

Patienten-Bibliothek®

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



Strukturierte Versorgung

COPD in Deutschland

Mit Berichten vom 23. Kongress für Außerklinische Beatmung (DIGAB), Düsseldorf und vom 47. Bad Reichenhaller Kolloquium

Die akute Verschlechterung

Lungenemphysem

Hilfsmittel

Deutschland 2,50 €

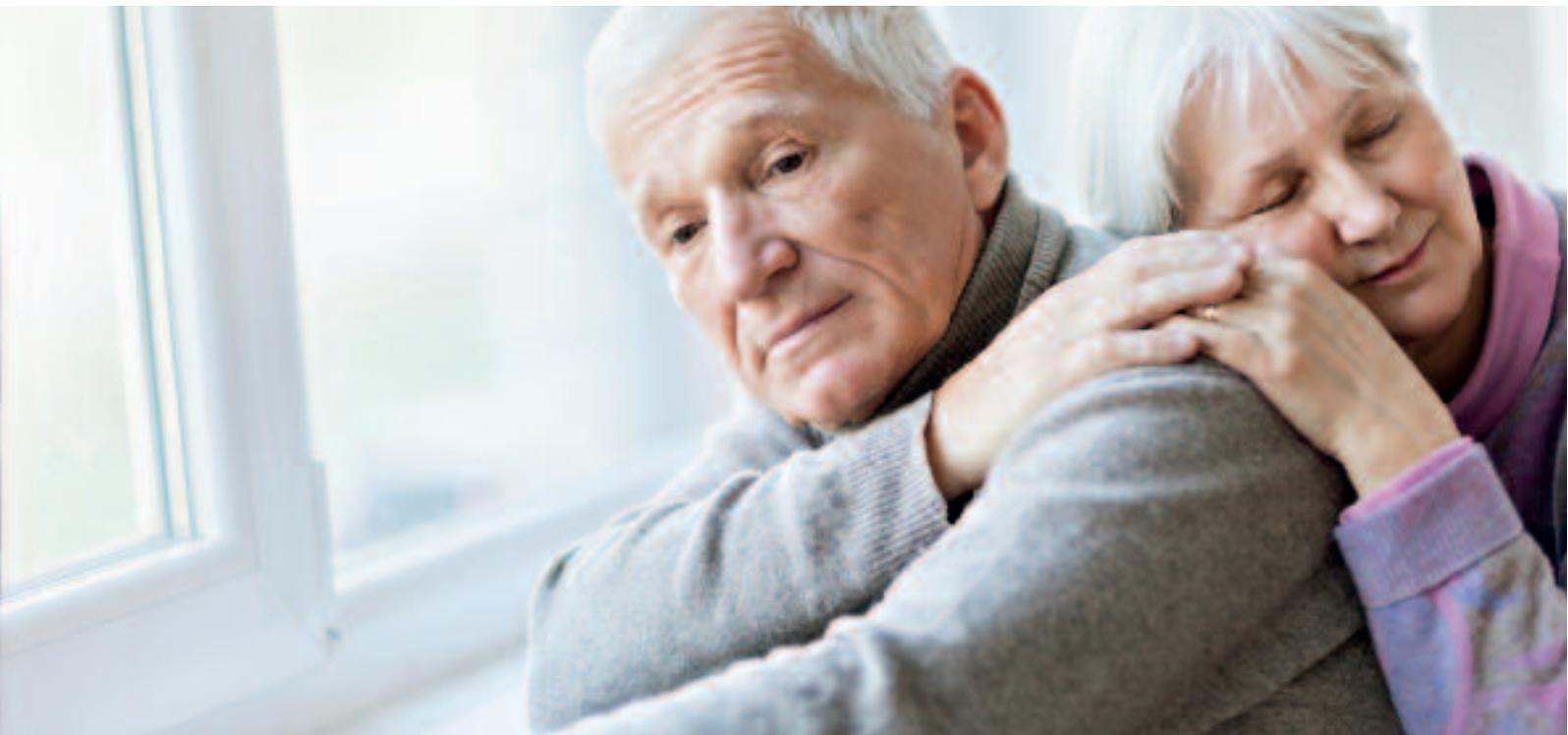


Herbst 2015
2. Jahrgang

COPD in Deutschland

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

Leben mit idiopathischer Lungenfibrose



Broschüren

- **Idiopathische Lungenfibrose**
Ein Leitfaden für Patienten und Angehörige
- **Leben mit Idiopathischer Lungenfibrose**
Hilfen für den Alltag

Bestellen Sie die Broschüren auf www.roche.de, im Roche-Kundencenter unter der Telefonnummer 07624 / 14 - 22 55 oder per E-Mail: grenzach.kundenberatung@roche.com.

Editorial



Sehr geehrte Leserinnen, sehr geehrte Leser,

die Zahl der Patienten, die unter Atemwegs- und Lungenerkrankungen leidet, wächst stetig an.

Der wichtigste Grund hierfür ist, so Professor Dr. Tobias Welte, Hannover, der zunehmende Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung, da alle chronischen Lungenerkrankungen in sehr engem Zusammenhang mit dem alternden Organ stehen. Als begleitender Schädigungsmechanismus steht vor allem Rauchen an erster Stelle.

Gleichzeitig erweitern sich die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung. Vielfältige Entwicklungen in der medikamentösen Therapie schreiten voran. Aber vor allem ist inzwischen der wissenschaftliche Nachweis um die Effektivität der Sauerstofftherapie und ebenso der körperlichen Bewegung von herausragender Bedeutung.

Mit zwangsläufig wachsendem Beratungs- und Versorgungsaufwand verändern sich auch die strukturellen Notwendigkeiten in pneumologischen Kliniken und Praxen, wie an neuen Qualifikationen z.B. der O₂-Assistentin, neben der bereits etablierten Pneumologischen Assistentin, sichtbar wird.

Bei all diesen vielfältigen Entwicklungen benötigen zwei Faktoren, die eng miteinander verknüpft sind, unsere besondere Aufmerksamkeit: die Information und die Kommunikation.

Fachlich fundierte Informationen bieten unsere Ratgeber und das Symposium Lunge. Einen Austausch zwischen Betroffenen und Angehörigen ermöglichen unsere Mailingliste www.lungenemphysem-copd.de und die regionalen Selbsthilfegruppen und Ansprechpartner.

