



Mit **Übersichtsposter**
zu wichtigen
Inhalationssystemen gegen
Asthma und COPD

58. Kongress der DGP in Stuttgart

- **Früherkennung**
von Asthma und COPD
- **Inhalationssysteme**
Patientenschulung & Anwendungsprobleme
- **Lungensport**
Mobil in den Frühling

Offizielles Organ von:

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

MIT
Programm
2. LUNGENTAGUNG
WORMS
23. September 2017

HEUTE
IST DER TAG,
AN DEM ICH
SELBST AKTIV
WERDE

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

HEUTE
IST DER TAG
DER NEUE
CHANCEN BRINGT

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

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



fightipf.de

KÄMPFEN. ATMEN.
LEBEN.

Liebe Leserinnen und Leser,

kürzlich war ich selbst einmal zu einer wichtigen ärztlichen Untersuchung. Vielleicht können Sie sich nicht vorstellen, wie es einem da geht, wenn man selber Medizin studiert hat. Ein komisches Gefühl! Als ich von der Untersuchung zurück kam, bei strömendem Regen zu meinem Auto ging, sah ich an einem Auto, hinter der Seitenscheibe eine Postkarte kleben. Auf ihr stand: „Glück ist, wenn der Verstand tanzt, das Herz atmet und die Augen lieben.“ Eigentlich absurd, aber Sie können mir glauben, ich hatte den Eindruck: die Sonne scheint. Ich denke, so geht es Ihnen manchmal auch. Es sind die Kleinigkeiten die uns, auch wenn wir nicht mit dem Herzen atmen, oft große Freude bereiten. Wie „klein“ sind dagegen die 344,2 Milliarden Euro, die im Vergleich zum Vorjahr um 15 Milliarden Euro (!) gestiegenen Gesundheitskosten in Deutschland im Jahr 2015. Damit entfielen auf uns Alle pro Kopf 4.213 Euro Ausgaben für Gesundheitsleistungen. Wie schön, dass dem gegenüber der jährliche Beitrag für die DPLA seit vielen Jahren unverändert bei 25 Euro pro Jahr stehen geblieben ist. Seit 2014 erhalten Sie hierfür dreimal und ab 2015 viermal im Jahr frei Haus Ihre „Luftpost“ geliefert. In diesem Jahr „feiern“ wir schon den 25. Jahrgang unserer „Luftpost“. Wir wollen weiter für Sie kompetent, verständlich und patientengerecht über Aktuelles, Neues aber auch Bewährtes berichten. Danke dafür, dass Sie so treue Leser, aber auch Kritiker sind.

Abgeschlossen haben wir mit dieser Ausgabe unsere kleine Serie zum Lungenkrebs. Hier hat sich in der Diagnostik, vor allem aber in der Therapie, Manches hoffnungsgebende finden lassen. Mit dem neuen wissenschaftlichen Vorstand des Deutschen Krebsforschungszentrums, Professor Baumann, kann man sagen, die Krebsforschung „boomt“. Das ist aber auch nötig, da wir – teilweise bedingt durch den Anstieg des Durchschnittsalters unserer Bevölkerung – auch mehr Krebserkrankungen oftmals feststellen müssen. Wie schwierig hier Forschung ist, sagt eine Zahl überdeutlich: Wir unterscheiden heute ungefähr 250 unterschiedliche Krebsformen. Daher wollen wir auf unserer jetzt 2. Lungentagung in Worms, am 23. September, in der NibelLUNGENstadt Worms, Ihnen auch mit einem Workshop speziell zur Immuntherapie bei Lungenkrebs Informationen und Hoffnung mit einem Experten von nationalem Rang, vermitteln. Selbstverständlich auch dies bei freiem Eintritt.



Es geht uns aber bei unserer Lungentagung nicht um das bloße Weitergeben von Lehrinhalten. Ziel ist vielmehr, Sie als Hörer, Teilnehmer und hoffentlich auch Fragenden dazu zu bewegen, dass Sie das Gehörte auch praktisch und im täglichen Leben umsetzen. Sie und Ihre Angehörigen als ständige Leser unserer „Luftpost“ wissen natürlich, was unsere Lungen brauchen: Sauerstoff. Fast wie dazu geschrieben, hat unser scheidender Bundespräsident, Joachim Gauck, in seiner Abschiedsrede kürzlich geäußert: „Austausch und Diskussion sind der Sauerstoff der offenen Gesellschaft, ...“. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen viel von dem für uns Alle lebenswichtigen Element!

Mit luftigen Grüßen

Ihr

Dr. Michael Köhler

**Vorsitzender der DPLA und
das gesamte Team der Luftpost**

Editorial

3

Aktuell

5 2. Lungentagung Worms

Asthma und COPD

- 6 Früherkennung von Asthma bronchiale und COPD
- 12 Asthma und Psyche
- 16 Verfügbare Inhalationssysteme – Notwendigkeit der Schulung und typische Anwendungsprobleme in der Praxis

Lungenkrebs

20 Epidemiologie und aktuelle Tendenzen in der Lungenkrebstherapie

Allergien

24 Allergieauslösern auf der Spur

Über den Tellerrand hinaus

28 Deutsche Atemwegsliga e.V.

Lungenklinik

32 LungenClinic Grosshansdorf GmbH

Lungensport

- 35 Mobil in den Frühling
- 38 Neue Broschüre: Training im Alltag
- 39 Lungensportgruppe Marburg – Ein Gedicht

Zu Ihrer Information

- 40 Was kann die atemstimulierende Einreibung?
- 42 Flyer der Atemwegsliga: Schwerpunkt Nase frei?

Selbsthilfe

- 43 Termin: 1. Ostbayerischer Lungentag
- 44 Wir suchen SIE!!!
- 45 Mut zur Selbsthilfe!
- 45 Engagieren Sie sich ehrenamtlich!
- 46 Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA
- 47 Befreundete Selbsthilfegruppen
- 48 Warum auch Sie Mitglied in der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – der DPLA – werden sollten
- 49 Mitgliedsantrag

Rubrik

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

DVD – 1. Lungentagung Worms

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

Ihre Bestellung an:

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





gemeinsam mit



2. Lungentagung Worms

COPD, Asthma bronchiale und die neuen Leitlinien

Informationen für Patienten mit Atemwegserkrankungen
und Ihre Angehörigen.

Samstag, 23. September 2017

9.30 Uhr – 15.00 Uhr

DAS WORMSER – Tagungszentrum in der NibelLUNGENstadt Worms

Rathenaustraße 11 · 67547 Worms



und



Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin e.V.

– Eintritt FREI –

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

ab 09:30 Uhr

Während der Tagung besteht die Möglichkeit zum Besuch der Ausstellung.

12:15 – 13:00 Uhr

Mittagspause für Imbiss und Ausstellungsbesuch

13:00 – 13:10 Uhr

Sportliche Auflockerung

10:30 – 10:40 Uhr

Begrüßung

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



13:10 – 13:40 Uhr

Richtig inhalieren:

Was ist zu beachten?

Dr. Peter Haidl,
Schmallenberg



10:40 – 11:15 Uhr

Neue Leitlinien

für Asthma und COPD: Was ändert sich?

Prof. Dr. Heinrich Worth,
Fürth



13:40 – 14:10 Uhr

Reisen mit Asthma und COPD:

Was ist zu beachten?

Prof. Dr. Adrian Gillissen,
Bad Urach



11:15 – 11:45 Uhr

Lungenentzündung:

Erkennen und rechtzeitig behandeln

Prof. Dr. Joachim Lorenz,
Lüdenscheid



14:10 – 14:40 Uhr

Zusammenfassung und Ausblick

Prof. Dr. Heinrich Worth,
Fürth



11:45 – 12:15 Uhr

Schutzimpfungen bei Atemwegserkrankungen: Welche? Wann? Wie oft?

Prof. Dr. Susanne Lang,
Gera



Parallel finden in weiteren Räumen fünf Workshops statt:

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

Früherkennung von Asthma bronchiale und COPD

von Prof. Robert Bals

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich finde es toll, dass zu solchen Volkserkrankungen, die nicht ganz im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses stehen, so viele Betroffene zusammenkommen. Es freut mich sehr, dass ich hierher kommen durfte und Ihnen meine Sicht über die Früherkennung von Asthma und COPD schildern darf.

Herr Prof. Worth hat eigentlich schon alles gesagt. Ich kann Ihnen das noch einmal neu formuliert und in Richtung Früherkennung darstellen. Es ist ja so, da geht es Ihnen wahrscheinlich ähnlich so wie mir, wenn Ihnen mal etwas weh tut, wenn man mal eine neue Beschwerde hat, da denkt man sich, wart' erst einmal ab. Da geht man nicht gleich zum Arzt, sondern man wartet erst mal. Wenn es schlimmer wird, immer noch nicht und irgendwann, wenn man meint, jetzt geht es nicht mehr, ja dann erst geht man. So oder ähnlich geht es wahrscheinlich vielen von Ihnen. Die Frage ist natürlich, ob man irgendetwas besser machen könnte, wenn von einem guten Arzt Krankheiten oder Zustände schon früher erkannt würden. Es geht also heute um die Frage der Früherkennung von Asthma und COPD. Wie kann man diese Krankheiten früher erkennen und was bringt das eigentlich?

Das sind jetzt Bilder von einem Kernspintogramm, also Schnittbilder durch den Körper, die zeigen, wie ein Mensch atmet. Beim Gesunden sehen Sie den Brustkorb, das Herz, das schlägt und hier geht das Zwerchfell beim Atmen immer

hoch und runter. Da sehen Sie, dass ein gesunder Mensch in Ruhe, schön gleichmäßig und langsam atmet. Wenn ein gesunder Mensch Sport treibt oder Treppen steigt, dann atmet er genauso schnell, aber er atmet dabei deutlich tiefer ein und aus, d.h. man kann viel durch vertiefte Ein- und Ausatmung ausgleichen. Bei einem Menschen der krank ist, z.B. mit einer COPD, wo die Lunge immer stark überbläht ist, ist es dann deutlich anders. Die Lunge ist viel weiter nach unten gedrängt wegen der ständigen Überblähung, dadurch ist die Atemfrequenz bereits in Ruhe viel höher. Wenn sich diese Patienten körperlich belasten, das werden einige von Ihnen gut kennen, dann kann man gar nicht mehr viel leisten, weil dann die Luftnot sofort anfängt. Man hat kaum mehr die Möglichkeit, die körperliche Belastung auszugleichen, indem man die Atemfrequenz oder die Atemtiefe erhöht. Luftnot ist die Folge und ein Symptom, das bei den meisten Fällen von Asthma und COPD eine wichtige Leitbeschwerde ist.

Wir kennen alle die Bilder von den großen Marathon-Läufen. Von denen gibt es gute Daten auch über viele ältere Läufer. In den Altersklassen der 75- und 80-Jährigen sieht man, dass die Laufzeiten mit dem Alter ansteigen. Das verwundert an und für sich nicht, dass man im Alter nicht mehr so schnell läuft. Gleichzeitig ist es so, dass man dann mehr Luftnot beim schnellen Treppensteigen hat. Das gehört leider zum Alter, generell.

Aber es gibt auch Krankheiten, die ebenfalls mit Luftnot einhergehen und die man behandeln kann, wenn man sie erkennt. Luftnot ist aber das Hauptsymptom, an dem man ein Asthma oder eine COPD früh erkennt. Dumm nur, dass Luftnot bei allen möglichen Krankheiten auftreten kann und auch nicht unbedingt mit einer Krankheit verknüpft sein muss. Viele Patienten sagen, ich bin jetzt 75, ich komme die Treppen nicht mehr hoch und ich kann auch keine längere Strecke mehr laufen. Bei ihnen sucht man dann und findet nichts und es liegt schließlich am Alter. Das ist dann oftmals schlimm für die Betroffenen. Luftnot kann aber auch ein Symptom von verschiedenen Krankheiten



sein. *Herzerkrankungen* können natürlich mit Luftnot einhergehen, koronare *Herzerkrankungen*, d.h. Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße. *Herzinsuffizienz*, verursacht durch langjährigen hohen Blutdruck, kann auch durch Luftnot gekennzeichnet sein. *Lungenerkrankungen*, wie COPD und viele andere können ebenfalls Luftnot verursachen, z.B. eine *Anämie*, der Mangel an roten Blutkörperchen führt auch zu Luftnot. Also, Luftnot bringt die Menschen zum Arzt, oft aber erst nach einer längeren Zeit. Das soll einfach heißen, wenn man so etwas wie Luftnot verspürt, dass man in der Tat möglichst frühzeitig zum Arzt geht und versucht, die Ursache zu klären.

Was ich Ihnen erklären möchte, ist:

- Wie kann man, wenn es um Asthma und COPD geht, diese Krankheiten früh erkennen?
- Welche diagnostischen Möglichkeiten gibt es?
- Gibt es frühe Formen dieser Krankheiten und bringt diese Frühdiagnostik überhaupt irgendetwas.

Asthma und COPD gehören zu den Erkrankungen, die im Wesentlichen dadurch gekennzeichnet sind, dass die Atemwege verengt sind. Das hat bei diesen beiden Erkrankungen verschiedene Ursachen. Es gibt aber auch Gemeinsamkeiten. Also, wenn sie Luftnot haben und Sie gehen zum Hausarzt und er sagt, ich schicke sie mal zum Kardiologen, da veranlasst der andere Untersuchungen bei Ihnen als der Lungenfacharzt. Ich kann nur hoffen, Sie landen bei Ärzten, die beide Organe und auch noch andere im Blick haben. Wenn er Sie zum Lungenarzt schickt, würde der mit Ihnen eine Lungenfunktion machen, also eine Spirometrie.

Oder Sie kommen in einen Bodyplethysmographen, wo Sie ein- und ausatmen müssen. Das ist völlig ungefährlich. Da misst man, wieviel Luft Sie ein- und ausatmen und ob die Atemwege verengt sind. Wenn Sie das schon einmal gemacht haben, kommt dann der Punkt, an dem die Damen, die die Lungenfunktion durchführen sagen, dass Sie möglichst tief einatmen und schnell wieder ausatmen sollen. Man misst, wieviel Luft man in einer Sekunde ausatmen kann. Wenn die Atemwege nun eng sind, da können Sie nicht mehr so viel Luft in einer Sekunde ausatmen, d.h. dieser Wert ist reduziert. Diesen Wert nennt man FEV1. Der FEV1 ist für die Lunge so wichtig wie der Blutdruck für das Herz. Es ist wichtig, dass man den immer wieder mal



misst und es ist so, dass er oft viel über eine Verengung der Atemwege aussagt. Der Arzt bekommt dazu zwei Zahlen die aussagen, wieviel Luft Sie in einer Sekunde ausatmen können. Der Computer schreibt hier entsprechend Ihres Alters, Gewichtes und Geschlechtes einen Sollwert hin. Sie sollten also z.B. 3,6 Liter Luft ausatmen können, das wäre Ihr Sollwert. In ihrem Fall schaffen Sie aber nur 2,1 Liter in der Sekunde. Das bedeutet, Ihre Atemwege sind verengt. Sie können nicht mehr so viel Luft in einer Sekunde ausatmen, wie es bei Ihnen altersgemäß usw. normal wäre. Die Ursache können jetzt Asthma, COPD oder andere Erkrankungen sein. Bei der Lungenfunktion müssen Sie oft aus einem Spray inhalieren. Das macht die Atemwege weit. Anschließend wartet man und macht die Untersuchung noch einmal. Sollten Sie Asthma haben, gehen die Atemwege typischerweise auf. Aus Ihren 2 Litern Ausatemluft werden dann z.B. 2,8 Liter. Das heißt die Verengung der Atemwege geht durch die Inhalation mit diesem Spray auf. Das ist dann beweisend für Asthma. Bei der COPD ist es nicht so. Die Atemwege gehen durch die Inhalation nicht auf. Also, durch die Lungenfunktion kann man bestimmen, ob und wie sehr die Atemwege verengt sind. Es gibt jedoch prinzipielle Unterschiede zwischen Asthma und COPD. Ich möchte mit Ihnen jedoch noch einmal besprechen, ob es Frühformen und verschiedene Formen dieser Erkrankungen gibt, bei denen es einen besonderen Sinn macht Sie früher zu untersuchen und eine Behandlung zu beginnen.

Bei *Asthma* ist typischerweise die Krankheitsursache oft eine bronchiale Überempfindlichkeit. Diese wird durch verschiedene Faktoren ausgelöst, sei es durch äußere Allergien oder durch Störungen des Immunsystems. Also ist Asthma im Wesentlichen eine typische Störung des Immunsystems. Des-

wegen wirkt Kortison inhaliert auch so gut. *COPD* wird dagegen meist durch langjähriges Rauchen von Zigaretten verursacht, dadurch verändern sich die Atemwege auch. Es gibt also zwei deutlich unterschiedliche Ursachen für diese beiden Erkrankungen. Im Artikel von Frau Prof. Andrea Koch, in der „Luftpost“ Winterausgabe 2016, können Sie viel über die Überlappung von Asthma und COPD (ACOS) lesen.

Wer kann eigentlich eine COPD bekommen? Wenn man hierzu verschiedene Lehrbücher aufschlägt, dann steht da drin zwischen 15 und 20% aller Menschen, die 10 und mehr Jahre rauchen, können später als Folge an einer COPD erkranken. Also 20%, das ist ein Fünftel aller Raucher. Das stimmt insofern, wenn man nur grob auf die Zahlen schaut, aber es ist auch grob verallgemeinernd. Das Konzept der Lungenfunktion geht davon aus, dass man bei 100% anfängt und auch dann wenn man nicht raucht, fällt die Lungenfunktion mit zunehmendem Alter leider ab. Wenn man allerdings raucht, dann nimmt der FEV1-Wert noch schneller ab. Das ist der eigentliche Unterschied zwischen Asthma und COPD. Irgendwelche Faktoren bewirken allerdings, dass dieser verstärkte Funktionsverlust nicht bei allen Rauchern auftritt, sondern eben nur bei vielleicht 20% von ihnen. Es ist Tatsache, dass die COPD im Wesentlichen eine Erkrankung der Älteren ist. Es gibt keinen 20-jährigen und es gibt keinen 30-jährigen, der eine COPD hat und wenn man viel Pech hat und eine genetische Veranlagung hat, dann kann man mit 40 Jahren eine COPD bekommen. Letztendlich bekommt man erst im Alter ab etwa 50, 60 oder 70 Jahren eine COPD. Um an einer COPD zu erkranken, muss man erst Jahre geraucht haben. Aber nicht nur Zigarettenrauch macht eine COPD, sondern auch alle möglichen anderen Umwelteinflüsse. Frühkindliche Veränderungen können eine COPD mitverursachen, das weiß man in der Zwischenzeit. Und deswegen ist dieses Bild, das 20 % der Raucher eine COPD bekommen nicht mehr so allgemein anerkannt. Jede Form von Rauch kann eine COPD verursachen. Z.B. heizen und kochen viele Menschen in Ländern wie Indien und China oder auch in Teilen von Afrika oft auf offenen Feuern. Das war vor 200 Jahren auch noch bei uns so. Wenn Sie mal in den Bayerischen Wald fahren, da gibt es schöne Ausstellungen über die Menschen vor 100 oder 200 Jahren. Die wohnten auch alle in Häusern mit offenen Feuerstellen. So ist es heute noch in vielen Ländern und da sitzen natürlich die

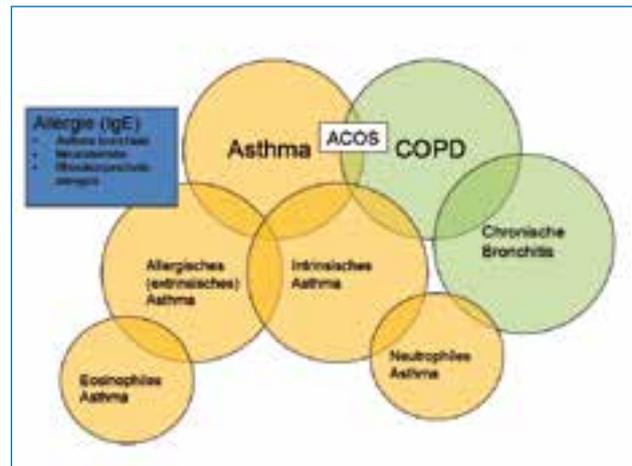
Kinder auch nebendran und die kriegen dann schon in der Kindheit eine Rauch-Belastung. Man denkt heute, das fördert oft auch eine COPD-Entstehung im Alter.

