

Die Gruppe versteht sich als Vereinigung all jener Personen, die „Hilfe für Atemwegskranke“ leisten oder die diese Hilfe als Betroffene in Anspruch nehmen wollen. Dabei geht es der COPD Gruppe darum, möglichst viele Patienten, Angehörige, Ärzte, und Therapeuten zur Mitarbeit zu bewegen. Patienten, die bereits eine systematische Schulung in einer Klinik oder in einer ärztlichen Praxis erlebt haben, sollen veranlasst werden, das Erlernte und Geübte weiterzuführen und im Erfahrungsaustausch auch an andere Teilnehmer weiterzugeben. Patienten, die bisher noch nicht gezielt und systematisch zu ihrer Erkrankung geschult wurden, möchten wir zeigen, welche Vorteile Schulungen in einer Klinik und in einer ärztlichen Praxis haben und wie wichtig es ist, sich über seine Krankheit zu informieren.

Auch das Umfeld möchten wir auf die Probleme, die mit Erkrankungen der Atemwege verbunden sind - vor allem aus der Sicht der Betroffenen - auf-

merksam machen und zeigen, dass bei chronischen Erkrankungen die Selbsthilfe ein sehr entscheidender und wichtiger Baustein für einen besseren Umgang mit der eigenen Krankheit und zur Verbesserung der Lebensqualität sein kann.

Vor allem gemeinsam mit den Fachärzten für Lungen- und Bronchialheilkunde und den Therapeuten soll der allgemeinen Öffentlichkeit deutlich gemacht werden:

- Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen sind eine Volkskrankheit - etwa 10% der Bevölkerung in Deutschland sind betroffen.
- Auf dem Gebiet der Diagnostik und der umfassenden Therapie kann und muss noch vieles verbessert werden.
- Eine systematische Patientenschulung gehört zur modernen Krankheitstherapie und muss vergütungspflichtig werden.
- Jeder kann selbst viel dazu beitragen, gesund zu leben und Risiken (z.B. durch das Rauchen) zu mindern, die zu einer chronischen Atemwegserkrankung führen. ■

Kontakt:

Harmut Thienger
Tel.: 06142 61842
Mail: hartmut.thienger@t-online.de



Kontakt:

Jürgen Frischmann
Tel.: 0160 4628961
Mail: vdfueda@freenet.de

Termine u. Informationen:

www.juergen-frischmann.de/ruesselsheim.htm



Nachrufe

Vergangen nicht, Verwandelt ist, Was war.

Rainer Maria Rilke



Kurz vor unserer 1. Lungentagung Worms – über deren Besuch mit Mitgliedern seines Ortsverbandes wir noch in Schwalmstadt persönlich sprachen – verstarb plötzlich und für uns Alle völlig unerwartet, mitten aus seinem aktiven Leben, unser lieber Herr Frank Sachsenberg, an seinem 74. Geburtstag. Mit großem menschlichem Engagement hat er unseren Ortsverband in Schwalmstadt mit aufgebaut, geleitet und ein eigenes Gesicht gegeben. Unser tiefes Mitgefühl gilt seiner lieben Frau und allen Angehörigen. Er wird uns unvergessen bleiben!



Am 28. Oktober 2016 verstarb im 77. Lebensjahr unsere liebe Frau Irmgard Gaus, langjährige, unermüdliche und verdienstvolle Ortsverbandsvorsitzende mit mehr als einem Ohr für Ihre Mitmenschen. Ihre Herzlichkeit war sprichwörtlich. Mit großer Tapferkeit und menschlicher Gefasstheit hat sie ihre schwere Krankheit bis zuletzt getragen. Noch im Hospiz in Frankfurt, in dem ich Sie besuchen durfte und wir ein langes, sehr schönes Gespräch führten, war sie voller fröhlicher Menschlichkeit. Wir Alle denken sehr gerne an Sie!

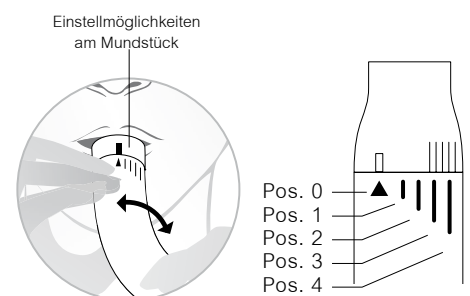
Michael Köhler, Vorsitzender

Löst Schleim, reduziert Atemnot und Husten



Fachverbände empfehlen das RC-Cornet® als Hilfsmittel der Atemphysiotherapie. Über unterschiedliche Einstellungen am Mundstück sind zwei OPEP-Therapien möglich.

1. Senkt Atemnot durch Weitung der Atemwege (Einstellung 0–2)
2. Reduziert nachhaltig Husten durch Reinigung der Atemwege von Schleim (Einstellung 3–4)



Erstattungsfähig unter
Hilfsmittel-Nr. 14.24.08.0004

Bitte vor der ersten Anwendung die
Gebrauchsanweisung sorgfältig durchlesen.