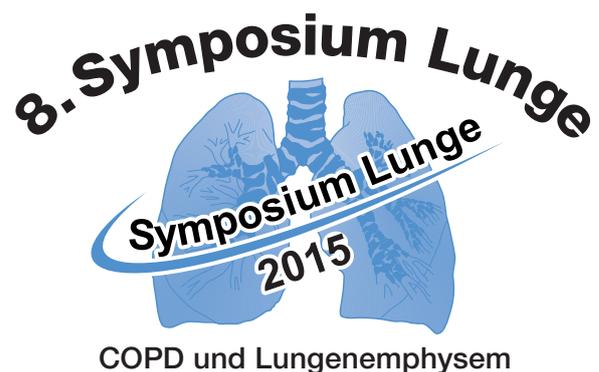
Von essentieller Bedeutung ist allerdings ebenso das vertrauensvolle Gespräch zwischen Arzt und Patient.

Auch wenn zeitliche und ökonomische Barrieren die Kommunikation oftmals erschweren, sollte jeder Betroffene eine aktive Kommunikation mit seinem Arzt suchen. Denn trotz medizin-technischer und pharmazeutischer Innovationen, hat das Arzt-Patienten-Gespräch eine ergebnisrelevante Schlüsselfunktion in der Gesundheitsversorgung. Suchen Sie das Gespräch mit Ihrem Arzt!

Ihr

Jens Lingemann

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



Inhalt

Editorial

Kommunikation in der pneumologischen Versorgung 03

Strukturierte Versorgung

Bedeutung der DMP 06

In der Praxis:
Strukturierte Behandlungsprogramme 09

Gut zu wissen: COPD-Patientenschulungen 12

Die akute Verschlechterung

Übersicht: Die akute Verschlechterung 14

Gut vorbereitet: Umgang mit
einer Verschlechterung 17

Infektionen: Wenn Viren, Bakterien oder
Pilze die Atemwege befallen 18

Die wirksamste Maßnahme:
Hand in Hand! Für Ihre Sicherheit! 21

Atemnot: Umgang mit der Erkrankung 22

Inhalationen:
Die „Tabletten“ der Atemwegserkrankungen 24

Außerklinische Beatmung

Kongress-Report: Gesellschaft für
Außerklinische Beatmung 27

Übersicht:
Nicht invasive Beatmung bei stabiler COPD 29

Weaning-Zentren: Wo Intensivpatienten
das Atmen neu lernen 32

Hilfsmittel

Übersicht: Hilfsmittel, die den Alltag erleichtern 33

Gut zu Wissen:
O₂-Assistentin und Pneumologische Assistentin 39

Rechtliche Situation:
Antragstellung von Hilfsmitteln 40

Neue Rubrik: Bewegung

Die Bedeutung: Körperliche Aktivität bei COPD 42

Motivation:

Tägliches Training mit Michaela Frisch 43

Die etwas andere „Bewegung“:
Vertiefte Atmung durch Singen 45

Neue Rubrik: Ernährung

Basiswissen: Ernährung und Atmung 46

Osteoporose:
Risiko reduzieren durch gezielte Ernährung 48

Neue Empfehlungen:
Ernährung und Knochengesundheit 50

Lungenemphysem

Übersicht: Lungenemphysem 51

Neue Diagnostik: Dunkelfeld-Röntgenaufnahme
erlaubt Frühdiagnose 54

Kurz und wichtig

Gestalten Sie mit: ELEMENTAR-Webshop 56

Forschung: Lungenfibrose 56

Veranstaltungstermine 57

Auf ein Wort 57

Bestell- und Lieferservice 58

Patienten fragen – Experten antworten

Lungenvolumenreduktion bei Rauchern 59

Leichte Konzentratoren 60

Selbsthilfe

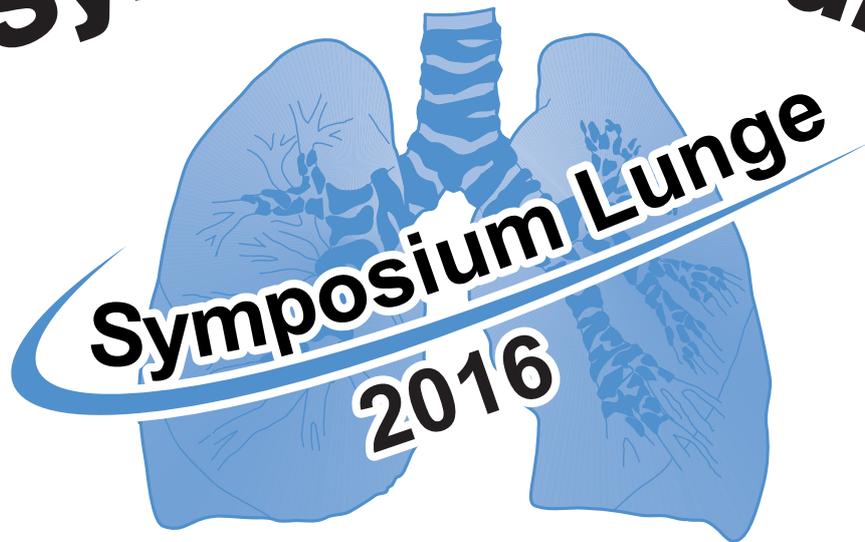
Neuer Ratgeber: COPD – Auswirkungen
auf Alltag, Psyche und Lebensqualität 61

Selbsthilfegruppen der Patientenorganisation
Lungenemphysem-COPD Deutschland 62

Impressum

Vorschau Ausgabe VI/2015 63

9. Symposium Lunge



COPD und Lungenemphysem

**Leben mit Atemwegserkrankungen
von der Diagnostik bis zur erfolgreichen Therapie**

Am Samstag, 10. September 2016

9:00 bis 17:00 Uhr

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

Eintritt frei!

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

www.lungenemphysem-copd.de

Veranstalter:



Mitveranstalter:



Strukturierte Versorgung



Einleitung

In Disease-Management-Programmen (DMP) wird die Behandlung mit einem gezielten Versorgungsmanagement arzt- und sektorenübergreifend koordiniert. Es ist das Ziel, bestehende Versorgungsdefizite (Über-, Unter- und Fehlversorgung) abzubauen und so die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Erreicht werden soll dies insbesondere durch:

- ✓ Koordination der Versorgung durch ein Praxisteam
- ✓ Förderung der Kooperation aller Beteiligten
- ✓ Differenzierte Therapieplanung unter Einbeziehung der Patientinnen und Patienten
- ✓ Leitliniengerechte nicht-medikamentöse und medikamentöse Behandlung
- ✓ Stärkung der Selbstmanagement-Fähigkeiten durch strukturierte Schulungen.