So ist es auch mit der Entwicklung der Lungenfunktion. Am besten ist sie in der Kindheit und wird schließlich mit zunehmendem Alter immer ein bisschen schlechter (Lungenalterung). Es gibt aber neben dem aktiven Rauchen, was oft in der Pubertät beginnt, viele andere Auslösefaktoren. Die Folge ist, dass man schon früh nach der Geburt oder in den ersten Lebensjahren keine sehr gute Lungenfunktion mehr hat, z.B., wenn die Eltern rauchen, wenn man frühkindliche Infektionen hat, dann beginnt man nicht beim Optimum, sondern startet schon ein bisschen darunter. So kann es dazu führen, dass auch ohne eigenes Rauchen die Lungenfunktion schneller abfällt, z.B. wenn man länger Rauch ausgesetzt ist oder wenn man wiederholt Lungeninfektionen hat. Viele Faktoren können dazu beitragen, dass man gar nicht so optimal ins Leben startet. Wenn man dann noch raucht und dadurch die eigene Lungenfunktion zusätzlich reduziert, kann es sein, dass man gar nicht so viel oder lange rauchen muss, um an einer schweren Lungenkrankheit, wie einer COPD, zu erkranken. Sicherlich ist Rauchen der wichtigste Faktor, für eine spätere COPD, aber es gibt viele andere Faktoren, warum, bei gleichem Zigarettenkonsum, die einen Menschen schwer erkranken und die anderen nur leicht oder überhaupt nicht.

Auf eine besondere Form der COPD müssen wir noch eingehen. Das ist der *Alpha-1-Antitrypsinmangel*. Das ist ein kompliziertes Wort, aber es ist einfach zu verstehen. Das ist bis heute die einzige genetische Ursache, wodurch man früh eine COPD bekommen kann. Betroffene können damit bereits mit 35 oder 40 Jahren an COPD erkranken, in einem Alter in dem man sonst diese Erkrankung gar nicht bekommt. Dieses Eiweiß wird in der Leber produziert. Von ihr wird es in das Blut abgegeben, und so gelangt es auch in die Lunge. Es ist im Wesentlichen ein Schutz-eiweiß, das die Lunge (und die Leber) schützt, z.B. vor Rauch. Diesen Schutz hat man nicht, wenn eine Veränderung (Mutation) in diesem Gen vorliegt. Dann fällt dieser Schutz weg und man ist wesentlich empfindlicher z.B. gegenüber Zigarettenrauch. Man erkrankt daher wesentlich früher an einer COPD. Zum Glück ist diese vererbte Stoffwechselerkrankung selten. In

Deutschland gibt es etwa 5.000 bis 8.000 Betroffene mit einem Alpha-1-Antitrypsinmangel. Man sollte daher bei vor allem früh beginnender COPD mindestens einmal diesen Wert bestimmt haben. Das muss man auch den Ärzten sagen, da es eine seltene Erkrankung ist und nicht alle immer daran denken. Wenn die Konzentration von diesem Alpha-1-Antitrypsin einmal im Blut normal ist, hat man diese mögliche Ursache einer COPD endgültig ausgeschlossen und braucht sich nie mehr darum kümmern. Wenn dieser Wert jedoch erniedrigt ist, kann man einen Testfilter ausfüllen. Das kann auch ihr Hausarzt machen. Der schickt ihn nach Marburg wo vor Jahren ein Testlabor aufgebaut wurde. Dieser Test ist kostenlos. Das ist das richtige Vorgehen, um einen Alpha-1-Antitrypsin-Mangel, eine seltene Ursache für eine frühe COPD zu identifizieren oder auszuschließen.

Noch kurz ein paar Worte zum Asthma, wann tritt das auf? Wann macht hier eine Frühdiagnose Sinn? Asthma ist zuerst einmal etwas völlig Anderes als eine COPD. Aber es gibt diese Übergangs- oder Zwischenform, über die Sie später noch etwas hören werden. Der typische Altersverlauf von Asthma



sieht völlig anders aus als der bei COPD. Da gibt es zwei Gipfel, einmal den etwa im Alter von 40 Jahren, der dann weiter im Alter ansteigt. Das ist der eine Altersgipfel von Asthma und dann gibt es den großen Gipfel (Peak), der im Kindesalter liegt. Das erkennt man, wenn kleine Kinder mal so ein Giemen haben, gerade in der Erkältungszeit. Im Kindesalter sind allergische Erkrankungen wie Heuschnupfen oder auch die Neurodermitis und auch Asthma relativ häufig. Oftmals ist es so, dass sich das dann wieder auswachsen würde. Das ist eine Abbildung, die zeigt, dass es viele von diesen obstruktiven

Chiesi
People and ideas for innovation in healthcare

ATEMWEGE



NEONATOLOGIE



SELTENE ERKRANKUNGEN



TRANSPLANTATION



Das Leben festhalten – frei durchatmen.

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

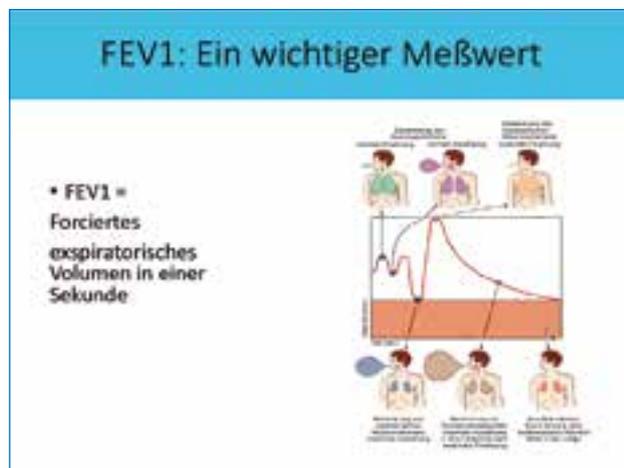
Dafür arbeiten wir intensiv an Medikamenten, die Menschen mit Atemwegserkrankungen wie Asthma und COPD helfen. Jeden Tag.

Wir forschen weltweit, um unsere Arzneimittel und Inhalationssysteme weiter zu entwickeln. Hilfreiche Informationen rund um eine moderne, nachhaltige Therapie finden Sie unter:

www.chiesi.de/atemwege

Mehr Chiesi-Momente unter www.chiesi.de

Erkrankungen gibt. Asthma als typisch allergisches Asthma, ist dieses frühe Asthma im Wesentlichen, durch Allergien oder dieses intrinsische Asthma, das von innen kommt, wo man keine Allergien hat. Das sind verschiedene Formen, die man heutzutage zu verstehen versucht und dagegen spezifische Therapien entwickelt. Man lernt zunehmend, welche Zellen im Immunsystem an einer frühen Entstehung von Asthma beteiligt sind. Man kann dann Dinge im Blut messen oder in der Ausatemluft, um dann Asthma einzuteilen, in typisch allergisches Asthma, wo einem die Katze entgegenläuft oder die Pollen durch die Gegend fliegen. Ein nichtallergisches Asthma wo die Eosinophilen, also bestimmte weiße Blutkörperchen, sich vermehrt haben und messen lassen und andere Asthmatypen, die man aktuell noch gar nicht kennt. Man versucht, diese kennenzulernen, um dann durch spezifische Antikörper diese Erkrankungen besser therapieren zu können. Manche dieser Asthmaformen, wie gerade allergisches Asthma treten früh auf, deswegen macht es hier Sinn, diese von einem Arzt, der das breit abklärt, frühzeitig und richtig zu behandeln. Es ist klar, dass, wenn man eine Erkrankung frühzeitig erkennt, dann oft eine medikamentöse Therapie beginnt.



Hierzu gibt es eine Reihe von Neuentwicklungen, die in den letzten Jahren auf den Markt gekommen sind. Es gibt eine große Anzahl von Inhalativa, sowohl mit Medikamenten, die die Atemwege weit machen als auch Kortison, das man beim Asthma einsetzt. Patientenschulung ist auch bei der Frühbehandlung sehr, sehr wichtig. Bei der frühen Diagnose von Asthma und COPD ist es wichtig, nach Begleiterkrankungen zu suchen, weil Asthma und COPD oft ein Begleitspektrum von Krankheiten aufweisen. Die kann man gleichzeitig auch finden und behandeln.

Patienten mit Asthma sind oft ein wenig überge- wichtig. Gerade alle chronischen Erkrankungen, führen oft zu Depressionen und auch Angststö- rungen. Das beeinflusst dann stark die Lebensqua- lität. Das muss man auch erkennen. Und wenn es geht, möglichst behandeln. Auch andere allergische Erkrankungen wie Nasenpolypen, Heuschnupfen. Wenn man Herz- und Lungenkrankheiten gleich- zeitig hat, muss man natürlich beide behandeln, um die Beschwerden, wie z.B. Luftnot, am besten behandeln zu können. Wichtig sind, auch Exazerba- tionen, also diese Phasen, mit akuten Verschlech- terungen.

65 Jahre, männlich
Akute Luftnot

Seit 2 Tagen deutlich schlechter Luft, zuletzt vor 6 Monaten eine ähnliche Episode

Krankengeschichte: koronare Herzkrankung, Diabetes, 45 Raucher-Jahre

Husten, gelbgrüner Auswurf, etwas Blutzunehmung

Z.B. dieser 65 jährige Patient hier, mit deutlich vermehrter Luftnot. Er hat gleichzeitig auch viele Begleiterkrankungen: Eine koronare Herzkrankung, einen Diabetes und jetzt eben Luftnot mit vermehrtem Auswurf. Da muss man natürlich breit untersuchen, wenn dann akut Luftnot auftritt. Man kann nicht nur sagen, das kommt von der Lunge, obwohl dieser Patient hier gelbes Sputum ausgehustet hat. Hier muss der Arzt breit denken und verschiedene mögliche Ursachen abklären. Zum Beispiel, ob eine Lungenentzündung vorliegt, oder Herzveränderungen vorliegen. Z.B. ein EKG, das mit hohen Wellen das typische Bild eines Herzinfarktes zeigt oder eine Lungenembolie im CT, mit einem dunklen Fleck in einem Blutgefäß, d.h. einer Lungenembolie. Also bei akuter Luftnot, wenn es etwas untypisch ist, bitte frühzeitig einmal zum Arzt gehen. Wenn man jedoch Luftnot hat und gleich- zeitig Brustschmerzen, unbedingt sofort zum Arzt gehen oder natürlich den Notarzt rufen, das A und O bei beginnenden chronischen Krankheitsbildern oder auch Exazerbationen.

Wichtig sind auch *Patientenschulungen*. Da gibt es für Asthma und COPD, strukturierte Patientenschulungen, die viel bewirken, weil sie eben zu

Ihrer Erkrankung sehr viel lernen können. Wenn man schwerer erkrankt ist, ist eine stationäre Rehabilitation oft sinnvoll. Stationär bringt sie nichts, wenn Sie fit durch die Gegend springen und fünf Stockwerke steigen können. Wenn Sie aber schwer krank sind und ein Stockwerk gerade noch hochkommen und Ihre körperliche Belastbarkeit schon stark reduziert ist, dann macht eine stationäre Rehabilitations-Maßnahme Sinn und zwar in einer spezialisierten Lungenklinik, wo Sie wieder fit gemacht werden und eben auch geschult werden. Das bringt viel. Man muss einfach bei frühem Auftreten von Luftnot zu einem guten Arzt gehen, der die möglichen Organerkrankungen abklärt und die Zusammenhänge auch abklären kann. Luftnot kann schon ein frühes Zeichen von Erkrankungen sein, die man behandeln muss. Die soll man abklären lassen, auch wenn man eine COPD hat, ob nicht eventuell Begleiterkrankungen vorliegen.

Typischerweise können Patienten mit COPD begleitend folgende Erkrankungen haben:

- Herzerkrankungen,
- Durchblutungsstörungen des Herzens,
- Herzschwäche, leider auch
- Lungenkrebs
- Osteoporose und
- andere Erkrankungen, wie Erkrankungen des Stoffwechsels wie z.B. die Blutzuckererkrankung.

Wieso macht beim Asthma die Früherkennung Sinn? Man kann beim typischen allergischen Asthma oftmals die Allergene identifizieren, da gibt es z.B. das Beispiel der Katze, da kann man sehen, wer aus der Wohnung raus muss. Man kann versuchen das Allergen zu identifizieren, indem man z.B. die alten Teppiche entfernt oder alte Sofas, wenn man

eine Hausstaubmilbenallergie hat. Deswegen macht es Sinn bei Asthma eine Früherkennung durchzuführen. Die Behandlung lindert die Symptome deutlich. Ob das dazu führt, dass die Erkrankung anders verläuft, also dass das Asthma dann nach ein paar Jahren wieder abklingt, das weiß man vorher nicht so genau. Aber durch eine gute Behandlung können frühzeitig die Beschwerden deutlich gemildert werden und beim allergischen Asthma, wenn man nachweisen kann, welches Allergen der Auslöser ist, wenn es z.B. bestimmte Gräser oder Pollen sind, kann man eine Desensibilisierung oder eine spezifische Immuntherapie durchführen, mit der man den Körper an das auslösende Allergen gewöhnt und dadurch zumindest den Krankheitsverlauf deutlich mildert. Dies macht Sinn.

Wo macht es bei COPD Sinn? Eine gute Therapie bessert die Beschwerden, ob es den Erkrankungsverlauf beeinflusst, ist nicht so klar. Bei der COPD ist es natürlich sehr wichtig, dass man früh mit dem Rauchen aufhört. Ich weiß, dass es nicht so einfach ist, aber man muss es einfach immer wieder versuchen und irgendwann funktioniert es. Meine Damen und Herren, ich denke es macht Sinn, Asthma und COPD frühzeitig zu diagnostizieren und Luftnot möglichst frühzeitig abklären zu lassen.

Vielen Dank

Der Autor:

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Robert Bals
 Direktor der Klinik für Innere Medizin V
 – Pneumologie, Allergologie,
 Beatmungsmedizin Universitätsklinikum
 des Saarlandes
 66421 Homburg/Saar



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 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2 l/min permanent 6 Stunden

3 l/min permanent 9 Stunden

5 l/min permanent

air-be-c
 Medizintechnik
 Spezialisierte Fachhandel seit 1993

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

Asthma und Psyche

– Hat Asthma psychische Ursachen?

Die anfallartige Atemnot beim Asthma hat nach Ansicht vieler Menschen „viel mit der Psyche zu tun“. Das gilt für Angehörige wie Betroffene gleichermaßen.

von Dr. Albert Hirschbichler

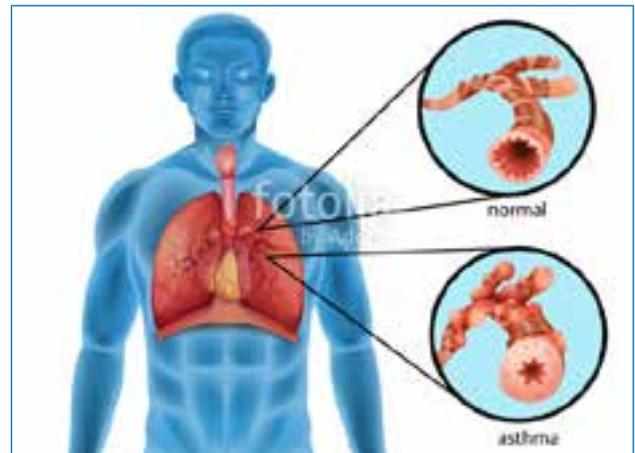
„Wie Pech klebt der Glaube von der psychischen Verursachung an der Asthmakrankheit...“, so formulierte es Prof. D. Nolte (+ 2002), zu Lebzeiten einer der bekanntesten Lungenfachärzte Deutschlands.

Asthma galt lange Zeit als „psychosomatische“ Krankheit. Psychosomatisch (von gr.: Psyche = die Seele / Soma = der Leib, Körper; die psychosomatische Medizin behandelt die Wechselwirkungen zwischen beiden). „Psychosomatisch“ wurde häufig mit „psychogen“ verwechselt, was bedeuten würde, dass Asthma „rein seelische“ Ursachen hätte.

Bei asthmakranken Kindern wurde z. B. behauptet, dass das Fehlverhalten der Mutter („überbehütende Mutter“) die Krankheit verursacht (!) habe. „Die Schuld am Asthma des Kindes ist in vielen Fällen bei den Eltern zu suchen, die einer echten Liebe nicht fähig sind und das kranke Kind dann kompensatorisch mit übertriebener Ängstlichkeit, Besorgnis und Bevormundung umgeben. Störungen der häuslichen Atmosphäre sind bei Asthmakindern fast immer zu finden...“ heißt es z.B. noch in einem Patientenratgeber aus den 1970er Jahren. Aussagen dieser Art haben es Familien mit einem oder mehreren asthmakranken Mitgliedern oft sehr schwer gemacht.

Grundsätzlich gilt: Asthma ist eine körperliche Krankheit, bei der die Psyche eine Rolle spielen kann.

Asthma bronchiale ist definitionsgemäß eine chronische entzündliche Erkrankung des gesamten Bronchialsystems. Bestimmend sind Zeichen einer bronchialen Überempfindlichkeit (Hyperreagibilität). Anfallsweise treten Brustenge, Luftnot und Giemen, manchmal auch nur Husten, bevorzugt in den frühen Morgenstunden, auf. Die entzündungsbedingte Überempfindlichkeit und damit das krankhaft übersteigerte Reagieren der Bronchien des Asthmikers auf alle möglichen Reize (Staub, Rauch, kalte Luft, Anstrengung, etc.) sind die kör-



perliche Grundvoraussetzung („Körperschwachstelle“) für diese Krankheit.

Ein rein seelisches Asthma gibt es somit definitionsgemäß nicht!

Wie kann die Psyche den Verlauf der Krankheit beeinflussen?

Die Überempfindlichkeit kann erblich vorgegeben oder (z.B. durch häufige Infekte) erworben sein. Ist sie gegeben, beeinflussen verschiedene Faktoren den Verlauf der Krankheit. Grundsätzlich unterscheidet man allergisches von nichtallergischem („intrinsic“) Asthma.

Häufige Allergene beim *allergischen Asthma* sind Tierhaare, Pollen und Hausstaubmilben (genauer gesagt deren Exkrememente). Auslöser für *nicht allergisches Asthma* können sein: Infekte, allgemeine („unspezifische“) Reize (s.o.: Staub, Rauch, kalte Luft u.a.), körperliche Anstrengung („belastungsinduziertes Asthma“), nicht zuletzt aber auch die Psyche (Stress, Konflikte etc.).

„Krankheiten entstehen häufig an körperlichen Schwachstellen in den Krisen eines Menschen und zwar dann, wenn seine seelischen Widerstandskräfte erschöpft sind.“ So beschreibt V. von Weizsäcker, einer der Pioniere der psychosomatischen Medizin, seine

Erfahrungen als Arzt. Besonders bedeutsam in diesem Zusammenhang sind Konfliktsituationen, die lange andauern und unlösbar erscheinen. Erfahrungsgemäß ist es so, dass Menschen, bei denen die Psyche bei der Entstehung und beim Verlauf eine wesentliche Rolle spielt, das Gespür für Zusammenhänge zwischen Körper und Seelenleben verloren haben. Sie tun das nicht absichtlich, sondern weil sie nie gelernt haben, Konflikte wahrzunehmen und auszudrücken. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass man seelisch stabil genug dafür ist. Der Blick nach innen kann sehr schmerzlich sein. Das ist auch der Grund, warum Menschen Probleme, Konflikte oder Gefühle aus ihrem Bewusstsein verdrängen. Allerdings mit dem Risiko, dass sich die seelische Konfliktspannung auf der Ebene des Körpers bemerkbar macht. „Krankheit als Weg“ lautet der Titel eines bekannten Buches (R. Dahlke), in dem kranken Menschen nahegelegt wird, Krankheit nicht nur als Pech oder Schicksal zu verstehen, sondern als Anlass, sich einmal wieder mit seiner Lebenssituation auseinander zu setzen. Nicht immer wird psychische Mitbeeinflussung eine Rolle spielen.