Weitere Informationen unter
www.basiscornet.de

PZN 08 418 667
Erhältlich in Apotheken,
Sanitätshäusern oder unter:

RC
MEDIZINTECHNIK

Fon +49 2602 9213-0
www.cegla-shop.de



Ortsverbände der Deutschen PatientenLIGA Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

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

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

ANZEIGE



SP Medienservice Verlag, Druck & Werbung

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

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

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

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



Befreundete Selbsthilfegruppen

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

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

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-City

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

SHG COPD & Lunge Städte Region Aachen – Lungenkrebs

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

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Simmerath

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

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Würselen

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

SHG COPD&Lunge Städte Angehörigengruppe Region Aachen-Würselen

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

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

Kontakt: Beate Beyrich
 Tel.: 09306/984 46 02
 E-Mail: info@foerderverein-selbsthilfe.de
<http://www.asthma-copd-wuerzburg.selbsthilfe-wue.de>

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Hof

Kontakt: Herr Gerhard Frank
 Tel.: 09281-86653
 E-Mail: g.frank@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Selb

Kontakt: Christa Jäkel
 Tel.: 09287-67800
 E-Mail: c.jaekel@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Region Bayern – München-Oberbayern

Kontakt: Mary-Lou Schönwälder
 Tel.: 089-6095153
 E-Mail: ml.schoenwaelder@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Regensburg

Kontakt: Alois Stadlbauer
 Tel.: 0941/89849270
 E-Mail: a.stadlbauer@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Regensburg – Alpha-1

Kontakt: Sabine Besten
 Tel.: 08782 – 979335
 E-Mail: s.besten@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Regen

Kontakt: Maria Tschöpp
 Tel.: 09921 – 2774
 E-Mail: m.tschoepp@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Straubing

Kontakt: Marion Essig
 Tel.: 09421/9297910
 E-Mail: m.essig@copdundlunge.de
<http://www.copdundlunge.de>

**Hessen****ANAH Allergie-, Neurodermitis- und Astmahilfe Hessen e.V.**

Kontakt: Erika Seitz
 Tel.: 0561/8709094
 E-Mail: anah.hessen@web.de
<http://www.anah-hessen.de/>

Selbsthilfegruppe Rund um die Lunge im Idsteiner Land

Kontakt: Karin Boß
 Tel.: 06126 – 9591136
 E-Mail: rund-um-die-lunge1@gmx.de
<http://rund-um-die-lunge.blogspot.de>

Selbsthilfegruppe Asthma & Allergie Kronberg im Taunus e.V.

Tel.: 06173 / 63727
 E-Mail: info@asthma-und-allergie.de
<http://www.asthma-und-allergie.de>

COPD Gruppe Rüsselsheim

Tel.: 06142 – 61842
 E-Mail: hartmut.thienger@t-online.de
<http://www.juergen-frischmann.de/ruesselsheim.pdf>

**Baden-Württemberg****Selbsthilfegruppe Asthma, Rielasingen und Konstanz**

Kontakt: Marlene Isele
 Tel.: 07731/24253
 E-Mail: marlene.isele@web.de
<http://www.shg-asthma.de/>

**Rheinland-Pfalz****Lungensportclub der Selbsthilfegruppe „DPLA Montabaur/Westerwald“**

Kontakt: geimon@t-online.de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tel.: 06133 / 35 43 -

persönlich Mo. bis Do. von 8.30 bis 13.30 Uhr

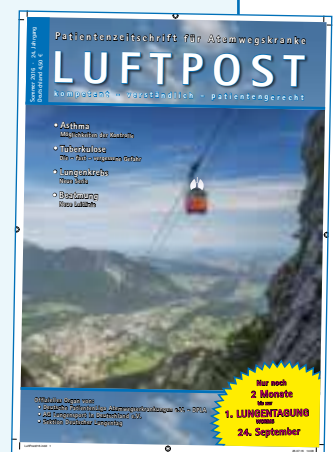
Fax: 06133 / 573 83 27

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

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

FÜR MITGLIEDER

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



Per Fax 06133 / 57 383 27 oder per Post

MITGLIEDSANTRAG



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

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

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

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein:
Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA

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

(freiwillige Angaben)

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

gewünschter Ortsverband:

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

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

Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Datum, Unterschrift (für Einzugsermächtigung):

Datum: _____ Unterschrift: _____

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA

als gemeinnützig seit 1986 anerkannt

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

Mainzer Volksbank eG - IBAN: DE37 5519 0000 0001 0320 10 BIC: MVBMDE55



Impf 2 ab 60



Impf 2 bei Diabetes



Impf 2

**Gegen Lungenentzündung*
und gegen Grippe**

Auch im Alter oder als Mensch mit Diabetes, Asthma, COPD oder chronischen Herzerkrankungen können Sie das Leben aktiv genießen. Aber Sie sind auch anfälliger für schwere Infektionen.



Impf 2 bei
chronischer Herzerkrankung



Impf 2 bei
Asthma oder COPD



www.impf2.de

Impf 2 – So funktioniert's

Fragen Sie jetzt Ihre Ärztin oder Ihren Arzt
nach Impfungen gegen Lungenentzündung* und Grippe.
Ein Termin in der Praxis genügt.

*durch Pneumokokken verursacht

Eine Initiative von



COPD*: Sind Sie trotz Behandlung außer Atem?



**Sprechen
Sie Ihren
Arzt an!**

Broschüre als Unterstützung für Ihr Arztgespräch
erhältlich unter www.copd-atemnot.de

*Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

 **NOVARTIS**
PHARMACEUTICALS