Zurzeit gibt es für sechs Krankheiten strukturierte Behandlungsprogramme. Der Auswahl der Erkrankungen liegen folgende gesetzlich festgelegten Kriterien zu Grunde:

- ✓ Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
- ✓ Möglichkeit zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
- ✓ Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
- ✓ sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
- ✓ Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten,
- ✓ hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Im DMP COPD sind Stand 02/2015 fast 700.000 Patienten eingeschrieben. Quelle: www.KVB.de

Die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm ist für Patienten freiwillig und kostenlos. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine gesicherte Diagnose durch den betreuenden Arzt und die Bereitschaft des Versicherten, aktiv am DMP teilzunehmen.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor der DMP ist die Mitarbeit des Patienten. Nach Vereinbarung von individuellen Therapiezielen mit dem betreuenden Arzt können Patienten

beispielsweise an strukturierten Schulungen und Präventionsangeboten teilnehmen und sollen die regelmäßigen Verlaufskontrollen wahrnehmen.

Im Gespräch mit **Dr. Regina Klakow-Franck**

Dr. Regina Klakow-Franck ist unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und Vorsitzende des Unterausschusses Disease-Management-Programme.



Seit 2012 obliegt die Regelungskompetenz für Disease-Management-Programme dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Was ist unter Regelungskompetenz konkret zu verstehen? Welche Aufgaben sind damit verbunden?

Bereits seit 2002 ist der G-BA beziehungsweise sein Vorgängergremium beauftragt, neue DMP zu entwickeln und regelmäßig zu aktualisieren. Dazu gehört beispielsweise, die genaue Patientengruppe zu definieren, die therapeutischen Ziele festzulegen und die konkreten Behandlungsangebote aufzufächern. Auch die ganz wesentliche Frage, wie Haus- und Fachärzte und Krankenhäuser kooperieren sollen, muss beantwortet werden. Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zum 1. Januar 2012 ist der G-BA nun auch dafür zuständig, dass die DMP-Anforderungen rechtsverbindlich werden. Diese Kompetenz lag bis dahin beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Bislang hat der G-BA die Rahmenanforderungen an DMP für Patientinnen und Patienten mit Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ 1 und 2), Erkrankung der Herzkranzgefäße (koronare Herzkrankheit, KHK), chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale und COPD) und Brustkrebs formuliert. Für das DMP KHK wurde zudem das Modul Chronische Herzinsuffizienz entwickelt.

Die praktische Umsetzung der DMP erfolgte von Beginn an auf Basis regionaler Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, also Vertragsärztinnen und -ärzten und Krankenhäusern. Die Vertragsentwürfe werden vom Bundesversicherungsamt im Hinblick auf die Erfüllung der vom G-BA aufgestellten inhaltlichen Anforderungen geprüft. Bundesweit sind derzeit über 10 000 Programme zugelassen. Im Jahr 2013 waren etwa 6,3 Millionen Versicherte in einem oder mehreren DMP eingeschrieben.

Welchen Nutzen haben DMP im Hinblick auf die Versorgung chronisch Kranker bereits heute und welchen in der Zukunft?

DMP sollen die medizinische Versorgung chronisch Erkrankter verbessern. Zukünftig wird es verstärkt darum gehen, neben der jeweiligen spezifischen Indikation auch die bei den Patientinnen und Patienten bestehenden Begleiterkrankungen zu berücksichtigen.

Kernidee der DMP ist es, die therapeutischen Angebote der verschiedenen ambulanten und stationären Leistungserbringer zu koordinieren. Zu diesem Zweck müssen sich Ärzte und Krankenhäuser in den DMP miteinander abstimmen. Ein weiterer Schwerpunkt von DMP ist es, die Patientinnen und Patienten bei der Mobilisierung von Eigeninitiative zu unterstützen. Denn es ist nachgewiesen, dass beispielsweise eine Umstellung der Ernährung, Rauchverzicht und mehr körperliche Bewegung den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten deutlich verbessern.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind ein wichtiger Bestandteil in der Umsetzung der DMP. Mitte vergangenen Jahres wurden neue Anforderungen an eine kontinuierliche Auswertung sowie an Qualitätsberichte festgelegt. Welche Bedeutung haben diese Entwicklungen für den Patienten?

Wir erwarten von der kontinuierlichen Auswertung der DMP Erkenntnisse, mit denen die bestehenden DMP-Vorgaben überprüft und auch weiterentwickelt werden können. Unabhängige Sachverständige werden regelmäßig Evaluationsberichte erstellen, die auch indikationsspezifische Informationen für die jeweiligen DMP enthalten. Der G-BA hat also den Fokus von einem DMP-Vergleich nach Krankenkassen beziehungsweise Regionen auf die Weiterentwicklung der DMP verlagert. Nunmehr steht der Nutzen der DMP für die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt, gemessen an krankheitsspezifischen als auch indikationsübergreifenden Parametern, auch im Vergleich zur Versorgung von Patienten, die nicht an einem DMP teilnehmen. Die Berichte werden von den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden veröffentlicht werden.

Erstmalig für das Jahr 2014 sind die Krankenkassen in ihrer Rolle als Vertragspartner von DMP-Angeboten verpflichtet, Qualitätsberichte zu erstellen. In den Berichten müssen die vereinbarten Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie deren zugrundeliegende Qualitätsziele und -indikatoren dargestellt werden. Gedacht ist hier insbesondere an Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen; Maßnahmen, die eine aktive Teilnahme der Patientinnen und Patienten am DMP fördern oder eine systematische, aktu-



elle Information der eingeschriebenen Versicherten sicherstellen.

Derzeit wird geprüft, ob die strukturierten Behandlungsprogramme um weitere Erkrankungen (Indikationen) zu ergänzen sind. Hierzu zählen: Herzinsuffizienz, rheumatoide Arthritis, Osteoporose und chronischer Rückenschmerz. Zudem erfolgte der gesetzliche Auftrag für ein DMP Depression. Insbesondere Osteoporose und Herzinsuffizienz zählen zu den häufiger vorkommenden Begleiterkrankungen bei COPD. Können COPD-Patienten von dieser Entwicklung profitieren, sollten diese Programme umgesetzt werden?