So stellen sich Fragen wie:

- Warum bin ich ausgerechnet jetzt krank?
- Welches Problem könnte am ehesten etwas damit zu tun haben?
- Welche Gewohnheiten meines Lebensstils fördern meine Krankheit?

Diese Fragen sollten in der Auseinandersetzung mit einer Krankheit nicht außen vorgelassen werden.

Studien in einer Hamburger Klinik haben ergeben, dass vor Asthmaanfällen nicht selten typische Konfliktkonstellationen bestehen:

- Stress und Überforderung, oft aus Unfähigkeit, sich abzugrenzen oder Nein zu sagen
- Streit mit Angst vor Verlust von Zuwendung oder Angst Verlassen zu werden
- „Hinuntergeschluckte“ Wut, Aggressionen, die nicht ausgedrückt werden konnten
- Situationen, in denen sich die Betroffenen nicht wehren konnten.

Demnach wäre das Bemühen um einen „gesünderen Umgang“ mit oben genannten Konfliktbereichen neben den Medikamenten bei asthmakranken Menschen eine weitere Möglichkeit der Behandlung.

Der „Sinn“ von Krankheit?

Bei dem Versuch, Krankheiten zu verstehen, kann man auch die Fragen stellen:

- Welchen Sinn könnte die Krankheit haben?
- Ist sie nicht auf irgendeiner Ebene zu etwas gut?

Der Gedanke mag zunächst aberwitzig erscheinen, kann aber in der persönlichen Auseinandersetzung mit einer Krankheit durchaus lehrreich sein. Vorausgesetzt dass man ehrlich genug zu sich selbst ist. Das Konzept des primären und sekundären Krankheitsgewinns geht auf Sigmund Freud zurück, den Begründer der Psychoanalyse. Beim sogenannten primären Krankheitsgewinn geht es um die „Verwandlung“ seelischer Konfliktspannung in körperliche Symptome. Unter sekundärem Krankheitsgewinn versteht man die mit einer Krankheit verbundenen „Vorteile“ wie körperliche Schonung, Ruhe, vermehrte Beachtung, Entlastung etc. Werner Zenker, übrigens selbst Asthmatiker, führt in seinem Buch „Mit Asthma leben lernen“ ganz ähnliche Gedanken an: In einem Kapitel „Asthma als Mittel zum Zweck – Erpressen Sie nicht Ihre Umwelt!“ weist er darauf hin, dass es wie allen chronisch Kranken „auch uns Asthmatikern naheliegt, die Krankheit als Argument zu benutzen, um Ziele zu erreichen, die mit dem Asthma überhaupt nichts zu tun haben...“. Krankheit kann beispielsweise benutzt werden als Ausrede oder zur Vermeidung unangenehmer Dinge oder Aufgaben. Mit Krankheit kann Druck auf andere Menschen ausgeübt werden, sie kann als Hilfsmittel zur Erreichung von Aufmerksamkeit und Zuwendung eingesetzt werden. Bei asthmakranken Kindern sind solche Verhaltensweisen recht oft zu beobachten („jetzt huste ich solange bis die Mama wieder ans Bett kommt“). Es geht hier nicht darum, kranken Menschen nicht kleine Vorteile aus einer Krankheit zu gönnen. Eine Gefahr besteht allerdings darin, dass Krankheit zum „leichten Weg“ aus Konfliktsituationen wird und bessere Lösungsstrategien nicht gelernt werden. Der Kranke „braucht“ seine Krankheit dann evtl. auch noch, wenn er von der körperlichen Seite her gesund sein könnte.

Fragen die weiterhelfen können sind zum Beispiel:

- Wozu könnte meine Krankheit trotz allem gut sein?
- Gebrauche ich sie manchmal als Ausrede und Entschuldigung
- Wo hilft sie mir, unangenehme Pflichten oder Dinge, die mich überfordern, zu vermeiden?
- Setze ich die Krankheit manchmal als Druckmittel zur Durchsetzung meiner Ziele (z.B. in der Partnerschaft) ein?
- Erfahre ich als Kranker mehr Aufmerksamkeit und Zuwendung als in gesunden Zeiten?

Die Auffassung vom Körper als „Spiegel der Seele“ und vom „Sinn von Krankheit“ sollte nicht überstrapaziert werden. Nicht hinter jeder Krankheit und nicht hinter jeder Verschlechterung müssen seelische Probleme ste-



Lippenbremse, Foto © Dorothea Pfeiffer-Kascha

cken. Bei manchen Patienten ist die Psyche kaum oder gar nicht, bei anderen wieder sehr stark am Krankheitsgeschehen beteiligt. Eine Verallgemeinerung nach dem Motto: „Wer krank ist, muss auch (unbewusste?) Probleme haben“ ist unhaltbar. Genauso falsch ist es aber auch, die Möglichkeit einer Beteiligung derartiger Einflüsse überhaupt nicht in Erwägung zu ziehen. Die Erfahrung zeigt Fälle, bei denen nach einer Veränderung von Lebensumständen langjährige Beschwerden in kürzester Zeit verschwanden.

Asthma und Angst

Das Gefühl, die Luft abgeschnürt zu bekommen und hilflos nichts gegen das Ersticken tun zu können, gehört zum Schlimmsten, was einem Menschen überhaupt widerfahren kann. Dass Angst eine natürliche Reaktion auf derartige Erlebnisse ist, lässt sich nur zu gut verstehen. Die Angst bei einem akuten Asthmaanfall ist zu unterscheiden von der Angst vor der Möglichkeit eines Anfalls in beschwerdefreien Phasen.

Angst bei akuter Atemnot

Zur Angst bei einem Anfall: Es besteht die große Gefahr, dass sich Patienten durch Panikreaktionen und falsches Verhalten (z.B. „pumpen“ statt Lippenbremse) selbst erst so richtig in einen Anfall hinein steigern. Andererseits genügt oft schon die Nähe eines Arztes, das Aufziehen einer Spritze und die damit verbundene Beruhigung, Atemnot wesentlich zu lindern.

So verständlich die Angst bei Atemnotanfällen ist, so wichtig wäre es aber auch, möglichst die Ruhe zu bewahren. Wie kann das gelingen? Als erstes ist es sicher sehr wichtig, möglichst genau zu wissen, was bei einem Anfall in den Bronchien überhaupt passiert und zweitens, wie man richtig darauf reagieren kann. Ein umfassendes Wissen über die Wirkung von Medi-

kamenten und Selbsthilfetechniken und die Erfahrung, dass man sich damit auch wirklich helfen kann, sind wohl die besten Mittel gegen Angst. Auf die Medikamente soll hier nicht genauer eingegangen werden. Die Kenntnis und das Einüben von **Selbsthilfetechniken** (besonders Lippenbremse und atemerleichternde Körperhaltungen) – möglichst bereits in beschwerdefreien Phasen – kann eine enorme Hilfe sein. Oft liegt es gerade daran, ob Anfälle verhindert oder zumindest in ihren Auswirkungen wesentlich gemindert werden können. Als hilfreich wird auch das **Autogene Training** erachtet. Konsequenter über einen längeren Zeitraum durchgeführte Entspannungsübungen führen zu der Fähigkeit, seelische Erregungen besser unter Kontrolle zu bekommen. Dinge, die einen aufregen, können mit mehr Gelassenheit und innerer Distanz wahrgenommen werden. Der Mensch kann zu größerer Ausgeglichenheit und Ruhe gelangen, Eigenschaften, die vielen Menschen in der Hektik der heutigen Leistungsgesellschaft immer mehr abhanden kommen. Gerade diese Eigenschaften haben nach der Überzeugung vieler Kranker etwas mit dem Verlauf der Krankheit zu tun. Kurse werden heute in fast allen Volkshochschulen angeboten, preiswerte Literatur und Höranleitungen gibt es überall zu kaufen.

Asthma und Angst: Nicht vergessen sollte man in dem Zusammenhang einen Aspekt, auf den der Asthmaexperte Prof. Linus Geisler in einem seiner lesenswerten Bücher („Leben mit Asthma, Bronchitis, Emphysem“) hinweist: Der Asthmakranke leidet an Angst, weil er an Luftnot leidet und seine Angst verstärkt die Luftnot. Eine in erster Linie gegen die Angst gerichtete (Psycho-)Therapie würde bedeuten, das Pferd von hinten aufzuzäumen. Was ein asthmakranker Mensch als allererstes braucht, ist eine entzündungshemmende und krampflösende Therapie. Je wirksamer die Medikamente sind und je seltener es dadurch zu Beschwerden kommt, umso weniger besteht Anlass für Angst und umso weniger wird sich diese Angst ausbreiten können.

Zur Selbstwahrnehmung von Asthmakranken

Wie weit können Asthmakranke den Zustand ihrer Bronchien selber richtig einschätzen? Untersuchungen ergaben ein merkwürdiges Bild: Erstaunlich viele Asthmatiker sind nicht in der Lage, den momentanen Grad der Bronchienverengung realistisch zu beurteilen. Es gibt verschiedene Arten der Fehleinschätzung: Manche überschätzen den Grad der Verengung, manche unterschätzen ihn eher. Häufig findet sich eine unsichere Wahrnehmung, das heißt die Obstruktion (Verengung) wird in manchen Situationen zu hoch, in anderen wieder zu niedrig eingeschätzt.

Wer allgemein zur Unterschätzung neigt, wird wahrscheinlich erste und weitere Anzeichen einer Verschlechterung überhaupt nicht oder nicht ausreichend wahrnehmen oder beachten. So kann sich ein Anfall unbemerkt und ungehindert bis zu beträchtlichem Ausmaß entwickeln. Asthmatiker mit dieser Eigenschaft stellen nicht selten besondere Risikopatienten dar.

Wer zur Überschätzung neigt, wird überall „die Flöhe husten“ hören, eine Eigenschaft, die eine ängstliche Grundstimmung erzeugt, wodurch die befürchteten Beschwerden eher begünstigt werden. Auch bei unsicherer Wahrnehmung, so zeigt die Erfahrung, reagieren die Patienten häufig nicht angemessen: manchmal zu wenig, manchmal dagegen übertrieben. Die Gründe für derart unterschiedliche Körperwahrnehmungen sind noch wenig erforscht. Wesentlich ist aber, dass man eine richtige Einschätzung trainieren kann! Und zwar mit Hilfe des Peak-Flow Meters: Schätzen Sie vor dem Messen Ihre Werte und vergleichen Sie diese mit den (objektiven) Ergebnissen des Messgerätes. Auch interessant: Sie können nachprüfen, welche Einflüsse tatsächlich etwas mit einer Bronchienverengung bei Ihnen zu tun haben und welche nicht. Wahrscheinlich werden Sie feststellen, dass manche Zusammenhänge nur in Ihrer Vorstellung existieren. Weitverbreitete Erklärungen für Atembeschwerden sind z.B. das Wetter, die Jahreszeiten, Mondphasen, bestimmte Gerüche, die Anwesenheit bestimmter Menschen und viele mehr.

Eine angemessene Selbsteinschätzung ist ein wichtiger Faktor für ein bestmögliches Leben trotz Asthma.

Darum noch einmal:

- Die Selbsteinschätzung der Bronchienverengung ist trügerisch!
- Die Obstruktion kann überschätzt, unterschätzt oder unsicher wahrgenommen werden.
- Eine realistische Einschätzung des Zustandes der Bronchien kann mit Hilfe des Peak-Flow Meters trainiert werden.
- Mit dem Peak-Flow Meter können Sie außerdem überprüfen, ob vermutete Zusammenhänge zwischen allen möglichen Einflüssen und Ihren Atembeschwerden tatsächlich bestehen.

Der Stellenwert von Psychotherapie in der Behandlung des Asthmakrankheit

Eine Psychotherapie als zusätzliche Behandlungsmethode kommt in Frage, wenn sich direkte oder indirekte Hinweise ergeben, dass psychische Faktoren (wie oben beschrieben) den Krankheitsverlauf mitbe-



Peak-Flow-Meter, Foto: Deutsche Atemwegsliga e.V.

einflussen. Darüber hinaus kann eine Psychotherapie natürlich auch unabhängig von der Atemwegserkrankung angebracht sein aufgrund einer allgemeinen seelischen Problematik.

Wie sollte Psychotherapie nicht eingesetzt werden?

- als alleinige Behandlungsmethode
- als Zusatztherapie, ohne dass alle anderen (medikamentösen und nichtmedikamentösen) Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind
- wenn keinerlei Hinweise auf eine seelische Mitbeeinflussung vorliegen

Je geringer die körperlichen Beschwerden durch eine optimale (entzündungshemmende und krampflösende) medikamentöse Behandlung sind, desto weniger werden sich psychische Probleme entwickeln können. Dadurch nehmen Ängste (vor der Nacht, vor beruflichen Problemen usw.) ab. Der mögliche Konfliktstoff (mit Angehörigen, Arbeitskollegen etc.) verringert sich. Oft erübrigen sich weitere Maßnahmen allein durch eine optimierte „medikamentöse Einstellung“, wie man die individuelle Anpassung der Medikamente an einen betroffenen Patienten bezeichnet. Andererseits sollte man aber auch nicht aus „falscher Scham“ bei Bedarf eine sinnvolle Psychotherapie ablehnen und damit eine wertvolle Behandlungsmöglichkeit nicht nutzen. Bei gegebener Indikation kann Psychotherapie für Betroffene wie Angehörige eine große Hilfe sein.



Der Autor:
Dr. phil. Albert Hirschbichler
Klinik Bad Reichenhall
Zentrum für Rehabilitation
Pneumologie und Orthopädie

Verfügbare Inhalationssysteme

– Notwendigkeit der Schulung und typische Anwendungsprobleme in der Praxis

von Beatrice Esche

Die Vielfalt der heute bei Asthma und COPD verordneten Inhalationssysteme (Devices) und ihre oft unterschiedliche Handhabung stellen sowohl an die Ärzte bei der Auswahl und Verordnung als auch an die Patienten bei der Anwendung hohe Anforderungen. Anders als bei der Verordnung von Tabletten, die „nur“ geschluckt werden müssen, um im Körper zu wirken, wird bei der Inhalation der Wirkstoff erst durch eine korrekte Einatmung freigesetzt und im Bronchialsystem deponiert. Eine gründliche Schulung der Patienten zur richtigen Anwendung des benutzten Device und die richtige Atemtechnik sind daher unerlässlich, um die gewünschte Wirkung zu erreichen.



In den Leitlinien der Deutschen Atemwegsliga e.V. und der Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung(COPD) und zum Asthma ist eine Patientenschulung zur richtigen Anwendung ausdrücklich festgelegt. So heißt es dort: „Bei allen inhalativ verabreichten Bronchodilatoren – aber auch Kombinationen und inhalativem Kortison (ergänzt) – muss die Inhalationstechnik mit dem Patienten eingeübt und im Therapieverlauf kontrolliert werden. „Besonders wichtig ist, dass möglichst jeder Patient im Gebrauch seines ihm verordneten Inhalativums unterwiesen wird und die korrekte Anwendung kann.“ Nach Möglichkeit sollte auch nur eine Art von Device verwendet werden und bei jedem Wechsel auf ein anderes Device eine Neueinweisung erfolgen. In einer wissenschaftlichen Auswertung (Cochrane Review) wird die Zahl der Patienten, die eine korrekte Inhalation demonstrieren konnten, mit nur 46-59% angegeben. In einer anderen Untersuchung fanden die Ärzte, dass von 200 Patienten 46% ihre jeweiligen Medikamente (Inhalativa) falsch anwendeten.

Neben den Problemen, die die große Vielzahl an Devices erzeugt, ist auch der Kostenfaktor dieser kleinen „Hightech-Geräte“ nicht zu unterschätzen. So betragen die Kosten, auch in Abhängigkeit von den verschiedenen Wirkstoffen, zwischen 20 Euro für ein Dosieraerosol und 75 Euro für einen Diskus.

Schulung:

Ziel der Patientenschulung ist es zunächst, dass man als Patient den Sinn seiner Inhalationstherapie versteht. Man sollte wissen, dass die richtige Anwendung der Inhalationen die „Therapie“ der eigenen Erkrankung ist. Die Inhalationen müssen daher korrekt und wie verordnet, d.h. regelmäßig angewandt werden. Man sollte einen Therapienutzen verspüren. Im Notfall ist man dann – richtig aufgeklärt – auch in der Lage, das helfende Medikament einzusetzen. Um die Akzeptanz der verordneten Inhalationstherapie zu fördern, sollte die Verordnung sich auch nach der Häufigkeit evtl. Nebenwirkungen richten und die Bedienung des Device einfach und unkompliziert, ja „intuitiv“ möglich sein.

Bei der Schulung der Inhalationstherapie gilt es vor allem mehrere, patientenspezifische Punkte zu beachten. Erfahrungsgemäß stellt sich die erforderliche Inhalationstherapie für einen Patienten häufig als recht verwirrend dar. Unter Umständen erhält man von jedem Arzt und/oder auf jedes Rezept ein anderes Device in der Apotheke ausgehändigt. Auf die Nachfrage, was er denn inhalieren, antworten dann viele Patienten mit „Nichts“. Die Devices werden gar nicht als „Inhalationstherapie“ verstanden. Daher muss der Arzt auf jeden Patienten vor der Auswahl eines Devices individuell eingehen und quasi eine Checkliste abarbeiten. Kann der Patient vom Verständnis her, jedes Device benutzen?

Leidet er z.B. an einer Demenz oder er hat Angst vor zu vielen Medikamenten? Gibt er bestimmten Devices den Vorzug und/oder hat er schon Erfahrung mit ihnen? Lassen sich schon vor der Auswahl Probleme beim Atemmanöver erkennen, ist der Patient tracheotomiert? Kann der Patient jedes Device bedienen? Bei z.B. rheumatisch veränderten Fingern oder starkem Zittern wird das Einlegen einer kleinen Kapsel in ein Gerät schwierig. Auch Patienten mit leichten halbseitigen Lähmungen benötigen andere Devices. Sehbehinderte Patienten kommen mit verschiedenen Devices besser zurecht. Sie können sie an ihrer unterschiedlichen Form erkennen. Auch Einflüsse aus dem häuslichen Umfeld sowie die Verschreibungspraxis des jeweiligen Hausarztes sind zu berücksichtigen.

Der Bundesverband der Pneumologen und der Qualitätssicherungsverein haben für die Patientenschulung zwei Programme erarbeitet, das „MASA - Modulares Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker“ und „COPD“ Bad Reichenhaller Modell. Die Deutsche Atemwegsliga hat sowohl für Asthma als auch für COPD ambulante Schulungsprogramme entwickelt: das nationale Asthma Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker, NASA und das ambulante Schulungsprogramm für COPD-Patienten (Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Emphysem, COBRA. Alle diese Schulungen beinhalten eine Lerneinheit zur Inhalation.

Demzufolge sollte eine Schulung zur Inhalationstherapie in mehrere Schritte gegliedert sein. Dazu gehört erstens eine kurze Erklärung mit den Grundlagen der Inhalationstherapie. Zum zweiten muss die Handhabung des Devices Schritt für Schritt eingeübt werden. Als drittes folgt die Erstellung eines Therapieplanes. In einem vierten Schritt sollten die unterschiedlichen Wirkstoffe und die Wirkung des jeweiligen Inhalativums erklärt werden und als fünftes sollte die Inhalationstechnik des Patienten regelmäßig überprüft werden.

1. Grundlagen der Inhalation

Die Grundlagen der Inhalation sind in ganz einfachen Worten ebenfalls zu beschreiben, wohin die inhalierten Wirkstoffe im Körper gelangen sollen, d.h. z.B., dass die Inhalationen nicht in den Magen, sondern in die Atemwege müssen. Dieses Wissen erleichtert dem Patienten die morgendliche Inhalation vor dem Frühstück. Die Bedeutung eines korrekten Atemmanövers sollte ebenso erklärt werden wie die deutlich reduzierte und dadurch oft besser verträgliche Wirkstoffmenge bei Inhalation im Vergleich zu der in Tabletten.

2. Schritt-für Schritt-Anleitung

Für jedes Device existiert eine Schritt-für Schritt Anleitung. Mit dem Patienten kann anhand dieser Anleitung die korrekte Inhalation mit seinem Device geübt werden. Dies erfordert zusätzliche Kontrollen, wenn der Patient die Technik nicht auf Anhieb beherrscht. Im stationären Bereich lässt sich dies relativ einfach durch tägliche Kontrolle verwirklichen. Im ambulanten Bereich schlägt die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) zum Asthma eine Kontrolle spätestens in vierwöchigem Abstand vor. In der Leitlinie zur COPD heißt es, die Inhalationstechnik soll bis zum sicheren Beherrschen geübt werden. Zusätzlich sollte die Anleitung dem Patienten zum Nachlesen ausgehändigt werden. Dies kann auch für Angehörige und Pflegedienste eine Unterstützung sein und ihnen Sicherheit im Notfall geben. Auf der Internetseite der Deutschen Atemwegsliga finden sich inzwischen auch Videosequenzen zur Anwendung aller Devices. Diese sind besonders bei Sprachschwierigkeiten hilfreich. Die Apps für COPD und Asthma der verschiedenen Hersteller enthalten ebenfalls Videosequenzen zu ihren jeweiligen Devices.

3. Genauso wie z.B. für verordnete Tabletten, sollte auch für die inhalativen Medikamente ein Therapieplan erstellt werden. Dies hat zwei Vorteile, zum einen weiß man, wann und wie häufig man die Inhalationen durchführen soll. Zum zweiten wird klar, dass die Inhalationstherapie die gleiche Bedeutung wie eine regelmäßige Tabletteneinnahme hat.

4. Um seine Medikamente rechtzeitig einsetzen zu können, sollte man im Rahmen des Selbstmanagements der eigenen Erkrankung ihre Wirkung kennen.

Zu vermitteln ist: Welches sind die Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden müssen? Welches ist das Bedarfsmedikament? Die Nebenwirkungen sollten, wie bei allen anderen Medikamenten auch, bekannt sein, um im Bedarfsfall Gegenmaßnahmen ergreifen zu können. Mit einer gezielten Aufklärung lassen sich erfahrungsgemäß Bedenken bei der Medikamenteneinnahme vermeiden.

5. Ist die Schulung erfolgt, so ist die regelmäßige Kontrolle der Inhalationstechnik bei jedem Device, welches der Patient benutzt, notwendig. Dies ist vor allem mit Blick auf die Vielzahl unterschiedlicher

Devices zwingend notwendig. Nach wie vor erhält man als Patient in der Apotheke oder Arztpraxis zwar den selben Wirkstoff, aber oft als anderes Präparat und mit einem anderen Device. Dies bekräftigten 50 Experten in einer Delphi Befragung. Sie sprachen sich deutlich gegen den Austausch der Devices aus und hielten die Devices für genauso wichtig wie die Wirkstoffe. Die regelmäßige Kontrolle der Inhalationstechnik gibt dem Arzt auch die Möglichkeit, die Devices dem individuellen Zustand des Patienten entsprechend auszuwählen.

Typische Anwendungsprobleme

Die Zahl der Anwendungsfehler bei der Inhalation ist bei allen Devices hoch. Dabei entstehen Fehler nicht nur bei der Inhalation, sondern schon in der Vorbereitung und der Handhabung des Device. Aufschlussreich war, dass wir in einer eigenen Untersuchung feststellen konnten, dass von 140 befragten Patienten ein Drittel ihre Inhalationstherapie nur unregelmäßig anwandten. Während sich die Fehler bei der Vorbereitung der Inhalatoren leicht definieren lassen, ist das beim Atemmanöver der Inhalation nicht so einfach. Hierfür gibt es einen sogenannten „Inhalationsmanager“, mit Hilfe dessen man am Computer die korrekte Inhalation kontrollieren kann.

Die Fehler bei der Vorbereitung der Devices sind so vielfältig wie die unterschiedlichen Devices. Die Vielzahl an Devices ist eine Ursache vieler Fehlermöglichkeiten. Zu unterscheiden sind dabei die Dosieraerosole von den Pulverinhalatoren. Die Anwendungsprobleme bei der korrekten und dann erst effektiven Inhalation lassen sich in 2 Gruppen einteilen, einmal in Fehler beim Vorbereiten des Devices und in Fehler, d.h. eine Falschanwendung bei der eigentlichen Inhalation.

Dosieraerosole

Die Vorbereitung der Dosieraerosole zur Anwendung geht in den meisten Fällen problemlos. Die erforderliche tiefe Ausatmung vor der Inhalation wird jedoch von den meisten Patienten nicht durchgeführt. Verschiedene Untersucher haben dies bei 17% bis sogar 66% ihrer Patienten beobachtet. Auch das mehrfache Auslösen eines Sprühstoßes während einer Inhalation wurde bei fast 20% der Patienten beobachtet. Ein großer Nachteil bei der Inhalation aus den Dosieraerosolen ist die unbedingt erforderliche Koordination zwischen Einatmung und Auslösen des Sprühstoßes. Die Häufigkeit dieses Anwendungsfehlers schwankt zwischen 17% bis fast 55% in verschiedenen Untersuchungen. Vor allem bei den zunehmend älteren Patienten lässt sich eine

verschlechterte Koordination beobachten. Ein weiteres Problem, das „Nicht-Auslösen“ des Dosieraerosols, wird vor allem bei älteren Patientinnen beobachtet. Ihnen fehlt dazu häufig die erforderliche Fingerkraft. Eine zu schnelle Inhalation kommt allerdings bei bis zu 52% aller Patienten vor.

Das Hauptaugenmerk bei den Dosieraerosolen sollte also auf der

- tiefen Ausatmung vor der Inhalation,
- der Koordination während der Inhalation und
- dem Auslösen nur eines Sprühstoßes (Hubes) pro Inhalation gelegt werden.



Pulverinhalatoren

Bei den Pulverinhalatoren ist die Vorbereitung des Device eine erste Stolperstelle. Jeder Pulverinhalator muss in irgendeiner Form vorbereitet werden. Bei allen Devices, die das Einlegen und Zerstechen einer Kapsel erfordern, besteht die Gefahr, dass die Kapsel erst während der Einatmung zerstoßen wird. Diskus, Ellipta, Turbohaler müssen vor der Inhalation gespannt bzw. gedreht werden. Beim Novolizer und Genuair muss vor der Inhalation durch Drücken der grünen Taste der Wirkstoff freigegeben werden.

Eine zu langsame Inhalation ist bei den Pulverinhalatoren ein gravierender Fehler, da der Wirkstoff die tieferen Atemwege so gar nicht erst erreicht. Ein Untersucher fand bei 136 Patienten mit Einsatz eines Pulverinhalators heraus, dass bis zu 72% der Patienten eine zu geringe Inspirationsgeschwindigkeit hatten.

Bei den „Kapselsystemen“ wird eine korrekte Inspirationsgeschwindigkeit durch das Flirren der Kapsel „hörbar“. Bei Novolizer und Genuair ertönt bei korrekter Inhalationsgeschwindigkeit ein „Klacken“. Bei Ellipta, Diskus und Turbohaler fehlt ein hörbarer Klick. Allerdings stehen für den Diskus und den Turbohaler Übungsdevices zur Verfügung, welche bei ausreichender Inspirationsgeschwindigkeit einen Pfeifton abgeben.

Zeigten bis zu 64% unserer Patienten vor einer Einzelschulung bei Anwendung von Pulverinhalatoren eine zu geringe Einatmungsgeschwindigkeit, so war dies nach der Schulung nur noch 7% der Patienten der Fall.

Vernebler

Die Vernebler werden in der Regel korrekt angewendet.

Praktische Tipps

Die Erfahrungen der alltäglichen Praxis in einer Lungenfachklinik zeigen, dass der Phantasie der Patienten bei der Anwendung der Inhalatoren keine Grenzen gesetzt sind. Problemlos lassen sich Kapseln zum Schlucken auch in Inhalatoren einlegen und inhalieren. Im Gegenzug können auch alle Kapseln die zum Inhalieren gedacht sind, geschluckt werden. Das Zerlegen der Devices und ein anschließend verkehrtes Zusammenbauen lassen sich genauso beobachten wie das Inhalieren von Kapseln durch die Nase. Die Reinigung der Inhalatoren reicht vom Abspülen unter fließendem Wasser bei Pulverinhalatoren (!) bis zum genauen Gegenteil, zur kompletten Verschmutzung der Mundstücke. Ein „weißes“ Mundstück bei Pulverinhalatoren kann auf Probleme bei der Einatmung hinweisen. Häufig haben Patienten auch ganze Tüten voll Devices mit den gleichen Medikamenten. All dies bedeutet, dass man sich die Anwendung jedes Device immer zeigen lassen sollte, um so die korrekte Anwendung der Inhalationstherapie beurteilen zu können. Es gibt auch nicht wenige Patienten, die trotz Einübung und Kommando kein Atemmanöver durchführen können.

Sehr viel schwerer als den Problemen bei der Handhabung und der Durchführung des richtigen Atemmanövers ist den Verständnis- oder psychischen Problemen beizukommen. Hier gilt es viel Aufklärungs- und Schulungsarbeit zu leisten, und dies immer und immer wieder. Erklärt werden muss, dass die inhalierten Wirkstoffe eben nicht in den Magen gelangen und dass bei

dieser Anwendungsform ihre Wirkstoffdosis sehr viel geringer ist als bei einer vergleichbaren Tabletteneinnahme. Bei älteren und verwirrten Patienten, die auf eine Inhalationstherapie nicht verzichten können, kann für die häusliche Versorgung ein ambulanter Pflegedienst organisiert werden, der die Inhalationen dann, wie die Tabletteneinnahme, überwacht oder auch die Inhalationen appliziert. Die Schulung von Angehörigen erweist sich vor allem auch für den Notfall als sinnvoll.

Fazit:

Ein ideales Inhalationssystem für alle Patienten wird es wohl nie geben. Dafür sind die Menschen zu unterschiedlich. Daher wird Schulung stets individuell sein müssen. Das große Angebot an Devices zur Inhalation von Medikamenten bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen ist Segen und Fluch zugleich. Fluch, weil individuell für jeden Patienten ein geeignetes Device gefunden werden muss und er in der konkreten Anwendung des Device geschult werden muss. Ein Segen aber ist es, dass durch die Vielfalt der Devices für fast jeden Patienten das individuell richtige und bedienbare Device gefunden werden kann.

Mit freundlicher Abdruckgenehmigung des Duxi-Verlages nach einem Artikel in Atemwegs- und Lungenkrankheiten 10/2016.

Die Autorin:

Beatrice Esche
Krankenschwester,
Atemungstherapeutin (DGP)
Asklepios Fachklinik München-Gauting,
Robert-Koch-Allee 9, 82131 Gauting,
Tel: 089/85791-5953
email: b.esche@asklepios.com



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 rollstuhlgerechten Zimmern
- Optimale Lage in der Fußgängerzone (Kurzone) direkt am Kurpark mit Gradienwerk
- Aufnahme von Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenkassen sowie Selbstzahlern und Privatpatienten

Lungenkrebs: Neuere Entwicklungen

von Prof. Gerd Goekenjan

Zur Epidemiologie (Häufigkeit und Verbreitung): Im vergangenen Jahrhundert hat sich der Lungenkrebs von einer der seltensten Krankheiten weltweit zur häufigsten tödlichen Krebskrankheit entwickelt. Hauptursache ist das inhalative Zigarettenrauchen – aber auch das passive „Mitrauchen“.

Der Lungenkrebs steht in Deutschland unter den Krebsneuerkrankungen der Häufigkeit nach bei Männern nach dem Prostatakrebs an zweiter Stelle und bei Frauen nach Brust- und Darmkrebs an dritter Stelle (s. Tab. 1).

Allerdings ist die Neuerkrankungsrate innerhalb der Bundesländer unterschiedlich. Bei Männern ist sie am höchsten im Saarland und bei Frauen in Hamburg, Bremen und Berlin. Am niedrigsten liegt sie jedoch bei Männern in Bayern und bei Frauen in Sachsen.

Männer			Frauen	
Krebsart	Prozentualer Anteil an allen Krebs-Neuerkrankungen	Rangfolge der Häufigkeit	Prozentualer Anteil an allen Krebs-Neuerkrankungen	Krebsart
Prostata	23,6	1.	31,2	Brustdrüse
Lunge	13,7	2.	11,8	Dick- und Enddarm
Dick- und Enddarm	13,3	3.	8,2	Lunge
Harnblase	4,7	4.	4,7	Gebärmutterkörper
Malignes Melanom der Haut	4,3	5.	4,6	Malignes Melanom der Haut

Tab. 1: Häufigste Krebsneuerkrankungen 2013 (nach Robert-Koch-Institut, Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016).

Bezogen auf die durch Krebserkrankungen bedingten Sterbefälle ist der Lungenkrebs bei Männern die häufigste Krebstodesursache und bei Frauen nach dem Brustkrebs die zweithäufigste Krebstodesursache in Deutschland (s. Tab. 2). Bei Männern ist etwa ein Viertel aller Krebstodesfälle auf den Lungenkrebs zurückzuführen. In den USA ist der Lungenkrebs auch bei Frauen – in Abhängigkeit von den Rauchgewohnheiten – die häufigste Krebstodesursache.

Männer			Frauen	
Krebsart	Prozentualer Anteil an allen Krebs-Sterbefällen	Rangfolge der Häufigkeit	Prozentualer Anteil an allen Krebs-Sterbefällen	Krebsart
Lunge	24,5	1.	17,5	Brustdrüse
Dick- und Enddarm	11,1	2.	14,9	Lunge
Prostata	11,1	3.	11,6	Dick- und Enddarm
Bauchspeicheldrüse	6,8	4.	8,2	Bauchspeicheldrüse
Magen	4,6	5.	4,0	Magen

Tab. 2: Häufigste Krebstodesursachen 2013 (nach Robert-Koch-Institut, Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016).

Entwicklung der durch Lungenkrebs bedingten jährlichen Sterbefälle

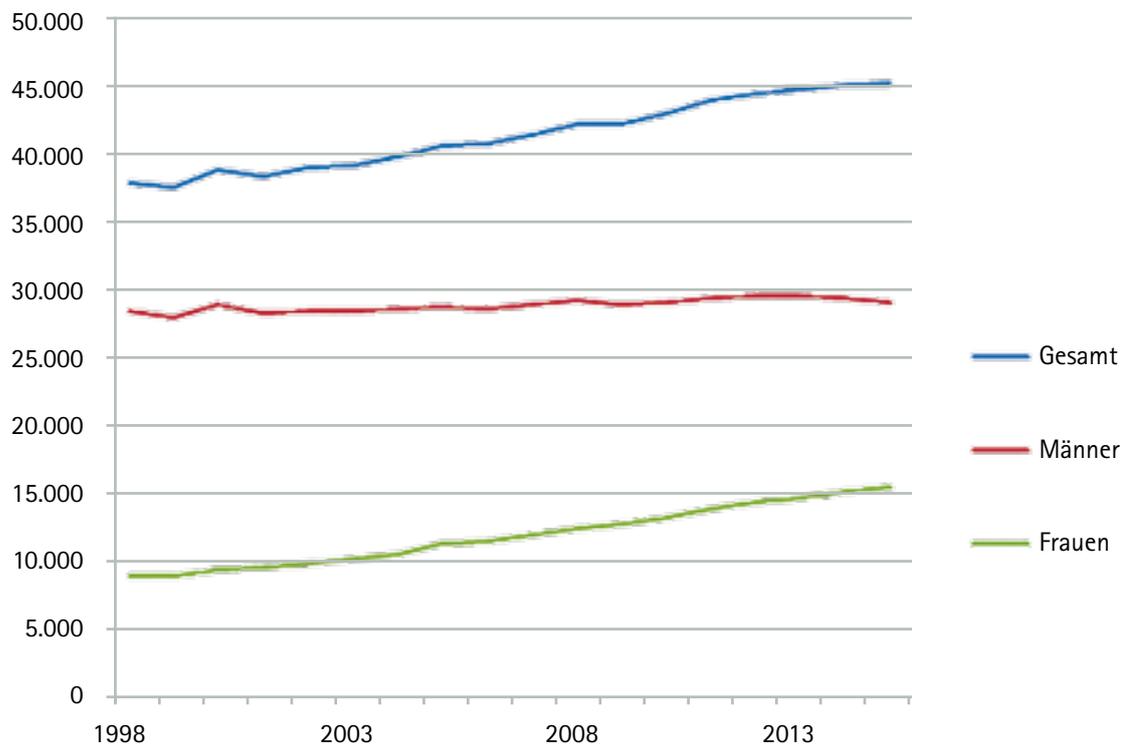


Abb. 1 zeigt die Entwicklung der durch Lungenkrebs bedingten jährlichen Sterbefälle in Deutschland pro Jahr von 1998 bis 2015 mit einem deutlichen Anstieg der Gesamtzahl der Lungenkrebssterbefälle von 37.934 auf 45.224. Dabei sind die durch Lungenkrebs bedingten Sterbefälle der Frauen von 9.285 auf 15.870 deutlich angestiegen, während sie bei den Männern nur gering von 28.649 auf 29.354 zugenommen haben. Der Anstieg der Sterbefälle ist bei den Frauen auf die Zunahme des Zigarettenrauchens und bei beiden Geschlechtern zum Teil auf die zunehmende Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung zurückzuführen. Werden die Sterbefälle auf die Altersentwicklung der Gesamtbevölkerung bezogen, hat die Lungenkrebssterblichkeit bei Männern abgenommen, wohl als Folge des insgesamt verringerten Zigarettenrauchens der Männer.

	Männer	Frauen
Neuerkrankungen	34.690	18.810
Mittleres Erkrankungsalter (Jahre)	69,3	68,3
Sterbefälle	29.708	15.140
Mittleres Sterbealter (Jahre)	71,0	70,6
Relatives 5-Jahres-Überleben	16%	21%
Relatives 10-Jahres-Überleben	12%	16%

Tab. 3. Epidemiologische Daten zum Lungenkrebs 2013 (nach Robert-Koch-Institut, Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016).

Hinsichtlich der Verteilung der Zelltypen des Lungenkrebses haben wir ein Verhältnis von etwa 85 Prozent nicht kleinzelligem Lungenkrebs (NSCLC) und 15 Prozent kleinzelligem Lungenkrebs (SCLC). Unter den nicht kleinzelligen Lungenkrebs-Typen ist seit Jahrzehnten eine Zunahme der Adenokarzinome (bösartige Tumore, mit einer drüsenartigen Zell-Differenzierung) bei Abnahme anderer Formen des nicht-kleinzelligen Lungenkrebses und des kleinzelligen Lungenkrebses zu beobachten. Die Ursachen sind unklar. Diskutiert wird ein Zusammenhang mit der Einführung sogenannter „leichter“ Filterzigaretten.

Lungenkrebscreening („Lungenkrebsuche“):

Da ein frühzeitig erkannter Krebs mit einer günstigeren Prognose und einer größeren Wahrscheinlichkeit der Heilung einhergeht, liegt es nahe, Maßnahmen zur Früherkennung (Screening) durchzuführen. Frühere Studien haben keine Verbesserung der Prognose durch regelmäßige Röntgen-Aufnahmen der Lunge, mikroskopische (zytologische) Untersuchungen des Auswurfs, bronchoskopische Untersuchungen oder Tumormarker ergeben. Demgegenüber zeigte die große US-amerikanische NLST-Studie (2011), die bei Patienten mit hohem Lungenkrebsrisiko (Alter 55 - 74 Jahre, Zigarettenkonsum über 30 Packungsjahre) durchgeführt wurde, dass durch regelmäßige jährliche computertomographische Untersuchungen der Lunge die Sterblichkeit an Lungenkrebs um 20% gesenkt wurde. Die Untersuchungen wurden mit niedriger Strahlendosis des CT (Low Dose CT) vorgenommen, um das Krebsrisiko durch die Strahlenbelastung zu vermindern. Dieses Verfahren ist in den USA für die Früherkennung des Lungenkrebses empfohlen worden. Problematisch ist jedoch, dass von 20 positiven Befunden, d.h. auf Lungenkrebs verdächtigen Befunden, des Low Dose CT (zumeist kleine Lungenherde) erst nach weiteren zum

Teil belastenden und risikoreichen Untersuchungen nur in einem Falle tatsächlich ein Lungenkrebs nachgewiesen wird. Tatsache ist, dass durch diese zusätzlichen Untersuchungen sehr viele Patienten mit „falsch positiven“ Befunden unnötig belastet werden und zum Teil Komplikationen erleiden. Darüber hinaus ist dieses Screening mit einer Strahlenbelastung verbunden, die wiederum das Krebsrisiko erhöht. Dieses Screening-Verfahren wird daher in Deutschland nicht empfohlen. Weitere Studien sollen zu einer Verbesserung der Treffsicherheit dieser Untersuchung führen. Mindestens ebenso wirksam in der Verminderung der Lungenkrebssterblichkeit wie diese jährlichen strahlenarmen CT-Untersuchungen ist der sofortige Rauchstopp. Durch die Kombination des Rauchstopps mit dem Low-Dose-CT-Screening ist eine weitere deutliche Verminderung der Lungenkrebssterblichkeit zu erreichen.