Aus einer ganzen Reihe von Vorschlägen hat der G-BA die zuerst genannten vier Indikationen ausgewählt. Die zu berücksichtigenden Auswahlkriterien sind im Wesentlichen im Gesetz vorgegeben, beispielsweise die Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und ein sektorenübergreifender Behandlungsbedarf. Im Moment ist allerdings noch nicht klar, ob für jede der Erkrankungen auch ein DMP entwickelt werden kann. Abhängig ist dies unter anderem von den Ergebnissen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das vom G-BA mit einer aktuellen Leitlinienrecherche zu allen fünf Erkrankungen beauftragt worden ist.

Die bestehenden DMP werden kontinuierlich weiterentwickelt. So wurde z.B. 2009 für das DMP der COPD eine strukturierte Raucherentwöhnung seitens des G-BA empfohlen. Strukturierte Patientenschulungen sind bereits seit Anbeginn der DMP für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen vor zehn Jahren (Januar 2005) fester Bestandteil. Die positiven Effekte der Bewegung / des Lungensports auf die COPD werden inzwischen immer deutlicher, sind durch vielfältige Studien belegt und fester Bestandteil der empfohlenen Therapiemaßnahmen. Werden diese Entwicklungen möglicherweise zu neuen Empfehlungen des G-BA führen?

Im DMP COPD sind Tabakentwöhnung, körperliches Training und Atemtherapie ja bereits als therapeutische Maßnahmen vorgesehen. Der G-BA wird hierzu beraten, sollte sich beispielsweise aufgrund neuer Studien ein Anpassungsbedarf andeuten. Hinweise zu DMP können übrigens unabhängig vom gesetzlich vorgeschriebenen Stellungsverfahren und jederzeit an den G-BA übermittelt werden, auch von nicht im G-BA Beteiligten.

per definitionem ...

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland.

Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

... mehr Wissen

www.kbv.de/html/dmp.php

Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Hintergrundinformationen zum Disease-Management-Programm sowie Detailinformationen zu den einzelnen krankheitsbezogenen Aspekten.

www.bundesversicherungsamt.de

Internetseiten des Bundesversicherungsamtes. Unter dem Button „weitere Themen“ finden Sie grundlegende Informationen zum DMP. Die DMPs werden vom Bundesversicherungsamt zugelassen.

www.g-ba.de/informationen/richtlinien/76/

Auf den Seiten des Gemeinsamen Bundesausschusses finden Sie die Richtlinien der DMPs.

Anzeige



SAPIO
life

Homecare...
wir bieten
individuelle Lösungen!

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



Ein Unternehmen der



Breathing the future



Kontaktieren sie uns:

Service Hotline:

0800/7274633 (0800/SAPIODE)

info@sapiolife.de | www.sapiolife.de



In der Praxis Strukturiertes Behandlungsprogramm COPD

Im Gespräch mit **Dr. med. Andreas Hellmann**, Internist, Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologe und Umweltmediziner in Augsburg. Dr. Hellmann ist Vorsitzender des Bundesverbandes der Pneumologen, niedergelassener Pneumologe in Augsburg und Mitglied im gemeinsamen Bundesausschuss, AG DMP.

Im Gespräch mit **Dr. med. Andreas Hellmann**, Internist, Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologe und Umweltmediziner in Augsburg. Dr. Hellmann ist Vorsitzender des Bundesverbandes der Pneumologen, niedergelassener Pneumologe in Augsburg und Mitglied im gemeinsamen Bundesausschuss, AG DMP.

Was sollte der COPD-Patient über das DMP-Programm wissen?

Disease Management Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Den Anstoß für die Einführung von DMP in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gab ein Gutachten des Sachverständigenrates aus dem Jahr 2000/2001. Dem Gutachten vorangegangen war eine Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit der Feststellung, dass chronische Erkrankungen qualitativ unterversorgt sind.

Um diese Situation zu verbessern, erstellte der Sachverständigenrat, ein aus sieben Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zusammengesetztes Gremium, ein Gutachten mit der Empfehlung für strukturierte Behandlungsprogramme.

Als erste Indikation wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss Diabetes mellitus Typ 2 ausgewählt. Inzwischen werden für insgesamt sechs Erkrankungen DMP durchgeführt. Die Umsetzung der DMP erfolgt durch die Krankenkassen auf der Basis von regionalen Verträgen mit Vertragsärzten und Krankenhäusern.

Hinter dem Begriff „strukturiert“ verbirgt sich eine kontinuierliche medizinische Betreuung. Die Patienten werden im Prinzip nach einer Art „Checkliste“, d.h. nach einem standardisierten Verfahren, dessen Inhalte innerhalb des DMP festgelegt wurden, betreut.

Normalerweise kommen Patienten lediglich in die Arztpraxis, wenn sie sich krank fühlen. Innerhalb eines DMP werden Patienten hingegen kontinuierlich betreut und zwecks Terminvereinbarung des nächsten Termins durchaus angerufen.

Bei chronischen Erkrankungen wie der COPD ermöglicht diese Kontinuität der Betreuung und Behandlung nach einem standardisierten, evidenzbasierten Verfahren auf

Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Leitlinien eindeutig bessere Behandlungsergebnisse. Die Qualität der Versorgung insgesamt ist optimierter, ebenso die Lebensqualität der Patienten, mögliche Folgeschäden können zudem reduziert werden.

Ein weiterer Vorteil der DMP besteht darin, dass COPD Patienten bereits frühzeitig intensiv behandelt werden. Bisher erfolgte eine intensiviertere Behandlung häufig erst, wenn Patienten schwerer erkrankten.

Neben den regelmäßigen Arztbesuchen, sind Beratungsgespräche mit der Festsetzung von Zielen im Hinblick auf die Behandlung ebenso Bestandteil des DMP wie die kostenlose Teilnahme an einer Patientenschulung. Die Teilnahme am DMP ist sowohl für Patienten als auch Ärzte freiwillig. Patienten müssen also immer zustimmen, ob sie an einem DMP teilnehmen möchten. Aus rechtlichen Gründen erfolgt dies schriftlich.

Welche weiteren Vorteile bietet eine Teilnahme am DMP?

Man kann durchaus formulieren, dass bei den Krankenkassen aufgrund der Teilnahme an einem DMP auch eine größere Bereitschaft besteht, weitere Maßnahmen wie Lungensport und Rehabilitation zu finanzieren.

Dies liegt an der Tatsache, dass Patienten mit dem DMP die Bereitschaft signalisiert haben, aktiv mit ihrer Erkrankung umzugehen. Es werden durch das DMP regelmäßige Kontrollen durchgeführt, ebenso die Patientenschulung und bereits alle Möglichkeiten ausgeschöpft.

Wie sieht es mit der Tabakentwöhnung innerhalb des DMP aus?