Verbesserung der Tumordiagnostik:

Durch die Einführung der Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) vor etwa 10 - 15 Jahren in die Routinediagnostik des Lungenkrebses ist die Diagnostik der Tumorausbreitung des Lungenkrebses durch die erleichterte Feststellung von Metastasen erheblich verbessert und erleichtert worden. Ein weiterer Fortschritt der Tumordiagnostik ist durch die Kombination der Bronchoskopie mit dem endobronchialen Ultraschall (EBUS) erreicht worden. Hierdurch ist es möglich, im Rahmen der Routinebronchoskopie mit flexiblem Bronchoskop die Umgebung der Bronchien durch Ultraschall zu untersuchen und einen Tumorbefall von Lymphknoten direkt durch eine gezielte Nadelpunktion mit nachfolgender mikroskopischer Untersuchung nachzuweisen. Hierdurch kann zumeist eine zusätzliche invasive Prozedur wie eine Mediastinoskopie (invasive Inspektion des vorderen Brusttraumes) vermieden werden.

ANZEIGE

Die Fachmesse für mehr Lebensqualität

+++ Rehathechnik +++ Bildung & Beruf +++ Inklusion & Sport +++
Therapie & Praxis +++ Auto & Reisen +++ Häusliche Pflege +++
Homecare +++ Barrierefreies Bauen & Wohnen +++ Mobilitäts- &
Alltagshilfen +++ Neurologische Rehabilitation +++
Orthopädietechnik +++ Selbsthilfe +++

REHAB[®]
Rehabilitation | Therapie | Pflege | Inklusion

Veranstaltet
KMK IDEEN VERBINDEN
Karlsruhe-
Messen und Kongresse

www.rehab-karlsruhe.de



MESSE KARLSRUHE 11. - 13. Mai 2017

Zielgerichtete Therapie:

Die genaueren „feingeweblichen“ (histologischen), immunhistologischen und molekularbiologischen Untersuchungen des Lungenkrebses haben zahlreiche unterschiedliche Krebstypen mit unterschiedlichem Ansprechen auf die verschiedenen Therapieformen ergeben. Durch genetische Untersuchungen des Tumorgewebes können bei etwa 10% der Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkrebs (insbesondere Adenokarzinome) bestimmte genetische Veränderungen (Mutationen) festgestellt werden, die bewirken, dass diese Tumortypen auf bestimmte, in den Zellstoffwechsel eingreifende Antikörper besser ansprechen als auf die herkömmliche Chemotherapie. Bei diesen Mutationen handelt es sich insbesondere um den epidermalen Wachstumsfaktor Rezeptor EGFR (Epidermal Growth Factor Receptors) und die anaplastische Lymphomkinase ALK (Anaplastic Lymphoma Kinase). Die Behandlung von fortgeschrittenen Tumoren mit diesen Mutationen erfolgt mit speziellen Arzneimitteln, die zu den sogenannten Tyrosinkinase-Inhibitoren (TKI-Hemmer) gehören. Außerdem kann durch Antikörper, die Gefäßwachstumsfaktoren oder ihre Rezeptoren hemmen, die Bildung von neuen Blutgefäßen, die für das Wachstum des Krebses erforderlich sind, verhindert werden. Der Krebs wird so im Wachstum gehemmt (sog. Angiogenesehemmer). Diese sogenannte „personalisierte Medizin“ mit zielgerichteter Behandlung der Tumoren führt zu einer verbesserten Prognose mit verlängerten Überlebenszeiten.

Immuntherapie:

Die Immuntherapie stellt ein neues Therapiekonzept in der Tumorbehandlung dar und hat sich insbesondere auch bei Lungenkrebs als wirksam erwiesen. Das Prinzip beruht darauf, dass Tumorzellen Signalmoleküle (sog. Immun-Checkpoints) an ihrer Oberfläche bilden können, durch die die körpereigene Immunabwehr, insbesondere die T-Lymphozyten, daran gehindert werden, die Tumorzellen zu erkennen und diese zu vernichten. Die Checkpointmoleküle wirken zum Teil über den sog. PD1-(Programmed Death 1, programmierter Zelltod) – Signalpfad. Durch die Hemmung der Checkpointmoleküle mittels einer gezielten Antikörpertherapie kann die Immunabwehr wieder reaktiviert werden und in die Lage versetzt werden, die Tumorzellen zu bekämpfen. Die Checkpointhemmer können als alleinige Erstlinientherapie sowie in Kombination mit der Chemotherapie oder auch in Kombination mit anderen Checkpointhemmern eingesetzt werden und zeigen gegenüber der alleinigen Chemotherapie eine verbesserte Wirkung in der Tumorbehandlung, bei besserer Verträglichkeit. Sie werden insbesondere in fortgeschrittenen Tumorstadien

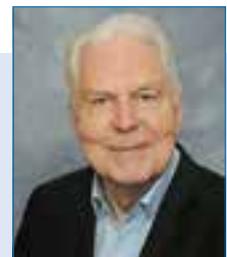
mit Fernmetastasen eingesetzt. Die Checkpointhemmer sind besonders wirksam bei Tumoren, die viele Mutationen aufweisen. Hinsichtlich der Nebenwirkungen unterscheidet sich die Behandlung mit Checkpointhemmern von der herkömmlichen Chemotherapie. Da die Immun-Checkpoints auch der Regulation der normalen Immunreaktion dienen und Checkpointhemmer zu einer überschießenden Aktivierung der körpereigenen Immunabwehr führen können, kommen als bedeutsame Nebenwirkungen der Behandlung mit Checkpointhemmern insbesondere entzündliche Reaktionen an inneren Organen im Sinne von Autoimmunerkrankungen (z. B. Entzündungen der Lunge, des Herzmuskels, des Dickdarmes, der Schilddrüse oder Diabetes mellitus) vor.

Multidisziplinäre Behandlung:

An der Diagnostik und Behandlung von Lungenkrebspatienten sind Lungenärzte (Pneumologen), Krebsspezialisten (Onkologen), Röntgenologen, Nuklearmediziner, Pathologen, Thoraxchirurgen, Strahlentherapeuten und weitere Fachdisziplinen beteiligt. Um die bestmögliche Behandlung von Tumoren zu ermöglichen, wurden an Tumorzentren sog. interdisziplinäre Tumorboards gegründet. Diese kommen zu regelmäßigen regionalen Tumorkonferenzen zusammen, in denen die jeweiligen diagnostischen Befunde besprochen und die weitere bestmögliche Therapie für jeden Tumorpatienten gemeinsam geplant und entschieden wird. Das Ziel ist die Optimierung des Verhältnisses von Nutzen zu Risiken in der Diagnostik und Therapie durch die gemeinsame Beratung aller zuständigen Experten.

Zusammengefasst ist festzustellen, dass neuere Entwicklungen in der Diagnostik und Therapie des Lungenkrebses durch genauere Unterscheidung von unterschiedlichen Tumortypen und eine gezielte Therapie zu einer Verbesserung der Prognose geführt haben. Zahlreiche Fragen müssen aber noch durch weitere Studien geklärt werden. Die Teilnahme an derartigen Studien kann Tumorpatienten nur empfohlen werden, da diese Studien mit einer besonders intensiven Überwachung der Befunde und des Krankheitsverlaufs einhergehen. So können betroffene Patienten möglicherweise frühzeitig von einer innovativen Therapie profitieren.

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



Allergieauslösern auf der Spur

Erst waren es nur kleine Stellen an den Händen. Der Verdacht: Die Hautprobleme der Mitarbeiterin gehen auf irgendetwas zurück, mit dem sie am Arbeitsplatz hantiert. Ist so eine Situation vermeidbar? Auf welche typischen Allergierisiken in Betrieben zu achten ist.

Sichere Arbeitsumgebung, geringe Verletzungsrisiken: Das gilt in aller Regel für Arbeitsplätze in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Die BGW-Statistik zu Berufskrankheiten zeigt jedoch, dass es in manchen Fällen zu Beeinträchtigungen von Haut oder Atemwegen kommen kann (s. Info). Ausgelöst werden Sie unter anderem durch den Kontakt mit Arbeitsstoffen, die sensibilisierend wirken. Allergische Reaktionen können die Folge sein und womöglich die weitere Tätigkeit im Beruf infrage stellen.

INFORMATION:

12.696 Verdachtsfälle auf eine meldepflichtige Berufskrankheit wurden der BGW* 2015 angezeigt.

7.272 Fälle betrafen die Haut (57,3%).

461 Fälle bezogen sich auf die Erkrankungen der Atemwege (3,6%).

** Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)*

Ausgangspunkt ist oft etwas, das für die Betroffenen zum Arbeitsalltag gehört: das Mittel zur Flächendesinfektion, die Hautcreme, auf der eine Klientin des Pflegedienstes besteht, die Schutzhandschuhe, die Stylingprodukte im Salon.

Wie Betriebe vorgehen sollten

Betriebe müssen möglichen Gefährdungen der Beschäftigten vorbeugen und Arbeitsplätze auf sensibilisierende Stoffe überprüfen. Den Rahmen bildet die Gefährdungsbeurteilung.

„Hinterfragen Sie die Tätigkeiten und die Produkte, die bei Ihnen im Einsatz sind, und holen Sie sich fachlichen Rat, wo konkrete Risiken bestehen könnten“, empfiehlt BGW-Gefahrstoffexperte Prof. Dr. Udo Eickmann. In Sachen Schutz stellt er klar: „Kontakt mit sensibilisierenden Stoffen zu vermeiden, ist die

oberste Regel. Das beginnt bei der Prüfung, ob der Verzicht möglich ist, beziehungsweise ein Ersatzprodukt zur Verfügung steht. Ist das nicht der Fall, müssen geeignete Schutzmaßnahmen getroffen werden.“

Bei der Gefährdungsbeurteilung, mit der solche Produkte systematisch bearbeitet werden, helfen unter anderem vorhandene Produktinformationen und Sicherheitsdatenblätter von Herstellerfirmen weiter. Allerdings sind nicht bei jedem Produkt Inhaltsstoffe oder deren sensibilisierende Wirkung sofort zu erkennen, sodass gegebenenfalls weitere Recherchen nötig werden.

Von der Sensibilisierung zur Allergie

Eine Allergie ist eine Überreaktion des Immunsystems auf eine Substanz, die für sich genommen auch harmlos sein kann. Die Allergie muss sich nicht unmittelbar entwickeln – manchmal kommt es jahrelang immer wieder zu Kontakt, ohne dass etwas passiert. Irgendwann stuft das Immunsystem die Substanz irrtümlich als gefährlich ein und entwickelt Abwehrstoffe für den nächsten vermeintlichen Angriff. Diesen Vorgang bezeichnet man als Sensibilisierung. Bei weiterem Kontakt mit dem auslösenden Stoff – dem Allergen – kann dann eine allergische Reaktion auftreten. Ob und wann es dazu kommt und wie eine Allergie sich äußert, ist individuell sehr verschieden. Einmal entstandene Allergien sind jedoch nicht heilbar. ■

WO SOLLTEN BETRIEBE

GENAUER HINSCHAUEN?

ERSTE ORIENTIERUNG BIETET

DIE ÜBERSICHT AUF DEN NÄCHSTEN SEITEN.



Wo sich typische Allergieauslöser verbergen

Friseursalon: Haarbehandlungsmittel

Die Mittel zum Färben, Blondieren oder Formen des Haars sind Kosmetika im Sinne der europäischen Kosmetikverordnung. Sie dürfen nur Inhaltsstoffe enthalten, bei denen wissenschaftlich nachgewiesen wurde, dass bei der geplanten Verwendung und in der vorgesehenen Konzentration kein gesundheitliches Risiko besteht. Bei häufigem beruflichem Kontakt können Haarbehandlungsmittel im Einzelfall dennoch Haut- oder Atemwegserkrankungen auslösen. Bestimmte Inhaltsstoffe von Farben und Dauerwellflüssigkeiten wurden deshalb bereits verboten.

Empfehlung: Werden Friseurstoffe professionell verwendet, sollte jeder unnötige Hautkontakt vermieden werden. Geeignete Chemikalienschutzhandschuhe sind nach EN 374 geprüft und entsprechend gekennzeichnet. Zum Schutz der Atemwege gilt: Haarspray nur in gut gelüfteten Bereichen nutzen; Produkte verwenden, die keine oder möglichst wenig Stoffe an die Luft freisetzen, zum Beispiel staubfreie Blondiermittel.

Mehr wissen: Worauf im Friseursalon zu achten ist, zeigt die BGW in vielfältigen Informationsmaterialien: www.bgw-online.de/friseurhandwerk



Reinigungs- und Desinfektionsmittel

Viele Mittel sind komplexe Chemikaliencocktails, deren Inhaltsstoffe genauer betrachtet werden sollten. Aldehyde können beispielsweise schon in geringen Konzentrationen die Haut oder die Atemwege belasten. Auch Duftstoffe, die nicht einzeln deklariert sind, können Allergien auslösen.

Empfehlung: Mittel stets eng auf das jeweilige Einsatzgebiet abstimmen – bei den Inhaltsstoffen sollte kein sensibilisierendes Potenzial oder zumindest das geringstmögliche vorhanden sein. Im Zweifel bei Herstellerfirmen nachhaken.

Mehr wissen: Auf Formaldehyd und ähnliche Wirkstoffe lässt sich in den meisten Fällen verzichten: www.bgw-online.de/goto/mitteilungen-reinigungsmittel



Handschuhe

Sie sollen schützen, können aber produktionsbedingt selbst sensibilisierende Stoffe enthalten.

Latex ist problematisch, da die enthaltenen Proteine Allergien auslösen können. Einmalhandschuhe aus Latex dürfen deshalb nur zum Einsatz kommen, wenn der Latexproteingehalt unter 30 Mikrogramm pro Gramm Handschuh liegt. Gepuderte Latexhandschuhe dürfen generell nicht verwendet werden.

Empfehlung: Handschuhe immer auf bekannte Allergene überprüfen (TRGS 401 dazu heranziehen).

Mehr wissen: Über Hautschutz und Handschuhe informiert die BGW unter www.bgw-online.de/hautschutz. Unter anderem stehen dort Hautschutz- und Hygienepläne für verschiedene Berufsgruppen zur Verfügung: www.bgw-online.de/hautschutzplaene



Feuchtarbeit

Wasser hat einen guten Ruf und doch kann zu viel davon die Haut aus dem Gleichgewicht bringen. Handschuhe schützen, führen aber bei längerem Einsatz selbst zu Problemen, wenn sich Feuchtigkeit in ihnen staut.

Wer mehr als zwei Stunden am Tag im feuchten Milieu oder mit Handschuhen tätig ist, gefährdet die Hautgesundheit. Erst quillt die Haut auf, dann trocknet sie aus. Die Folge sind Schäden der Hautbarriere, was die Entwicklung von Allergien begünstigt – unter anderem wird die Haut durchlässiger für sensibilisierende Substanzen.

Empfehlung: Wichtig sind die konsequente Nutzung von Hautschutz und Hautpflege sowie der Wechsel zwischen Feucht- und Trockenarbeiten.

Substanzen im technischen Bereich



Klassische chemische Produkte müssen nach dem Chemikalienrecht eingestuft und gekennzeichnet sein. Insbesondere aus Sicherheitsdatenblättern ist dann erkennbar, ob Inhaltsstoffe als haut- und atemwegssensibilisierend gelten, wie zum Beispiel Lösemittel, natürliche Öle oder Geruchskomponenten.

Vorsicht ist auch geboten, wo Holzstaub entsteht: Einige Holzarten können ebenfalls allergische Reaktionen hervorrufen.

Empfehlung: Genauere Informationen, welche Stoffe problematisch sind, bietet die Technische Regel für Gefahrstoffe (TRGS) 401: www.baua.de, Suche: TRGS 401.



Kosmetika

Sie sind millionenfach im Einsatz – auch in Beauty- und Wellnessbereichen, in der Pflege oder in therapeutischen Praxen. Dabei lässt sich nicht ausschließen, dass einzelne Personen auf spezifische Inhaltsstoffe allergisch reagieren.

Kosmetika besitzen keine Gefahrenstoffkennzeichnung. Stattdessen sind alle Inhaltsstoffe angegeben. Tritt eine Allergie auf und wurde der auslösende Stoff ermittelt, kann anhand dieser Deklaration der Kontakt vermieden werden, abhängig vom jeweiligen Einsatzbereich, von möglichen Ersatzprodukten und Schutzmaßnahmen.

Arzneistoffe/Arzneimittel



Was anderen hilft, kann für diejenigen problematisch werden, die damit beruflich wiederholt in Kontakt kommen – beispielsweise wenn Arzneimittel für pflegebedürftige Personen vorbereitet werden. So können unter anderem Antibiotika zu allergischen Reaktionen führen: Bei einer Untersuchung möglicher Gefährdungen von Beschäftigten erwiesen sich 62 Prozent der betrachteten „Anti-Infektiva“ als haut- oder atemwegssensibilisierend.

Empfehlung: Jeden unnötigen Hautkontakt vermeiden und nur emissionsfreie oder –arme Verfahren zur Aufbereitung und Verabreichung der Arzneistoffe einsetzen. Das heißt zum Beispiel: nicht offen mörsern oder zerreiben, die Entstehung von Aerosolen verhindern, gegebenenfalls Handschuhe tragen.

Mehr wissen: www.bgw-online.de/goto/besi-tipps

Tierärztliche Praxen: Haare, Borsten, Federn, Tiersekrete

Auch Naturstoffe können potente Allergene sein. So reagieren manche Menschen intensiv auf tierische Stoffe. Sowohl Haut- als auch starke Atemwegsprobleme wie allergisches Asthma können die Folge sein.

Meist ist eine strikte Trennung der Betroffenen von den Allergenen nötig – wo dies in der Praxis nicht gewährleistet werden kann, lässt sich häufig ein Wechsel des Berufs nicht vermeiden.

Quelle: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) – BGWmitteilungen 1/17

© Illustrationen: Fotolia

ANZEIGE



Zen-0 lite™

BLEIBEN SIE UNABHÄNGIG!
ACTIVE - INDEPENDENT - IN CONTROL

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



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



der mobile
Sauerstoffkonzentrator

NEU!
Zen-0 lite™

Eine Erkrankung. Viele Fragen. Hier finden Sie Antworten

Neue Inhalte, neues Design

> www.lungenkrebs.de



WWW.LUNGENKREBS.DE

- » Ärzte unterstützen Sie online und beantworten Ihre Fragen.
- » Betroffene berichten im Film über ihr Leben mit Lungenkrebs.
- » Sie und Angehörige erfahren alles Wichtige rund um die Erkrankung.

Für ein besseres Leben im Hier und Jetzt

AstraZeneca 

Die Deutsche Atemwegsliga e. V. stellt sich vor

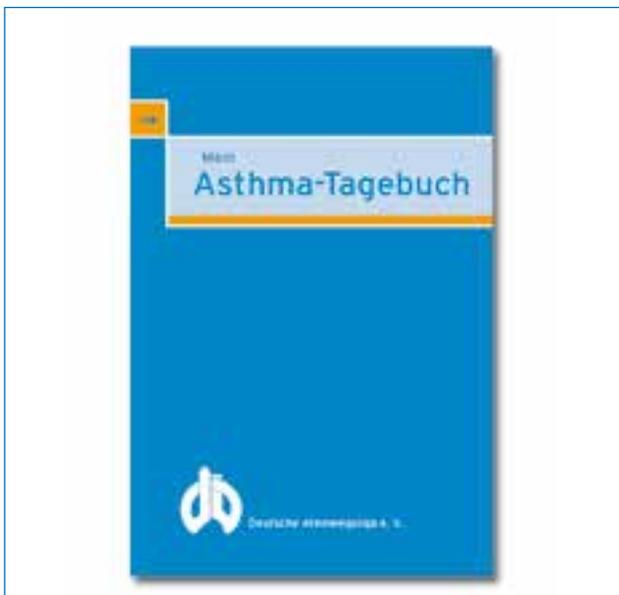


Erkrankungen der Atmungsorgane wie Asthma und COPD sind Volkskrankheiten. So kommt das Asthma bronchiale bei ca. 10% der kindlichen und etwa 5% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland vor. An COPD erkrankt sind mehr als 10 % der über 40-jährigen.

Lungenkrankheiten sind nach den Erhebungen des statistischen Bundesamtes nach Herzerkrankungen und Tumoren die dritthäufigste Todesursache in Deutschland.

Unter den 10 weltweit häufigsten tödlichen Krankheiten rangierten im Jahre 1990 die Lungenentzündung auf Platz 3, die COPD auf Platz 6, die Tuberkulose auf Platz 7 und der Lungenkrebs an 10. Stelle. Nach Hochrechnungen werden im Jahre 2020 in der Reihenfolge der „10 großen Killer“ die COPD auf Platz 3, die Lungenentzündung an 4., das Lungenkarzinom an 5. und die Tuberkulose an 7. Stelle stehen.

Aufklärung tut Not. Volkskrankheiten wie Asthma und COPD werden vom Einzelnen aber auch von der Gesellschaft heute noch nicht ausreichend wahrgenommen. Krankheitszeichen werden zunächst oft kaum bemerkt oder auf das höhere Alter zurückgeführt. Typischerweise beginnt die chronische Bronchitis mit Husten und Auswurf. Ernst wird es, wenn Atemnot hinzu kommt, zunächst bei körperlicher Belastung, die deswegen immer mehr gemieden wird.



Auf diese Weise wird eine Abwärtsspirale in Gang gesetzt: Dekonditionierung – Atemnot – Schonung – weitere Dekonditionierung mit der häufigen Folge einer zunehmenden sozialen Isolation. Dabei lassen sich die meisten Atemwegs- und Lungenkrankheiten mit Hilfe von Anamnese, körperlicher Untersuchung, Lungenfunktion und ggfs. Bildgebung gut diagnostizieren.

Die Deutsche Atemwegsliga e. V. – gegründet 1979 – möchte ein größeres Problembewusstsein für Lungen- und Atemwegserkrankungen schaffen. Sie möchte erreichen, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse der Diagnostik und Therapie rasch Eingang in die tägliche medizinische Praxis finden, und die Versorgungssituation der Betroffenen nachhaltig verbessern. Die Deutsche Atemwegsliga e.V. wirbt für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit der Ärzte mit ihren Patienten. Nur in einer konzertierten Aktion kann man Atemwegs- und Lungenerkrankungen im Einzelfall und auch als bedeutendes gesellschaftliches Problem in den Griff bekommen.

Die heutige Arbeit der Deutschen Atemwegsliga e.V. umfasst:

- Aufklärung der Bevölkerung und der betroffenen Patienten über Bedeutung, Verbreitung, Ursachen, Vorbeugungs- und Behandlungsmöglichkeiten
- Erarbeitung von Kommentaren zu Leitlinien, Empfehlungen und Positionspapieren zur Vorbeugung, Früherkennung, Diagnostik, Therapie, Nachsorge und Rehabilitation
- Aktive Unterstützung der betroffenen Patienten und ihrer Angehörigen
- Förderung der pneumologischen Fortbildung von Ärzten
- Förderung der Versorgungsforschung
- Vernetzung mit Verbänden, nationalen Patientenselbsthilfeorganisationen, Behörden, politischen Einrichtungen, Industrie, internationalen Organisationen und vergleichbaren Institutionen

HEMOCARE

Zen-0

Ein Gerät für
alle Anforderungen!



Empfehlungen und Leitlinien

für Ärzte sind ein wichtiges Instrument zur Sicherung der medizinischen Versorgungsqualität. Die Leitlinien stellen die Anforderungen an eine moderne Behandlung systematisch dar. Für die praktische Umsetzung sind Kurzversionen und Informationsblätter mit den wichtigsten Tabellen und Diagrammen, die schnell und übersichtlich praxisrelevante Informationen verfügbar machen, unabdingbar.

Information für Patienten

Die Deutsche Atemwegliga bietet zu fast allen relevanten pneumologischen Themen kurz und verständlich formulierte Informationsschriften. Asthma- und COPD-Tagebücher bzw. Notfallpässe und persönliche Beratung ergänzen das Angebot für Patienten.

Patientenschulung mit NASA und COBRA

Eine standardisierte Patientenschulung als fester Bestandteil der ärztlichen Intervention ist heute Konsens aller Beteiligten. Die Deutsche Atemwegliga e.V hat deshalb sowohl für Asthmatiker als auch für COPD-Patienten strukturierte Schulungsprogramme entwickelt: NASA (Nationales Asthma Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker) und COBRA (Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Emphysem – Ambulantes Schulungsprogramm für COPD-Patienten). Beide Schulungsprogramme richten sich an erwachsene Patienten.

Train the Trainer Seminare / Schulungsakademie

NASA und COBRA wurden so konzipiert, dass niedergelassene Ärzte die Schulung gut in den Praxisablauf integrieren können. Seit mehreren Jahren bietet die Schulungsakademie der Deutschen

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



Deutscher Allergiekongress Berlin, 1. Oktober 2016: 1. Preis in der Kategorie „Information“ für das vernetzte Internetangebot der Deutschen Atemwegsliga e.V. – von li. nach re.: Kristina Schmidt (Laudatorin), Prof. C.-P. Criée (Vorsitzender der Dt. Atemwegsliga), Dr. Uta Butt (Kordinatorin der Dt. Atemwegsliga), Prof. H. Jossé (MeinAllergiePortal), Foto: Jürgen Schmidtlein

Atemwegsliga e.V. Train-the-Trainer-Seminare für die ambulante Patientenschulung an Ärzte und Praxismitarbeiter erhalten in diesen Seminaren viele praktische Ratschläge zur Organisation und Durchführung der Patientenschulung mit NASA und COBRA und können die Lehrtätigkeit aktiv trainieren.

Veranstaltungen

Die Deutsche Atemwegsliga e.V. unterstützt zusammen mit wichtigen pneumologischen Selbsthilfeorganisationen wie z.B. der DPLA den Deutschen Lungentag, die alljährlich größte dezentrale pneumologische Veranstaltung in Deutschland.

Die Ausweitung des Angebots an Lungensportgruppen ist ebenfalls ein Anliegen der Deutschen Atemwegsliga e.V.

Richtig inhalieren!

Atemwegserkrankungen wie Asthma und COPD werden vorwiegend mit inhalativen Medikamenten behandelt. Es gibt zahlreiche Inhalationssysteme (Devices), die unterschiedlich zu handhaben sind. Eine fehlerhafte Inhalationstechnik gefährdet den Erfolg der Therapie.

Im täglichen Alltag fällt eine hohe Fehlerquote in der Inhalationstechnik auf. Gründe für die fehlerhafte Handhabung des Inhalationsgerätes sind vielfältig.

Wir haben auf www.youtube.com/user/Atemwegsliga eine flächendeckend verfügbare Aufklärungsplattform aufgebaut, bei der sowohl die Ärzte, Apotheker, medizinisches Fachpersonal als auch die Patienten jederzeit die notwendigen und korrekten

Mein Asthmapass 

Name: _____ Telefon: _____

Allergie: _____

Unverträglichkeiten: _____

Persönlicher Peak-Flow-Bestwert: l/min.

Ausstellungsdatum: Monat Jahr

Arzt: _____

Asthma-Notfall Peak-Flow-Wert unter l/min.

- Zwei bis vier Hübe ihres Bedarfsmedikaments _____ **inhalieren**,
möglichst mit Inhalierhilfe.
- Keine Besserung nach ca. zehn Minuten:
nochmals zwei bis vier Hübe ihres Bedarfsmedikaments _____ **inhalieren**.
25 bis 50 mg Prednisolon (Kortison-tabletten) _____ **einnehmen**.
- Keine Besserung: Notarzt: Tel. _____ **anrufen**.

Informationen und Anleitungen über die jeweiligen Inhalationsgeräte und Techniken abrufen können.

Es wurden alle handelsüblichen Inhalationsgeräte mit einer Kombination aus Videosequenz, gesprochenem Text und Informationseinblendung verfilmt. Alle wichtigen Schritte wie Vorbereitung, Durchführung und Beendigung der Inhalation sind dargestellt. Die Videos gibt es in mehreren Sprachen.

Plakate zum Aufhängen im Wartezimmer und Leporellos sind abrufbar. Mittels des aufgedruckten QR-Codes können Patienten das Video zu Ihrem Device direkt ansteuern.

Das Angebot kann in Praxen, Kliniken und Apotheken genutzt werden. Patienten oder Angehörige können die Videos zu jeder Zeit kostenlos im Internet ansehen, also auch dann, wenn Arztpraxen und Apotheken geschlossen sind.

Besuchen Sie uns auf Facebook oder unserer Internetseite, folgen Sie uns auf Twitter!

Die Gesundheit der Lunge und eine optimale medizinische Versorgung sind Thema unseres Facebook-Angebotes und bei Twitter. Dort erfahren Sie fast täglich Neuigkeiten, bekommen Tipps und Anregungen.

Unsere Internetseite www.atemwegsliga.de ist mit dem HON-Zertifikat für vertrauenswürdige Information im Internet ausgezeichnet.

Das Allergieportal verlieh uns den 1. Preis in der Kategorie „Information“ für das vernetzte Internetangebot.

WO ERHALTEN SIE WEITERE INFORMATIONEN?

Deutsche Atemwegsliga e. V.
Raiffeisenstr. 38
33175 Bad Lippspringe

Besuchen Sie uns im Internet!
www.atemwegsliga.de
www.facebook.com/atemwegsliga.de
www.twitter.com/atemwegsliga
www.youtube.com/user/Atemwegsliga

Wir freuen uns auf Ihre Nachricht

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

● Sauerstoffversorgung

- Stationär, mobil oder flüssig z.B.: **Miete ab 1 Woche möglich!**

- **SimplyGo** nur 4,5 kg, mit Dauerflow
- **SimplyGo Mini** nur 2,3 kg
- **Inogen One G3 8 Cell HF** nur 2,2 kg
- **Eclipse** mit Dauerflow 3 l/min

**Inogen One G3 Shop-Preis
ab 2.545,00 €***

● Beatmung

- **TRENDvent physio AMT + AP**
Mit integriertem AtemMuskelTraining
- **Ventilogic plus/LS**
- **AT-C: AirTrap Control** gegen Lungenüberblähungen (Intrinsic PEEP) **insb. bei COPD**
- **Vigaro** mit DLB (Dynamische Lippenbremse)

Mit integriertem AtemMuskelTraining

Mit COPD-Modus AT-C

● Alpha 3er-Serie zur IPPB-Therapie

- Intermittierend Positive Pressure Breathing **IPPB Atemtherapie mit Inhalation: PSI**
- Prä- und postoperatives Atemtraining
 - Einstellbarer Expirationswiderstand (Lippenbremse, Intrinsic PEEP, Air Trapping)
 - Unterstützt bei der Einatmung mit einem konstanten Inspirationsfluss, PSI = Pressure Support Inhalation

● Inhalation

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

**Ideal für unterwegs
Shop-Preis
238,50 €**

● Sekretolyse

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

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

**GeloMuc:
55,00 €***

● LIMBO Dusch- und Badeschutz

- einfache Anwendung
- wiederverwendbar, langlebig
- hochwertige Materialien und Verarbeitung

**Endlich wieder Duschen!
ab 15,00 €**

Anwendung: Verbände, Gips, Diab. Fuß, offene Wunden, Kanülen/PICC etc.

● SOS-WC für Sie und Ihn

Diskret, sauber und hygienisch. Aus Flüssigkeit wird geruchsneutrales Gel durch Superabsorber.
Für **Rollstuhlfahrer**, bei Volksfesten, im Auto, oder in anderen Notsituationen.

3er-Set 4,95 €

* solange der Vorrat reicht! **Finger-Pulsoxymeter, z.B. OXY 310
35,00 €**

Die LungenClinic Grosshansdorf: Modernstes Spezialistenwissen seit über 100 Jahren

Nordöstlich von Hamburg hat sich eine Fachklinik etabliert, die weltweit für ihre Expertise in der Pneumologie bekannt ist: die LungenClinic Grosshansdorf.

Die Ärzte aus den Fachbereichen der Pneumologie, Onkologie, Thoraxchirurgie und Anästhesie arbeiten dabei Hand in Hand – ein wichtiger Schlüssel zum Erfolg bei Diagnose und Therapie sämtlicher Erkrankungen der Lunge und Atemwege. Als einziges von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziertes Lungenkrebszentrum im Raum Hamburg und Schleswig-Holstein profitiert das 193-Betten-Haus von seiner überdurchschnittlich anerkannten wissenschaftlichen Arbeit, ist es doch nicht zuletzt mit dem Airway Research Center North (ARC�) norddeutscher Standort des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL) und darüber hinaus akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Lübeck. Umfangreiche, kontinuierliche klinische Forschung trägt darüber hinaus seit Jahrzehnten zu entscheidenden Fortschritten in der Pneumologie bei.

Seine Anfänge hat das 1900 eröffnete Haus als „Genesungsheim für Frauen“ mit zunächst fünfzig Betten für „Blutarme und bleichsüchtige Rekonvaleszentinnen“ (nach Krankheiten Genesende). Lange Zeit wurden in dem idyllisch von viel Wald umgebenen Haus Tuberkulosepatientinnen und -patienten behandelt. Ende der 1930er Jahre wurde in Großhansdorf schließlich der erste OP-Saal für die Thoraxchirurgie eingerichtet.

Mit fortschreitender Erkennung und Wissen zu den unterschiedlichsten Lungenerkrankungen begann von da an eine kontinuierliche Spezialisierung der Klinik auf Erkrankungen der Lunge zu der heute umfassenden pneumologischen Fachkompetenz.

Die LungenClinic Grosshansdorf behandelt in ihren Fachbereichen

- Der Pneumologie, mit ihrem Ärztlichen Direktor Prof. Klaus F. Rabe
- der Onkologie, unter Leitung von Prof. Martin Reck,
- der Thoraxchirurgie, unter Leitung von Dr. Christian Kugler sowie

- der Anästhesie, unter der Leitung von Dr. Jörn Werbter
ambulant und stationär jährlich rund 12.000 Patienten.

Ein besonderer Vorteil der überschaubaren Größe der Fachklinik sind dabei die kurzen Wege in Diagnostik und Therapie. So ermöglichen wichtige Funktionsbereiche wie Lungenfunktion, Radiologie, Endoskopie, Labor oder Ultraschall eine schnelle Diagnostik und kurze Wege bei der umfassenden Therapie. Hinzu kommt die hauseigene Zytologie unter Leitung von PD Dr. Lutz Welker. Sie genießt einen hervorragenden Ruf und unterstützt Ärzte sowohl in der Klinik als auch extern bei der schnellen feingeweblichen Diagnostik.

Die Pneumologie: Anerkannte Expertise bis hin zu den seltenen Lungenerkrankungen

Die pneumologische Abteilung der LungenClinic Grosshansdorf betreut Patienten mit allen Erkrankungen der Lunge und der Atemwege. Nicht nur für die Einholung von Zweitbeurteilungen („Zweitmeinungen“) bei speziellen pneumologischen Krankheitsbildern steht die Ambulanz der Abteilung allen Patienten zur Verfügung.

Schwerpunkte der Pneumologie sind:

Atemwegserkrankungen wie die

- chronisch obstruktive Bronchitis (COPD) mit oder ohne Lungenemphysem,
- Asthma bronchiale sowie
- Bronchiektasen,
- zystische Fibrose (Mukoviszidose) und
- Broncholitiden

Lungengerüsterkrankungen, insbesondere

- Lungenfibrosen,
- Granulomatosen wie z.B. die Sarkoidose

Erkrankungen mit Lungenbeteiligung bei Systemerkrankungen

Entzündliche Lungenerkrankungen, wie beispielsweise

- Lungenentzündung(Pneumonie),
- Tuberkulose oder
- entzündliche Erkrankungen des Rippenfells
Lungenhochdruck (pulmonale Hypertonie, pAH)



Schlafstörungen: Hier steht den Patienten Norddeutschlands größtes Schlaflabor zur Verfügung

Pneumologische Intensivmedizin: Hier werden die unterschiedlichsten Krankheiten diagnostiziert und behandelt, die letztlich zum Versagen der „Atempumpe“ führen. So bietet die LungenClinic Grosshansdorf beispielsweise die unterschiedlichen Beatmungsformen und ihre Entwöhnung („Weaning“) sowie die Einstellung zur Sauerstofflangzeittherapie an, wobei alle Behandlungsformen durch eine intensive, hausinterne Physiotherapie unterstützt werden.

Zertifiziertes Lungenkrebszentrum

Der onkologische Fachbereich der LungenClinic Grosshansdorf behandelt das gesamte Spektrum an Lungenkrebskrankungen. Dabei werden alle erforderlichen Untersuchungen zur diagnostischen Einordnung und zum Staging inklusive der präoperativen Funktionsdiagnostik durchgeführt. Der Schwerpunkt der Abteilung ist die medikamentöse Tumorthherapie als Chemotherapie, Immuntherapie oder zielgerichtete Therapie. Seit 2012 ist die LungenClinic zertifiziertes Lungenkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft.

Die Verknüpfung der verschiedenen Fachbereiche der Klinik zeigt sich beispielhaft bei den regelmäßig stattfindenden Tumorkonferenzen und dem Fibroseboard. Hier besprechen jeweils die ärztlichen Experten aus der Thoraxonkologie, der Pneumologie, der Thoraxchirurgie, der Radiologie und der Zytopathologie die konkreten Krankheitsfälle. Auch externe Kooperationspartner, wie z.B. die Experten der Strahlentherapie, werden dabei regelmäßig per

Konferenzschaltung hinzugezogen. Das Besondere: Auch niedergelassene Ärzte haben hier die Möglichkeit, ihre Patienten in den Konferenzen vorzustellen.

Führende Thoraxchirurgie in Norddeutschland

Mit mehr als 1.100 Operationen im Jahr ist die Thoraxchirurgie der LungenClinic Grosshansdorf die führende chirurgische Abteilung im Bereich der Lunge und des Brustkorbes in Norddeutschland. Neben dem hoch qualifizierten ärztlichen und pflegerischen Personal stehen hier zwei moderne, erst Ende 2014 eröffnete Operationssäle für eine bestmögliche chirurgische Behandlung zur Verfügung.

Minimalinvasive Operationstechniken (VATS) sind dabei Routineeingriffe. An der Weiterentwicklung moderner Operationsverfahren nehmen die Ärzte der LungenClinic maßgeblich teil. Die gezielte Operation von Lungenmetastasen hat in dem Haus eine lange, erfolgreiche Tradition. Ein Operationslaser der neuesten Generation ermöglicht hier oft die Behandlung von Metastasen (Tumorabsiedlungen) oder auch die von kompliziert lokalisierten Tumoren. Darüber hinaus werden auch spezielle Operationen an den Bronchien, den Blutgefäßen sowie plastische Operationen im Brustbereich (Thorax) durchgeführt.