In den Richtlinien des DMP heißt es: „Inhalationsrauchen verschlechtert die Prognose einer COPD erheblich. Tabakkarenz ist die wichtigste Maßnahme, um die Sterblichkeit der COPD und die Exazerbationsrate zu senken sowie die Prognose zu verlangsamen. Deswegen stehen Maßnahmen zur Tabakentwöhnung im Vordergrund der Therapie.“

Im Rahmen der Therapie klärt der behandelnde Arzt die Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens bei COPD auf, verbunden mit spezifischen Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben. Ein großes Problem ist jedoch, dass die Kosten der Tabakentwöhnung nicht von den Krankenkassen übernommen

werden, obwohl es sich gemäß der wissenschaftlichen Leitlinie definitionsgemäß um eine Abhängigkeitserkrankung handelt und zudem die Wirksamkeit der medikamentösen Therapie nachgewiesen wurde.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte bereits beschlossen, dass die Tabakentwöhnung von den Krankenkassen zu übernehmen ist, was jedoch seitens des Bundesministeriums beanstandet wurde. Ein bis zu diesem Zeitpunkt beispielloser Schritt. Gegen die Beanstandung hat das G-BA geklagt und verloren mit der Begründung, dass es sich bei der Raucherentwöhnung, um eine Lifestyle Veränderung handele.

Als Ärzte und als Bundesverband der Pneumologen fordern wir weiterhin die Kostenübernahme der Tabakentwöhnung ein. Aktuell sind gerichtliche Verfahren noch aktiv.

Was könnte im DMP zukünftig noch verbessert werden?

Neben der Kostenübernahme der Tabakentwöhnung würde ich mir wünschen, dass noch mehr im Sinne der COPD Früherkennung geleistet wird. Derzeit ist es so, dass Patienten die ganze Symptomatik einer manifesten, d.h. nachweislichen COPD erfüllen müssen, damit sie in das DMP aufgenommen werden können. Liegt „lediglich“ eine chronische Bronchitis vor, sind die Kriterien für eine Aufnahme nicht erfüllt.

Darüber hinaus haben wir eine kontinuierlich zunehmende Zahl von Patienten mit einer Langzeit-Sauerstofftherapie und nicht-invasiven außerklinischen Beatmung. Diese Patienten benötigen mehr Zeit, damit wir den Sauerstoff den Notwendigkeiten entsprechend, individuell richtig einstellen können. Hierzu sind die unterschiedlichsten Messungen in Ruhe, unter Belastung, mit Sauerstoff, mit und ohne Demand-System notwendig. Erst dann kann wirklich über die Sauerstoffflußrate entschieden werden. Die derzeitige pauschalierte Abrechnungssituation lässt zu wenig Zeit für die Patienten. Hier würden wir uns die Entwicklung von Modulen wünschen, um diesen schwer kranken Patienten gerecht zu werden.

Wenn ein Patient bei seinem Hausarzt im DMP eingeschrieben ist, hat er manchmal die Sorge, dass er zu wenig zu seinem Facharzt, dem Pneumologen kommt. Wie ist die Realität?

Meine eindeutige Meinung ist: Als Fachärzte sind wir immer besser, je besser der Hausarzt ist. Wenn der Hausarzt als Koordinator das ganze Jahr mit uns als Pneumologen zusammenarbeitet, ist das die optimale Situation für den Patienten. Der Hausarzt kann nicht alle Maßnahmen selbst durchführen, dafür ist das Spektrum der Diagnostik oder der Medikation viel zu speziell – wobei die leichteren COPD-



Grade fortlaufend ihre Medikamente durch den Hausarzt erhalten und die höheren Schweregrade, insbesondere bei einer Sauerstoffversorgung, kontinuierlich vom Facharzt betreut werden.

Übrigens konnte nachgewiesen werden, dass die Bereitschaft zur Überweisung an den Facharzt innerhalb des DMP beim Hausarzt viel höher ist als ohne DMP.

COPD und Bewegung nimmt einen immer höheren Stellenwert ein – auch bei DMP?

Die nicht-medikamentöse Therapie wurde im DMP inzwischen an die erste Stelle gesetzt. Die Reihenfolge und somit die Bedeutung der Behandlungsformen hat sich geändert. Zuerst wird nun die Tabakentwöhnung, dann die Bewegungstherapie und dann die medikamentöse Therapie benannt.

Sollte ein Patient bei seinem Arzt die Möglichkeit der Teilnahme am DMP selbst ansprechen?

Ich plädiere immer dafür, dass Patienten selber Themen ansprechen. Patienten sollten mehr die Initiative ergreifen. Eine Maßnahme innerhalb des DMP lautet: Ziele vereinbaren. Dies funktioniert jedoch nur, wenn Arzt und Patient eine Handlungseinheit bilden und persönliche Kommunikation stattfindet. Die Arzt-Patienten-Kommunikation ist ein ganz wichtiger Faktor. Meine Meinung dazu lautet: Ein Patient sollte den Arzt wechseln, wenn dieser nicht mit ihm kommuniziert.

... mehr Wissen

www.svr-gesundheit.de

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Seit 1985 analysiert der Sachverständigenrat Entwicklungsprozesse in der gesundheitlichen Versorgung unter medizinischen und ökonomischen Aspekten und zeigt Möglichkeiten zur gezielten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und seiner Finanzierung auf.

www.g-ba.de

Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hier finden Sie die Richtlinien des DMP COPD.

www.awmf.org

Hier finden Sie die Leitlinie zur Tabakentwöhnung – als wissenschaftliche Leitlinie und in einer Patientenversion. Unter Suchen eingeben „Tabakentwöhnung bei COPD“.

Wir sind ELPEN

Wir setzen auf eine effektive
Kontrolle Ihrer Atemwegstherapie.

*„Mein Asthma habe
ich gerne unter Kontrolle.“*

*„Einfach und
kontrolliert. So
soll meine COPD-
Therapie sein“*



Kontrolliert. Inhalieren.



www.elpen-pharma.de



Gut zu wissen

COPD – Patientenschulungen

Im Gespräch mit **Dr. med. Sylva Mitterdiami**, Fachärztin für Allgemeinmedizin in Berlin und Referentin von Train-the-Trainer-Seminaren und COPD-Schulungsseminaren. Bei den Schulungsseminaren werden Ärzte und medizinisches Fachpersonal geschult, um die Berechtigung zu erlangen, Schulungen für COPD-Patienten in Praxen oder Rehakliniken durchzuführen.