Interdisziplinäre Palliativstation mit umfassendem Angebot

Seit vielen Jahren wird die medizinische Behandlung in der LungenClinic Grosshansdorf durch die Palliativmedizin ergänzt. Palliativmediziner mit einem Palliativ Care Team betreuen die Patienten. Seit Herbst 2016 hat das Haus eine eigene interdisziplinäre Palliativstation. Im Mittelpunkt steht



Das Chefarzt-Team der LungenClinic Grosshansdorf (v.l.n.r.): Prof. Klaus F. Rabe, Ärztlicher Direktor und Chefarzt Pneumologie, Dr. Jörn Werbter, Chefarzt Anästhesie, Dr. Christian Kugler, Chefarzt Thoraxchirurgie, Prof. Martin Reck, Chefarzt Onkologie

dabei eine einfühlsame, ganzheitliche Behandlung, die die Krankheitssymptome der Patienten kontrollieren hilft. Dabei werden auch mit dem Ziel bestmöglicher Lebensqualität modernste therapeutische Verfahren u.a. zur Behandlung von Luftnot oder Schmerzen einsetzt. Ein interdisziplinäres Team aus Ärzten, Pflegekräften, Physio-, Atem- und Psychotherapeuten, Seelsorgern und Sozialarbeitern begleitet den Patienten rund um die Uhr.

International bedeutende medizinische Forschung aus Großhansdorf

Die Expertise der LungenClinic wird durch die anerkannten wissenschaftlichen Aktivitäten des Klinikteams unterstrichen. Neben zahlreichen pneumologischen, thoraxchirurgischen und onkologischen Forschungsprojekten liegt seit Jahrzehnten ein Schwerpunkt auf der klinischen Forschung zu den medizinischen Schwerpunkten der Klinik. Durch diese kontinuierliche Arbeit hat das Haus aktiv zur Weiterentwicklung von Behandlungsmöglichkeiten bei unterschiedlichen Lungenerkrankungen beigetragen. Diese Forschungsaktivitäten stellen eine zusätzliche Behandlungsoption für betroffene Patienten dar.

Die LungenClinic Grosshansdorf ist darüber hinaus aktives Mitglied im Airway Research Center North (ARCN), einem von fünf Standorten des Deut-

schen Zentrums für Lungenforschung (DZL). Dieser Zusammenschluss führender universitärer, außeruniversitärer und klinischer Einrichtungen in ganz Deutschland hat das Ziel neue Ansätze in der Vorbeugung (Prävention), Diagnose und Therapie von weitverbreiteten bis zu den seltenen Lungenerkrankungen zu entwickeln. Damit ergänzt die intensive klinische Forschung die Behandlungsoptionen in der LungenClinic.

In zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen geben die Experten der LungenClinic Grosshansdorf ihr aktuelles Wissen weiter.

Die LungenClinic Grosshansdorf ist damit ein modernes Zentrum für Lungenerkrankungen, das auf internationalem Niveau in Norddeutschland Patienten mit Lungenerkrankungen interdisziplinär versorgt.

Die Autorin:

Marie-Therese Kron
Marketing & Öffentlichkeitsarbeit
LungenClinic Grosshansdorf
Wöhrendamm 80
22927 Großhansdorf
Tel.: 04102 - 601 1820
E-Mail: m.kron@lungenclinic.de



Mobil in den Frühling

von Michaela Frisch



Stärkung der Atemmuskulatur mit Hanteln in der Gruppe

Der Frühling ist da, die Tage werden „länger“ denn die dunklen Wintermonate sind vorbei, jeder hat wieder mehr Lust raus zu gehen und wieder aktiv und mobil zu sein. Auch wenn der Körper ca. einen Monat benötigt um sich an den veränderten Tag-Nacht-Rhythmus wieder zu gewöhnen- zusätzlich bedingt durch die Umstellung von der Winter- auf die Sommerzeit- und die Frühjahrsmüdigkeit eine willkommene Ausrede darstellt, lohnt es sich gerade jetzt mit Freude und neuem Schwung wieder zu einem aktiveren Lebensstil zurück zu kehren!

Auch wenn Mobilität und mobil sein ein Grundbedürfnis der Menschen ist- und ein wichtiger Parameter für Lebensqualität- wird dies im Winter leider reduziert: Kälte, glatte Straßen oder Fußwege, Dunkelheit, aber auch häufige Infekte bzw. das Schutzverhalten nicht unter Menschen zugehen. Mobilität ist nicht nur die Bewegung in der Umwelt evtl. auch mit Hilfsmitteln (Rollator), sondern sie ist auch wichtig für die Teilhabe am sozialen Umfeld. Voraussetzung für die Mobilität als Teilhabe und um geographischen Raum zu erleben ist aber die mentale Steuerung (Entscheidung, Willen, Koordination der Muskelbewegung, ...) und damit die Bereitschaft sich zu bewegen, sich aufzuraffen, eben die Moti-

vation. Hierdurch wird dann die Lebensqualität wesentlich zum Positiven beeinflusst und man setzt ein Zeichen für seine selbständige Lebensführung, seine Lebensfreude und sein Krankheitsmanagement. Mobilitätsbarrieren entstehen manchmal auch einfach im Kopf und führen zu sozialer Isolation. Und damit gilt wieder: Bewegung (körperlich und im sozialen Raum) ist die beste Medizin.

Körperliche Aktivität ist „jede Bewegung des Körpers, die eine Kontraktion (Anspannung) der Muskulatur und den Energieverbrauch über den Ruhe-Energieverbrauch kombiniert“. Der Mensch erhält aber nur Körperfunktionen oder -strukturen, die er auch kontinuierlich gebraucht und einsetzt. Daher ist es wichtig- wie immer- nicht gleich nach dem Winter unkontrolliert loszustürmen, sondern erst einmal wieder mit Bedacht und bewusst anzufangen.

Atmung: die Atemübungen am geöffneten Fenster oder auf dem Balkon mit der frischen Frühlingsluft durchführen:

- Beide Hände auf den Bauch legen, bei der Einatmung zu den Händen hin atmen, bei der Ausatmung über die Lippenbremse die Luft langsam über die Lippen ausströmen lassen



Mit dem Rollator geht es besser

- Die Arme seitlich locker hängen lassen, mit der Einatmung die Arme über die Seite nach oben zur Decke, Richtung Himmel führen und bei der Ausatmung über die Lippenbremse – langsames Ausströmen der Luft über die Lippen – die Arme wieder nach unten bewegen.

Variation: nur mit einem Arm und dann Seitenwechsel

- Die Arme zur Decke hoch strecken, mit der Einatmung einen Arm weit nach oben schieben und bei der Ausatmung über die Lippenbremse – langsames Ausströmen der Luft über die Lippen – die Spannung wieder lösen. Seitenwechsel

Beinmuskulatur: je nach Belastbarkeit oder Tagesform im Stehen- evtl. mit festhalten- oder im Sitzen:

- Das rechte Bein gebeugt abheben, die Zehenspitzen hochziehen. Im Zeitlupentempo das Bein nach vorne strecken und wieder anbeugen. Je langsamer – millimeterweise –, desto besser. Dabei ganz bewusst auf den Einsatz der Lippenbremse achten. Seitenwechsel

- Das linke Bein gebeugt abheben und „Fahrrad fahren“ – vorwärts und rückwärts. Das Tempo und das Bewegungsausmaß immer wieder variieren: mal größer und langsamer, mal kleiner und schneller. Dabei ganz bewusst auf den Einsatz der Lippenbremse achten. Seitenwechsel
- Auf der Stelle gehen, dabei beim rechten Fuß mit den Zehenspitzen auftippen, beim linken Fuß mit der Ferse. Dabei ganz bewusst auf den Einsatz der Lippenbremse achten. Seitenwechsel

Aufgrund der Inaktivitätsatrophie (= Abnahme von Muskelkraft und Ausdauer), reduzierter Bewegungskoordination, Blutdruckschwankungen, Herz-Kreislauf-Problemen, winterlichem Schonverhalten, veränderten Licht- und Sichtverhältnissen und kältebedingten Schäden an Gehwegen und Straßen ist v.a. am Anfang ein erhöhtes Sturzrisiko vorhanden. Auch hier hilft Bewegung.

Sturzprävention/ -prophylaxe (Gleichgewichtstraining): im Stehen- evtl. mit einer Hand oder nur mit einem Finger an der Wand oder im Türrahmen stabilisieren:

- Körpergewicht auf die Zehenspitzen (Zehenstand) und dann auf die Fersen verlagern (Fersenstand). Ganz bewusst die Atmung „fließen“ lassen.

Variation – wenn man sich sicher fühlt: mit geschlossenen Augen bzw. ohne sich festzuhalten

- „Einbeinstand“, das freie, leicht gebeugte Bein vor- und zurückschwingen. Ganz bewusst die Atmung „fließen“ lassen.

Variation: beim rechten Bein den linken Arm bzw. beim linken Bein den rechten Arm ebenfalls mit-

ANZEIGE



Espan-Klinik mit Haus ANNA

Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen



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

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

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



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

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



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

schwingen. Als zusätzliche Steigerung mit dem Standbein auf die Zehenspitzen stellen.

Gehfähigkeit und Gangsicherheit: in der ersten Zeit können durch eine geänderte Selbstwahrnehmung oder die eventuelle Überschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit das Sturzrisiko erhöhende Problemsituationen entstehen:

- Spaziergänge- auch gerne in und mit netter, unterhaltsamer Begleitung
- Eine weitere Sturzgefahr ist nach den Wintermonaten aber auch evtl. das Hilfsmittel, das Mobilität erhalten, fördern und unterstützen soll: der Rollator. In den Wintermonaten vielleicht etwas weniger genutzt, sollte er erst einmal einer technischen Kontrolle unterzogen werden:
- Ist die Griffhöhe noch richtig eingestellt?
- Wie ist der Zustand der Bremsen? Sitzen sie fest- evtl. auch einseitig
- Wie ist der Zustand der Räder?
- Sind alle Schrauben angezogen?

Ist das alles kontrolliert und bei Bedarf repariert oder ausgetauscht, empfiehlt es sich auch vor dem Start in die Frühlingsluft-Freiheit erst einmal im geschützten Bereich für sich nochmals zu testen und zu üben, bevor es in die Innenstadt unter Menschen geht.

Rollatorschulung/-training: um einfach wieder Sicherheit und Freude im Umgang mit dem mobilitätsschaffenden Hilfsmittel zu bekommen:

- Aufstehen und hinsetzen (aktivieren / lösen der Feststellbremsen nicht vergessen)

- Überwinden von Bordsteinkanten (falls vorhanden: Einsatz der Ankipphilfe)
- Gehen auf unterschiedlichen Untergründen (Achtung: kältebedingte Schlaglöcher auch auf Gehwegen)
- Öffnen von schweren Türen (inkl. rückwärts gehen usw.)
- Zusammenklappen bzw. auseinander bauen des Rollators, einladen in den Kofferraum und dann wieder zusammenbauen bzw. auseinander klappen und arretieren

Geistige Aktivität: die Mobilität im sozialen Umfeld, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben:

- Treffen mit Freunden und Verwandten
- Sich auch mal wieder etwas Gönnen: Kulturveranstaltungen, Essen oder Shoppen gehen

So vorbereitet steht der Mobilität und Lebensqualität nichts mehr als Barriere im Weg!

Sich einfach wieder mal etwas Gutes tun!

Michaela Frisch



Die Autorin:
Michaela Frisch
Espan-Klinik
 Assistentin der Geschäftsleitung
 Gartenstraße 9
 78073 Bad Dürrenheim/Schwarzwald
<http://www.espan-klinik.de>

Durchatmen ...auch für Kinder

im Heilklimatischen Kurort Neubulach

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

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

Lernen Sie uns kennen – Heilklimatag am 23.04.16. (mit Anmeldung)



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

Anwendungszeitraum
Heilstollenkurbetrieb:
 02.05. – 03.07.2016
 15.08. – 02.10.2016





Training im Alltag

- die Broschüre gegen den Bewegungsmuffel in uns

von Michaela Frisch

Diese Broschüre soll die Eigeninitiative in uns Allen stärken,

- nach einer Rehabilitationsmaßnahme
- außerhalb der Lungensportstunden
- wenn es in der Region (noch) keine Lungensportgruppe gibt
- einfach mal so

etwas für sich, seine Gesundheit, seine Lebensqualität, seine Teilhabe am Alltag und im sozialen Umfeld aktiv zu tun. Durch die unterschiedlichen Geräte und Übungen kann - auch in den kleinen Leerlaufzeiten - im Alltag, ein abwechslungsreiches Training durchgeführt werden. Auch Angehörige sind herzlich eingeladen, nicht nur den betroffenen Partner durch Mitmachen zu motivieren und zu unterstützen, sondern dabei auch etwas für die eigene Gesundheit zu tun.



ANZEIGE



ZURÜCK IN EINEN LEBENSWEERTEN ALLTAG.

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

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



Wir sind eine Einrichtung der Fuest Familienstiftung, einer starken Gruppe im Dienst des Menschen. Drei medizinische und drei suchtmedizinische 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

Ein Hoch dem Lungensport vor Ort

Liebe Leute auf ein Wort,
was ist eigentlich Lungensport.
Nie gehört und auch gesehen,
kann das Wort ja kaum verstehen.
Was hat die Lunge eigentlich,
mit dem Sport zu tun an sich.
Antwort hierauf hat sicher der Patient,
der Asthma und COPD als seine Krankheit kennt.
Luftnot und der Hustenreiz,
sind die Übel meistens
und es strengt auch Alles an,
was ein Gesunder mit Leichtigkeit kann.
Um alles ein wenig leichter zu ertragen,
trifft man sich an bestimmten Tagen,
zum Lungensport in einer Halle,
Kay hat dann das Kommando für Alle.
Mit Bewegung, Spiel und Spaß,
sind die Übungsstunden für jeden 'was.
Lippenbremse heißt die Parole,
und „aus“ was man immer wiederhole.
Hier kennt die Kay auch kein Pardon,
klingt manchmal fast wie Kasernenton.
Ist aber für die Atmung wichtig,
das hält auch unser Ulli für richtig,
der oft und immer wenn es zeitlich geht,
als Lungendoktor zur Verfügung steht.
Er ist dann Ansprechpartner bei allen Fragen,
und muss auch Alltagsprobleme ertragen.
Auch muss noch jeder seinen Peakflow messen,
das darf man beim Lungensport nicht vergessen.
So sieht es aus beim Lungensport,
und alle kommen gerne zum Übungsort.
Am Mittwochabend in der Halle,
mit Freunden, bei Sport und Spaß für Alle.

Friedhelm Stadtmüller
Vorsitzender unseres Ortsvereins in Marburg
und Leiter der Lungensportgruppe Marburg



Von li. nach re.: Friedhelm Stadtmüller (Gruppenleiter), Prof. Dr. Ulrich Köhler
(Ärztliche Leitung, UKG Marburg), Kay-Ina Köhler (Sportliche Leitung),
Margit Nahrgang (Gruppenleiterin)



SO
LEICHT
SO
FREI

UNTERWEGS
BEFREITER ATMEN.
BIS ZU 10 STUNDEN.
NUR 2,2 KG*.

INVACARE®
PLATINUM® MOBILE

Der neue, mobile
Sauerstoff-Konzentrator
für Ihr aktives Leben.



www.invacare.de

*Gewicht Mobilkonzentrator mit einem Akku.

Was kann die atemstimulierende Einreibung

von Christine Keller

Häufig ist zu hören, dass die atemstimulierende Einreibung (ASE) zur Sekretlockerung und Pneumonieprophylaxe eingesetzt wird. Auf Nachfrage wissen wenige, was sie leisten kann und wie sie korrekt ausgeführt wird.

Die ASE ist eine Intervention aus der Basalen Stimulation®, die seit Mitte der 1970er Jahre von Prof. Dr. Andreas Fröhlich (Pädagoge, Sonderpädagoge, Psychologe) für den Umgang mit mehrfach schwerst behinderten Kindern entwickelt wurde. Seit den 1980er Jahren hat er gemeinsam mit Frau Prof. Christel Bienstein (Pflegepädagogin, Pflegewissenschaftlerin) das Konzept für die Krankenpflege weiterentwickelt. Basal stimulierende Pflege bietet eine Möglichkeit, Menschen mit Aktivitäts-, Kommunikations- und Wahrnehmungsstörungen gezielt Angebote über verschiedene Wahrnehmungsbereiche zu machen und so ihre persönliche Wahrnehmungs- und Entwicklungsfähigkeit zu fördern.

Bewegungsarmut oder -losigkeit, neurologische Ausfälle und Veränderungen des Muskeltonus verändern das Körperbild eines Menschen sehr stark. Einreibungen sind eine Möglichkeit, diesen Menschen ein gezieltes Angebot zu machen, um sich besser und in Abgrenzung zur Umwelt zu erleben. Besonders am Rücken und Brustkorb kann das Körpergefühl gefördert werden, der Betroffene „in sich hineinspüren“.

Die ASE wurde ab ungefähr 1985 von Christel Bienstein entwickelt und erstmals 1991 im Buch „Basale Stimulation in der Pflege“ veröffentlicht. Seitdem hat sie durch Professorin Bienstein einige Veränderungen erfahren. Anfangs galt auch als Ziel die Pneumonieprophylaxe. Das ist inzwischen verlassen, auch wenn die Bewusstmachung und Vertiefung der Atmung einer Pneumonie entgegenwirken kann.

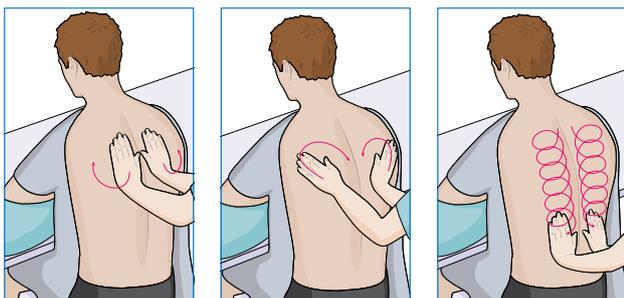


Abbildung: Durchführung einer ASE

Orientierung und Sicherheit, Trost und Wertschätzung

Berührungen gehören zu den elementaren Erfahrungen eines Menschen. Berührung kann Orientierung und Sicherheit, Trost und Wertschätzung vermitteln, wenn

- sie alleine ausgeführt wird
- Anfang und Ende deutlich werden
- sie während eines Kontaktes konstant bleibt
- sie intensiv und eindeutig ist
- sie ohne Handschuhe ausgeführt wird
- sie sich dem Rhythmus des Pflegebedürftigen anpasst und sich an seinen individuellen Bedürfnissen ausrichtet.

Gute Berührung ist eine Kunst!

Die Atmung eines Menschen zeigt sein Befinden an. Sie kann unruhig und oberflächlich sein oder beschleunigt, wenn der Betroffene zum Beispiel aufgeregt ist. Viele Pflegebedürftige in der außerklinischen Intensivpflege können die Atmung nicht mehr (ausreichend) selbst steuern. Nicht genügend Luft haben, bedeutet auch kraftlos werden, daraus resultieren dann oft ein weiterer Rückzug, ein fortschreitender Prozess der Wahrnehmungseinschränkung und auch Angst und Depressionen.

Die ASE will die Atmung vertiefen, fördern und rhythmisieren und die Körperwahrnehmung und Konzentrationsfähigkeit fördern. Sie hilft beim Beziehungsaufbau, zur Stressminderung, zur Beruhigung und trägt damit zur psychischen Stabilisierung bei. Sie ist wirkungsvoll bei Menschen

- mit Wahrnehmungsverlusten jeglicher Art
 - mit depressiven Zuständen oder herausforderndem Verhalten
 - mit Schmerzen
 - mit Schlafstörungen
 - im Weaning (Beatmungsentwöhnung)
 - in Stresssituationen und auch
 - beim Abschiednehmen und Sterben.
- Kontraindikationen sind keine bekannt.

Voraussetzungen für die Durchführung einer ASE

Es braucht tatsächlich nicht viel, aber das Wenige ist wichtig:

- Bereitschaft der Pflegekraft sich auf den Pflegebedürftigen einzulassen und ihn als Mensch anzunehmen
- eigene (innere) Ruhe
- eine ruhige Umgebung über 15 Minuten, keine Störungen
- keine Handschuhe („die Hände müssen fühlend denken können“), warme Hände, keine Ringe, Uhr oder Schmuck
- entspannte Positionierung des zu Pflegenden:
 - z.B. sitzend mit angelehntem Oberkörper gegen die Stuhllehne oder einen Tisch
 - 135°-Lagerung, Bauchlagerung
 - 90°-Lagerung
 - seltener: Rückenlage und ASE an der Brust
- all das und die Beherrschung der richtigen Technik.