Dr. Mitterdiami ist Referentin der Deutschen Atemwegliga e.V. für Seminare des COPD-Schulungsprogramms COBRA für COPD-Patienten, wie auch für NASA, ein spezielles Schulungsprogramm für Asthma-Patienten.

Welche Ziele werden mit einer COPD-Patientenschulung verbunden? Welche Inhalte werden in der Schulung vermittelt?

Ein ganz wichtiges Ziel ist die **Befähigung zu einem besseren Umgang mit der Erkrankung**. Hierzu gehört das Erlernen der **Selbstkontrolle der Erkrankung**, wie z.B. die Feststellung des eigenen Krankheits- bzw. Gesundheitszustandes. Nach der Schulung sollte jeder Patient frühzeitig erkennen können, wann eine akute Verschlechterung (Exazerbation) vorliegt. Dies erfolgt unter anderem mittels eines Peak-Flow-Meters und der Wahrnehmung von Frühsymptomen.

Ein weiteres Ziel der Schulung ist der richtige **Umgang mit Inhalationsgeräten** – also mit Pulver- oder mit Dosieraerosolen. Eine nicht immer einfache Aufgabe, da es sehr viele unterschiedliche Inhalationssysteme gibt. Doch eine Inhalation kann nur dann optimal wirken, wenn sie richtig angewendet wird.

Darüber hinaus werden **Kenntnisse über die Wirkungen und Nebenwirkungen der verabreichten Medikamente** vermittelt. Denn nur, wenn man die Wirkungen und Nebenwirkungen kennt, weiß man z.B. wie oft eine Inhalation vorgenommen oder in welchem Zeitabstand sie eingesetzt werden darf. Diese Aspekte zu erlernen sind wichtig, da manche Medikamente verstärkte Nebenwirkungen zeigen, wenn sie zu oft angewendet werden.

Der **Umgang mit dem Notfall** bzw. einer akuten Verschlechterung wird erlernt sowie die ggf. notwendige Selbstmedikation.

Körperliche Betätigung spielt eine wichtige Rolle bei COPD. Welche entsprechende Betätigung, welcher Sport bei COPD umgesetzt werden kann, ist ebenfalls Inhalt der Schulung. Durchaus geeignet sind Radfahren, Tanzen, Nordic Walking. Doch nicht jeder COPD-Patient kann alle Aktivitäten durchführen oder hat vielleicht auch gar nicht die Möglichkeit, diese wahrzunehmen. Es gilt daher einen praktischen Bezug zu den tatsächlichen Gegebenheiten herzustellen.

Auch die Ernährung und Ernährungsbesonderheiten sollten angesprochen werden. Hier ist vor allem immer die individuelle Situation und somit differenzierte Betrachtungsweise zu berücksichtigen. Manche Patienten müssen sich gezielt kalorienreich ernähren, andere wiederum kalorienarm oder besonders nährstoffreich.

Wie gestaltet sich eine Patientenschulung zeitlich?

Idealerweise handelt es sich bei einer COPD-Patientenschulung um drei Schulungseinheiten an verschiedenen Tagen mit jeweils zwei Stunden Unterricht. Da es sich bei der COPD um ein komplexes Thema handelt, ist eine Schulung, die an einem Tag über sechs Stunden durchgeführt wird, nicht sinnvoll.

Es ist notwendig, sich mit dem Thema COPD auseinander zu setzen, zu reflektieren, Fragen zu stellen. Die Schulung lebt von der Redundanz, von der Wiederholung. Schulungen mit drei Schulungseinheiten sind daher sehr gewünscht.

Lediglich in Gegenden, wo die Organisation von drei Schulungseinheiten aufgrund der regionalen Lage nicht machbar ist, sollten zwei Schulungseinheiten mit jeweils drei Stunden angeboten werden.

Wie sieht die praktische Umsetzung aus?

Nimmt der Patient an einem DMP-Programm teil, so ist die Teilnahme an einer Schulung kostenfrei und Bestandteil der strukturierten Versorgung. Ebenso werden Schulungen im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme kostenfrei durchgeführt.

Welche Möglichkeiten haben Patienten darüber hinaus an einer Schulung teilzunehmen und welche Kosten sind in der Regel damit verbunden?

Es besteht immer die Möglichkeit, bei der Krankenkasse einen Antrag auf Einzelleistungsvergütung zu stellen –

dies sind Leistungen, die man normalerweise nicht generell von der gesetzlichen Krankenkasse erhält.

Die Kosten für eine komplette Schulungsmaßnahme betragen € 150,--.

Sprechen Sie Ihren behandelnden Arzt darauf an, dass Sie an einer Patientenschulung teilnehmen möchten.

Für das Krankheitsbild der COPD werden verschiedene Schulungsprogramme angeboten. Was sollten Patienten hierzu wissen?

Autoren von Schulungsprogrammen müssen zuerst innerhalb von Studien den Nachweis erbringen, dass diese einen positiven Effekt bewirken. Dann können Schulungsprogramme beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einen Antrag für eine Akreditierung stellen. Der Vorgang der Zulassung ist sehr komplex.

Die Regulierung der Schulungen erfolgt länderspezifisch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), da die vertragliche Abwicklung eine Vereinbarung jeweils zwischen den Krankenkassen und der KV ist.

Ebenfalls länderspezifisch geregelt sind mögliche Nachschulungen.

Da der Arzt Vertragspartner der KV für die Durchführung der Schulungen ist, ist er auch der richtige Ansprechpartner für Patienten zu diesem Thema.

Wie erfolgt eine möglichst intensive Nachhaltigkeit des Erlernten?

Für die COBRA-Schulung gibt es ein Patientenbegleitbuch, das während der Schulung den Teilnehmern mitgegeben wird. Dort kann der Patient immer wieder einmal nachlesen, was in der Schulung vermittelt wurde.

Darüber hinaus erhält der Patient weiteres Material zum Nachlesen – unter anderem auch von seiner Krankenkasse wie z.B. Informationsbroschüren, Newsletter, Patientenbücher.

Welche Befähigungen müssen „Trainer“ von Patientenschulungen nachweisen?

Das Schulungspersonal – dabei handelt es sich um Ärzte und medizinisches Fachpersonal – wird speziell qualifiziert und erhält zuerst ein Train-the-Trainer-Seminar.

Hierbei werden den „Trainern“ pädagogisch didaktische Fähigkeiten, Gesprächstraining vermittelt und durchge-

führt, wobei Schulungssituationen erarbeitet, simuliert dargestellt und im gemeinsamen Gespräch reflektiert werden.

Ist es flächendeckend möglich, an Schulungen teilzunehmen?

Ich glaube, dass Interessierte immer eine Möglichkeit finden werden, an einer Schulung teilzunehmen. Wir haben in Deutschland bereits sehr viele Ärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen haben. Bei den Hausärzten sind es derzeit noch nicht so viele, doch wir bilden kontinuierlich weitere Ärzte aus.

... mehr Wissen

www.bundesversicherungsamt.de/druckversion/weitere-themen/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html

Zugelassene Schulungsprogramme Stand Februar 2015:

seit 09/2005

Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA) bzw. AFBE = Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem

seit 01/2008

Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell

seit 04/2008

COPD-Patientenschulung / ATEM

www.lungenatlas.de

Bundesweites Lungenarztverzeichnis des Bundesverbandes der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner. Unter Pneumologen, Leistungsangebot finden Sie aktuell (Stand 16.08.2015) insgesamt 521 Ärzte, die COPD-Patientenschulungen anbieten.

www.pneumologenverband.de/207.html

Informationen zu Schulungsmaterial des Bundesverbandes der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner.

Begleitbuch: Meine COPD habe ich im Griff!

Begleitbuch zum Schulungsprogramm COBRA
Deutscher Ärzte Verlag,
Mai 2007, ISBN 978-3769170955

Die akute Verschlechterung



Im Mittelpunkt des diesjährigen 47. Bad Reichenhaller Kolloquiums (www.kolloquium-br.de) stand „Die akute respiratorische Verschlechterung“. Der medizinische Fachbegriff hierfür lautet: „Exazerbation“. Ein Thema, das vielen Patienten Sorge bereitet, da Exazerbationen sich möglicherweise ungünstig auf den weiteren Verlauf der Erkrankung auswirken können.

Das Bad Reichenhaller Kolloquium ist eine der wichtigsten, jährlich stattfindenden, ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen im Bereich der Pneumologie unter der Leitung von Professor Dr. Rainer Willy Hauck, Altötting.

Die insgesamt 12 verschiedenen Vorträge zur Exazerbation in Bad Reichenhall standen unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. Winfried J. Randerath, Chefarzt der Klinik für Pneumologie und Allergologie am Krankenhaus Bethanien in Solingen.



Im Gespräch mit **Professor Randerath** fokussieren wir uns auf Exazerbationen bei **COPD und Lungenemphysem**. Am Ende des Gesprächs wird zudem auch auf Exazerbationen bei **Lungenfibrose** eingegangen.

Können Sie uns zunächst einmal erläutern, was unter einer akuten Verschlechterung zu verstehen ist? Welche Anzeichen deuten auf das Vorliegen einer Exazerbation hin?

Da die COPD grundsätzlich einen chronischen Verlauf nimmt, gilt es zwei Formen der Verschlechterung zu unterscheiden:

Die üblichen Schwankungen innerhalb eines Tagesverlaufs oder z.B. auch bedingt durch feuchte Witterung. Diese „normalen“ Schwankungen bzw. Verschlechterungen bessern sich nach kurzer Zeit wieder.

Eine Verschlechterung im Sinne einer Exazerbation geht jedoch deutlich über das Maß dieser täglichen Schwankungen hinaus und bessert sich nicht, sondern bleibt bestehen. Der Patient verspürt mehr Luftnot, Husten oder Auswurf. Dabei ist der Auswurf oftmals verfärbt. Auch die Leistungsfähigkeit ist eingeschränkt.

Diese anhaltende Veränderung der Symptomatik ist für den Patienten eindeutig wahrnehmbar und Anlass, den behandelnden Arzt aufzusuchen. Der Arzt wird dann entscheiden, ob medizinisches Handeln, d.h. eine ergänzende Therapie, notwendig ist.

Eine Exazerbation wird definiert aus dem Zusammenreffen einer deutlichen Verschlechterung der Symptome mit der Notwendigkeit, medizinisch zu intervenieren.

Exazerbationen treten unterschiedlich häufig auf. Sie können zwischen 0, also keimnal, und bis zu 3 – 4 Mal im Jahr vorkommen und halten dann jeweils für zwei bis drei Wochen an.

Was können Patienten tun, um eine Exazerbation möglichst zu vermeiden?

Das wichtigste, was man tun kann ist, sich mit seiner Krankheit auseinanderzusetzen.

Weiterhin sind Maßnahmen besonders wichtig, die die chronische Dauersituation so stabil wie möglich halten. Dazu zählen an vorderster Stelle: nicht rauchen und körperliche Aktivität.

Auch Patienten mit ganz schlechter Lungenfunktion können und sollten körperlich aktiv sein. Durch körperliche Aktivität verbessert sich langfristig sowohl die Lebensqualität wie auch die Prognose des Überlebens. Die Teilnahme an einer Lungensportgruppe ist also sehr sinnvoll.



Auch Atemübungen, die Patienten in der Physiotherapie erlernt haben, können in kritischen, d.h. sich verschlechternden Situationen helfen, die Atmung zu erleichtern.

Wie sollen sich Patienten verhalten, wenn sie den Eindruck haben, dass eine Exazerbation vorliegt? Wie sollte man sich auf solch eine Situation vorbereiten?

Eine Exazerbation ist nicht vergleichbar mit z.B. einem Insektengift-Schock oder einem schweren Asthmaanfall. Es ist also keine schnelle, schlagartige Entwicklung innerhalb von Sekunden. Eine Exazerbation bahnt sich in der Regel langsam innerhalb von ein, zwei Tagen an.

Häufig geben Patienten an, dass sie bereits seit Tagen Verschlechterungen verspüren. Sie warten einige Tage, bis sich der Eindruck einer verschlechternden Situation gefestigt hat und nehmen dann Kontakt mit ihrem Arzt auf.

Verspüren Sie deutliche Verschlechterungen über das normale Maß der täglichen Schwankungen hinaus, wenden Sie sich an Ihren behandelnden Arzt.

Für die erste Linderung der Symptome, insbesondere der Luftnot, und Überbrückung bis zum Arzttermin sollte jeder Patient ein schnellwirksames Medikament zur Inhalation bei sich führen, das die Bronchien öffnet. Hierbei handelt es sich entweder um ein schnellwirksames Betamimentikum oder ein schnellwirksames Anticholinergikum.