So führt man die ASE richtig durch

Sie muss konzentriert angewendet werden, damit sie ihre volle Wirkung entfalten kann. Dafür sind Übung und Konzentration notwendig:

- den Rücken vom Nacken bis zum Gesäß mit einer geruchsneutralen Bodylotion eincremen, und dabei immer eine Hand am Rücken halten
- dann beide Hände im Nacken parallel zur Wirbelsäule positionieren
- nun beide Hände synchron in kreisenden Bewegungen gesäßwärts führen, die Hände mit angelegten Daumen geschlossen halten
- Bei den kreisenden Bewegungen den Druck der Hände wie folgt einsetzen:
 - rechts und links neben der Wirbelsäule deutlichen Druck mit Daumen und Zeigefinger ausüben
 - Hände nach außen drehen, ebenfalls noch mit deutlichem Druck auf der Handkante
 - den Kreis zur Wirbelsäule hin mit einem nachlassenden/gleitendem Druck schließen
 - den nächsten Kreis anschließen und immer weiter Richtung Gesäß abwärts „wandern“
- Die kreisenden Bewegungen atemsynchron mit der eigenen Atmung ausführen und mit einer Atemfrequenz von 15 – 20 Atemzügen/Minute, in einem Verhältnis von Ein- zu Ausatmung von 1 zu 2, d.h. die Ausatmung ist doppelt so lange auszuführen, wie die Einatmung:
 - Ausatmung: Hände gleiten an der Wirbelsäule nach unten
 - Einatmung: Schließen des Kreises nach oben (Anheben des Brustkorbs unterstützen)

(Merke: Hände nach unten bei der Ausatmung unterstützt das Senken des Brustkorbs, Hände seitlich nach oben bei der Einatmung unterstützt das Heben des Brustkorbs)

- sind die Hände nach 5 – 8 Kreisen am Gesäß angelangt, dann während einer Einatmung zunächst die eine und dann die andere Hand nach oben führen
- Mit der nächsten Ausatmung dies erneut beginnen, und noch mindestens ein- oder zweimal oder besser noch häufiger wiederholen
- Zum Abschluss den Rücken mit den Händen noch einige Male von oben nach unten „ausstreichen“ und so das Ende der ASE signalisieren.

Beachte: Auf eine eigene ruhige Atmung achten, denn sonst kann es durch die Konzentration auf die eigene Atmung dazu führen, dass diese zu schnell wird.

Die ASE braucht eine gute Nachbereitung

- Den zu Pflegenden ankleiden und in eine bequeme Position helfen
- nachruhen und nachfühlen lassen
- Maßnahmen und Beobachtungen dokumentieren, wenn möglich den zu Pflegenden nach seinem eigenen Empfinden fragen.

Das Fühlen steht im Vordergrund

Varianten und Erweiterungen sind grundsätzlich möglich, v.a. wenn die Pflegekraft erkennt, dass sie den zu Pflegenden gut tun. Nach Frau Professorin Bienstein sollen sie aber dann nicht mehr als ASE bezeichnet werden, sondern als Einreibung oder allgemeine atemunterstützende Maßnahmen. Sie lehnt auch ätherische Öle, Erkältungssalben oder andere geruchsintensive Lotionen ab, denn das Fühlen soll im Vordergrund stehen und nicht der Geruch.

Ausgangspunkt könnte zunächst die Atmung des zu Pflegenden sein. Die Akzeptanz seiner Situation vermittelt ein Gefühl der Sicherheit. Dann geht die Pflegekraft zügig in ihren eigenen ruhigen Atemrhythmus über mit dem Ziel, den Pflegebedürftigen zu einer ruhigeren, spürbareren und vertieften Atmung zu führen.

Die zu Pflegenden, die kontrolliert beatmet werden, können ihre Atemfrequenz nicht verändern. Dann ist die ASE ein Angebot zur vertieften eigenen körperlichen Wahrnehmung. In diesem Fall passt sich die Pflegekraft dem Rhythmus und der Frequenz des Respirators während der gesamten ASE an.

Die Autorin:

Christine Keller, M.A.

Lehrerin für Pflegeberufe, Heilpraktiker (Psychotherapie), systemische Beraterin, www.christine-keller.com

Literatur bei der Verfasserin: kontakt@christine-keller.com



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

**Atmungsorgan
Nase – Ein Hochleistungssystem zum Schutz der Bronchien. Tipps zur Pflege der oberen Atemwege aus physiotherapeutischer Sicht.**

Nase frei? Atmen durch die Nase schützt die Bronchien! 40

Pflege der oberen Atemwege aus physiotherapeutischer Sicht

Informationsblatt
Deutsche Atemwegsliga e. V.

Warum ist die Umstellung von Mund- auf Nasenatmung besonders wichtig für Menschen mit chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen? Antworten hierzu bis hin zu vorbeugenden Schutzmaßnahmen und physiotherapeutischen Techniken gibt der Flyer „Nase frei? – Atmen durch die Nase schützt die Bronchien“.

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.

Terminvorankündigung:

1. Ostbayerischer Lungentag

27.05.2017,

9:00 – 17:00 Uhr,

Thon-Dittmer-Palais, Regensburg

Motto: Selbsthilfe & Medizin Hand in Hand

Medizinische Leitung:
Prof. Dr. med. Michael Pfeifer,
Donaustauf und Regensburg

In Vorträgen kompetenter Ärzte und Therapeuten, werden die Diagnose und therapeutische Möglichkeiten wichtiger Lungenerkrankungen patientenverständlich vorgestellt. Atemtherapie, Lungensport, Rehabilitation und der Beitrag des informierten Patienten zu seiner Behandlung, runden den Tag, wie auch die Ausstellung therapeutischer Hilfsmittel und die Vorstellung verschiedener Selbsthilfeorganisationen, ab.

Der Eintritt ist frei.



1. Ostbayerischer
Lungentag

*„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

Wir suchen SIE!!!

Wir suchen aktuell Ansprechpartner für unsere Ortsverbände in:

- Alzey
- Bitburg
- Essen
- Linz
- Worms

Wir würden uns sehr freuen, wenn SIE unsere ehrenamtliche Arbeit mit unterstützen könnten. Es ist immer sehr schwierig, Versammlungen und Veranstaltungen zu betreuen, wenn man nicht direkt vor Ort wohnt und die Ärzte, das Fachpersonal aber auch die Betroffenen und deren Angehörige nicht persönlich kennt.

Folgende Herausforderungen erwarten Sie:

1. Die Erstellung des Jahresprogrammes einer Patientengruppe
Dies ist mit Sicherheit die aufwendigste Aufgabe, aber auch die kreativste. Mit tatkräftiger Unterstützung z.B. der Lungenfachärzte vor Ort, sollte dies gut realisierbar sein. Wir haben dafür Vorlagen. Ihr Entwurf wird von unserer Geschäftsstelle in Oppenheim erstellt, gedruckt und an Sie verschickt.
2. Terminfindung und Leitung einer Mitgliederversammlung
Einmal im Jahr ist eine Mitgliederversammlung einzuberufen. Dabei wird der Vorstand entlastet und ein kurzer Bericht über das vergangene Jahr gegeben. Alle zwei Jahre sollte die Wahl eines Vorsitzenden, des Schatzmeisters und der Kassenprüfer erfolgen. Die Geschäftsstelle kann Ihnen Vorlagen für Einladungsschreiben oder Themen für Vorträge - teilweise auch Referenten vermitteln.
3. SIE sind der telefonische bzw. persönliche Ansprechpartner
Dies ist wohl die wichtigste persönliche Aufgabe. Die oder der Vorsitzende sollte immer versuchen, sich auf dem Laufenden zur eigenen Erkrankung zu halten: z.B. Fortschritte in der Medizin, neue Medikamente, Therapien und aktuelle gesundheitsbezogene Themen. Manchmal ist man dann natürlich auch Vermittler an andere „Beratungsstellen“. Im Vordergrund sollte jedoch immer

der persönliche Kontakt zu den Mitgliedern des eigenen Ortsverbandes stehen.

4. Ein persönliches Anschreiben an die Mitglieder des Ortsverbandes einmal im Jahr, z.B. zu Weihnachten, zeigt ihre Verbundenheit.
5. Bei den monatlichen Treffen vor Ort stehen SIE als Ansprechpartner zur Verfügung, laden die Mitglieder ein, begrüßen die Anwesenden und stellen den jeweiligen Referenten vor. SIE danken ihm.
6. Anträge bei den Krankenkassen
Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit, sich z.B. für kleinere Projekte und/oder Anschaffungen finanziell von den örtlichen Krankenkassen unterstützen zu lassen. Dafür stellen Sie oder Ihr Team dann Anträge bei der entsprechenden Kasse.
7. Evtl. Spendenanfragen
Zusätzlich kann man auch um finanzielle Unterstützung bei Banken oder Sparkassen oder z.B. Apotheken bitten.
8. Mitgliederwerbung
Die ehrenamtliche Arbeit der Patientenliga finanziert sich aus Mitgliedsbeiträgen und Spenden. SIE überzeugen neue Mitglieder. Unsere Veranstaltungen sind für alle Interessierten kostenlos.
9. Jährliche Abrechnung (Ende des Jahres / Anfang des Jahres für das zurückliegende Jahr)
10. 10 Tage vor der jeweiliger Veranstaltung Info an Presse (Wochen- / Tageszeitungen)

Insgesamt kommen zu der jeweils monatlichen Abendveranstaltungen ca. 4 – 5 Stunden „Arbeit“ pro Monat mit Telefonaten und der Organisation für den Ansprechpartner zusammen.

Bei Fragen können Sie sich jederzeit an unsere Geschäftsstelle oder unseren stellvertretenden Vorsitzenden, Herrn Jürgen Frischmann, wenden.

Wir freuen uns auf Sie!

Ihre Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA

Mut zur Selbsthilfe!

Ich bin seit 14 Jahren in den Ortsverbänden Wittlich und Vulkaneifel aktiv. Warum fragen mich immer wieder Menschen, warum bist Du aktiv in der Selbsthilfe tätig.

Deshalb aus persönlicher Sicht meine Motivation und mein Antrieb, warum ich gerne einen – und in meinem Fall – zwei Ortsverbände leite.

Aus persönlicher Betroffenheit habe ich begonnen mich mit Selbsthilfe zu befassen. Aus meiner beruflichen Erfahrung als Krankenschwester kannte ich Atemwegserkrankungen. Nun war ich aber selbstbetroffen und hatte viele Fragen, welche oft durch Zeitmangel im Arztgespräch nicht alle geklärt werden konnten.

Ich war verunsichert und ängstlich. Informationen und Wissen konnte ich mir durch Lesen von Fachliteratur und im Internet aneignen. Ich merkte dass dies aber nicht das Entscheidende war. Ich wollte mehr. Ich wollte nicht dass mein schweres Asthma mein Leben beherrscht. Der Umgang mit den richtigen Medikamenten und dem Peak-Flow – Ampelschema erleichterte mir vieles. Endlich fand ich einen Arzt mit dem ich meinen persönlichen Therapieleitfaden besprach. Dieses Handeln half mir sehr meine Eigenständigkeit zu erhalten.

Aber trotzdem fehlte mir immer noch was. In einem Gespräch mit einem jungen Mann, welcher seit Kindertagen unter schwerem Asthma litt kam ich zur Erkenntnis das Gespräch mit Betroffenen das war, was mir wirklich weiter hilft. Das Verstehen, was Atemnot oder ein Asthmaanfall bedeuten, und welche Ängste und Gefühle ausgelöst werden. Dieses Verständnis der emotionalen Seite der Erkrankung hat mir sehr geholfen. überhaupt Erkrankungen in verschiedene Perspektiven zu begegnen und den Umgang mit der Angst in den Griff zu bekommen und aktiv trotz schwerer Erkrankung das Leben zu genießen.

Selbsthilfe ist für mich mehr als nur die Begegnung mit Betroffenen. Sie gibt Mut und Kraft! Sie fördert das Verständnis gegenüber der eigenen Erkrankung sowie das Verständnis und die Toleranz für andere Betroffene.

Ich möchte Ihnen Mut machen sich auf das „Abenteuer Selbsthilfe einzulassen und einen vielleicht neuen Weg zu gehen. Nach dem Motto: Die Begegnung mit anderen Menschen macht das Leben lebenswert.

Inge Follmann,
Ortsverbandsleiterin unserer Ortsverbände
Bernkastel-Wittlich und Vulkaneifel-Daun
Ginsterweg 9, 54558 Gillenfeld
follmanninge@web.de

Engagieren Sie sich ehrenamtlich!

Durch meine eigene Betroffenheit mit Asthma und COPD, ging ich 1991 zu der Gründungsveranstaltung der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. in Lüdenscheid, und wurde Mitglied.

In der Gruppe erhielt ich viele Informationen über Asthma und COPD, was mir sehr geholfen hat, besser mit der Erkrankung umzugehen.

Als 1994 der erste Vorsitzende auf Grund seiner schweren Erkrankung die ehrenamtliche Arbeit nicht mehr machen konnte, habe ich kurzfristig die Arbeit übernommen und wurde dann zur Vorsitzenden gewählt. Die ehrenamtliche Tätigkeit macht mir bis heute viel Spaß. Man kommt mit anderen Menschen zusammen, mein Mann unterstützt mich sehr dabei. Wir vertreten

die DPLA auch im Arbeitskreis Selbsthilfe beim Paritätischen Wohlfahrtsverband, in der Interessenvertretung für Menschen mit Behinderungen in Lüdenscheid und im Verein Gesunde Lunge Lüdenscheid, den ich mit gegründet habe. Wir organisieren auch einen alljährlichen Lungentag.

Ich möchte Menschen Mut machen sich ehrenamtlich zu engagieren, es gibt selbst Lebensmut für Andere da zu sein. Wenn man aus dem Arbeitsleben ausscheidet ist die Arbeit im Ehrenamt eine tolle Sache!

Marlene Dudanski,
Leiterin unseres Ortsverbandes in Lüdenscheid
Germanenstr. 53, 58509 Lüdenscheid
m-dudanski@t-online.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 Linz am Rhein Mainz Trier Worms	Winfried Walg Jürgen Frischmann Jürgen Frischmann Ursula Eicher Jürgen Frischmann	06785 / 77 70 0160 / 4628961 0160 / 4628961 0651 / 44611 0160 / 4628961
Schwalmstadt	Geschäftsstelle	06133 / 35 43	 Saarland Homburg / Saar	Dietmar Hecker Uwe Sersch	06841 / 162 2919 06873 / 669 284
Wiesbaden	Lothar Wern	06122 / 15 254			
 Niedersachsen Region Hannover - Hannover - Neustadt am Rübenberge - Garbsen - Wunstorf - Wedemark	Michael Wilken Detlef Henning	05130 / 583 85 77 05032 / 964 090			

ANZEIGE



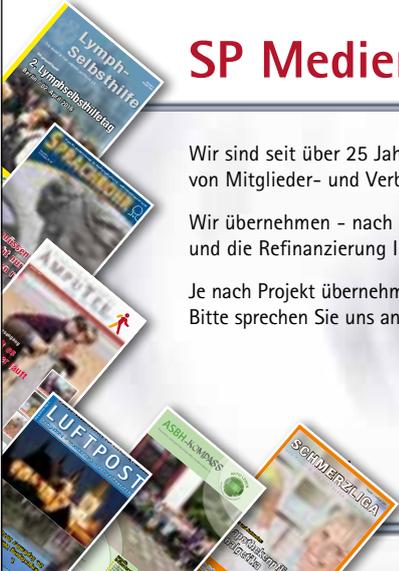
SP Medienservice Verlag, Druck & Werbung

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

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

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

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



Befreundete Selbsthilfegruppen

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

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

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-City

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

SHG COPD & Lunge Städte Region Aachen – Lungenkrebs

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

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Simmerath

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

SHG COPD&Lunge Städte Region Aachen-Würselen

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

SHG COPD&Lunge Städte Angehörigengruppe Region Aachen-Würselen

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

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

Kontakt: Brigitte Ritz-Darkow
 Tel.: 0931/46772927
 E-Mail: brdger@web.de
<http://www.asthma-copd-wuerzburg.selbsthilfe-wue.de>

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Hof

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

SHG COPD&Lunge Region Bayern – Selb

Kontakt: Christa Jäkel
 Tel.: 09287-67800
 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

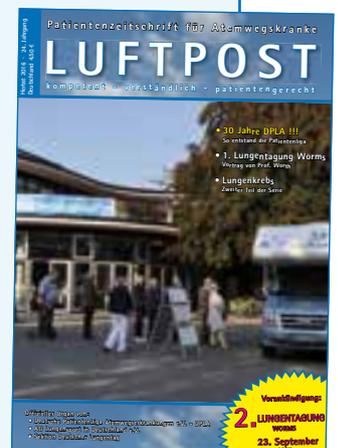
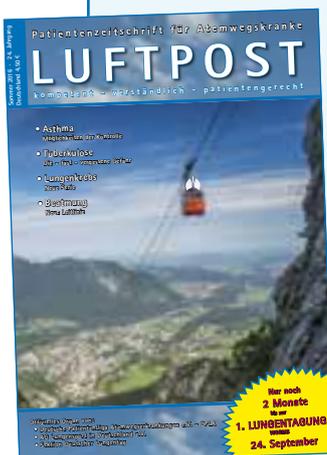
Fax: 06133 / 573 83 27

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

Vorschau: Luftpost Sommer 2017



- Komplettes Programm der 2. Lungentagung Worms, - NibeLUNGENstadt Worms, am 23.09.2017
- Infekte bei Atemwegserkrankungen:
 - Rechtzeitig erkennen und
 - gezielt behandeln
- Neue Methoden zur Behandlung des Lungenemphysems
- Neue Serie: Inhalativa bei Asthma und COPD
- Biologika zur Behandlung von Asthma
- Jubiläum: 25 Jahrgänge der „Luftpost“
- Die neue Broschüre: Atemphysiotherapie bei Fibrose
- Fortsetzung der Serie: Lungenklinik
- Buchrezensionen

ANZEIGE



UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG**
Tagungsleitung: PD. Dr. C. Lex

Bild: Frank Stefan Kimmel

PARALLELPGRAMM WORKSHOPS

Kinder und Jugendliche
Wir funktioniert unsere Lunge?
 Interaktives Quiz mit Gewinnspielen
Was ist Asthma? Erklärungen und Spiele für Kinder
Inhalationsschulung und Atemübungen
Atemnot und Anaphylaxie: Notfallset einfach erklärt

Erwachsene
Tabakrauchentwöhnung
Inhalationstechniken
Lungensport, Physiotherapie

Zentralveranstaltung
Deutscher LungenTag Göttingen 2017

Prävention: Vorbeugen ist besser als Therapieren

- PRÄVENTION**
- **Allergien, Heuschnupfen und Asthma: Was kann ich vorbeugend tun?** (Prof. Dr. M. Lommatzsch)
 - **Grippe und Co: Wie schütze ich mich oder mein Kind vor Infektionen?** (PD Dr. C. Lex)
 - **Aktuelle Maßnahmen zur Tabakrauchentwöhnung** (Prof. Dr. T. Raupach)
 - **Früherkennung Lungenkrebs: Wann gehe ich zum Arzt?** (Dr. W. Körber)
 - **Strukturierte Patientenschulung: Besseres Leben mit Asthma und COPD** (Prof. Dr. H. Worth)
 - **Klima, Kur und Reha** (Dr. R. Stachow)
- DIAGNOSTIK + THERAPIE**
- **Atemnot bei Belastung: Ist es das Herz oder die Lunge?** (Dr. C. Buck)
 - **Chronische Bronchitis im Kindesalter** (N.N.)
 - **COPD: Diagnostik und Therapie** (Prof. Dr. C.-P. Crié)
 - **Sauerstofftherapie, CPAP, nichtinvasive Beatmung: Wer braucht was?** (Dr. U. Olgemöller)
 - **Minimal-invasive operative Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie von Lungenerkrankungen** (Dr. M. Hinterthaler)

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

COPD*

Sind Sie trotz Behandlung außer Atem?

Sprechen
Sie Ihren
Arzt an!



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

*Chronisch obstruktive Lungenerkrankung