Natürlich kann es Situationen geben, in denen ein Arzt schwieriger erreichbar ist wie z.B. im Ausland, mit möglicherweise hinzukommenden Sprachschwierigkeiten. Für Situationen in denen ein Arzt nicht innerhalb eines Tages aufgesucht werden kann, kann es sinnvoll sein, ein Rezept oder sogar eine Verordnung für ein Kortisonpräparat und eventuell ein Antibiotikum vom behandelnden Arzt zu erhalten. Die Verordnung sollte genau



aufzeigen, wie die Präparate anzuwenden und für welche Situation sie geeignet sind.

Exazerbationen können trotz bereits umfassender Therapie auftreten, was sind die häufigsten Ursachen?

Die häufigsten Ursachen sind eindeutig Infekte, bedingt durch Krankheitserreger wie Viren oder Bakterien, denen wir überall in unserer Umgebung ausgesetzt sind. Infekte können bei Patienten mit COPD zu einer Exazerbation führen.

Über die Hälfte der Exazerbationen werden durch Infektionen verursacht.

COPD und Lungenemphysem gehen zudem häufig mit mehreren Begleiterkrankungen wie z.B. Erkrankungen, die das Herz-Kreislauf-System betreffen, einher. Eine Exazerbation kann somit auch in Zusammenhang mit einer Begleiterkrankung bzw. einer Verschlechterung der Begleiterkrankung wie z.B. einer Herzschwäche stehen.

Auch Adipositas, d.h. ein schwergradiges Übergewicht, kann Einfluss auf Exazerbationen haben. Warum ist Adipositas eine Belastung für das Atemsystem?

Adipositas stellt in verschiedener Hinsicht eine Belastung für die Atmung dar. Übergewichtige Menschen müssen mehr atmen, mehr Atemarbeit leisten, da das zusätzliche Gewebe, das sie durch ihr Übergewicht haben, bewegt und auch mit Sauerstoff und Energie versorgt werden muss. Gleichzeitig muss mehr durch den Abbau der Energie (des Zuckers und des Fetts) produziertes CO₂ abgeatmet werden. Das bedeutet, dass adipöse Patienten ihren Körper auf einem höheren Leistungsniveau halten, als dies vergleichsweise bei schlanken Patienten der Fall ist.

Das Übergewicht alleine fordert vom Patienten mehr Atemungsarbeit, die Dehnung des Brustkorbs fällt durch das Übergewicht schwerer.

Die Atemmuskulatur wird somit in mehrfacher Hinsicht belastet. Bei einem Patienten mit eingeschränkter Lungenfunktion und kleinerem Lungenvolumen, addieren sich dann diese Effekte.

In dieser Situation befindet sich der Patient in einem Teufelskreis: Der Betroffene hat Luftnot und schont sich deswegen fälschlicherweise. Weil er krank ist, möchte sich die Familie besonders kümmern, Wege ersparen – etwa nach dem Motto: „Bleib sitzen, ich hole Dir was Du brauchst.“ Der Patient bewegt sich noch weniger, nimmt jedoch die gleiche Menge Nahrung zu sich und weiter an Gewicht zu.

Die Folge ist eine weitere Belastung der Atmung und noch mehr Luftnot.

Letztendlich kann hier nur eine Gewichtsreduktion sowie körperliche Aktivität zu einer besseren Lebensqualität führen.

Womit wir beim nächsten Thema sind: Bewegung. Neben der Einleitung einer spezifischen medikamentösen Therapie bei einer Exazerbation wurde in Bad Reichenhall auch das Thema Bewegung als weitere therapeutische Maßnahme angesprochen. Welche Rolle kann die Bewegung auch bei Exazerbationen einnehmen?

Bewegung ist ein wichtiger Faktor und um ehrlich zu sein, wahrscheinlich wichtiger als alle Medikamente und alle anderen Maßnahmen. Körperliche Aktivität hat drei positive Effekte:

1. Bei körperlicher Aktivität müssen wir tiefer atmen, das heißt wir nutzen Lungenabschnitte, die wir normalerweise in Ruhestellung haben, zusätzlich für unsere Atmung und können unseren Körper besser mit Sauerstoff versorgen.
2. Bei höherer Aktivität arbeiten die Muskeln auch effektiver. Das heißt die Zellen kommen mit dem zur Verfügung stehenden Sauerstoff besser aus, sie sind besser trainiert und können das Angebot besser ausschöpfen.
3. Darüber hinaus hat körperliche Aktivität natürlich sehr viele psychische und hormonelle Auswirkungen. Während wir uns bewegen, schütten wir Hormone aus, die uns glücklich machen, die uns stimulieren, die Lebensfreude mit sich bringen.

Da viele Patienten mit COPD auch unter begleitenden depressiven Symptomen leiden, können diese Botenstoffe die psychischen Faktoren positiv beeinflussen. Wird Bewegung innerhalb einer Lungensportgruppe wahrgenommen, kann die Gemeinschaft zusätzlich soziale Kontakte und somit positive Einflüsse bieten.

Körperliche Aktivität hat also sowohl in rein organischer Hinsicht – besserer Sauerstoff, besserer Umgang mit dem zur Verfügung stehenden Sauerstoff, Freisetzung von Botenstoffen und somit Stimulation anderer Organe – als auch im Hinblick auf psychische und soziale Komponenten positive Auswirkungen.

Die Rehabilitationsforschung, die in Deutschland ein sehr hohes Niveau erreicht hat, konnte bereits vielfältig in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten zeigen, dass Rehabilitation – und dazu gehört neben einem ganzen Portfolio von Maßnahmen auch die körperliche Aktivität – positive Effekte erzielen kann. Dies gilt insbesondere für die stationäre Rehabilitation, doch auch der Bereich der ambulanten Rehabilitation beginnt sich derzeit zu entwickeln.

Über einige Maßnahmen zur Vermeidung von Exazerbationen haben wir bereits gesprochen. Was ist darüber hinaus wichtig, um Exazerbationen vorzubeugen?

Impfungen sind zur Prävention sehr wichtig. Sowohl die jährliche Gripeschutzimpfung wie auch die Pneumokokken-Impfung sind für COPD-Patienten sehr zu empfehlen.

Auch die persönliche Hygiene spielt eine bedeutende Rolle. Verzichten Sie auf das Händeschütteln oder waschen Sie sich häufig und gründlich die Hände. Diese Maßnahmen sollten Sie immer berücksichtigen, denn damit können wirklich viele Infekte vermieden werden. Manche Patienten nehmen auch kleine Desinfektionsfläschchen für unterwegs in der Handtasche mit und desinfizieren sich ab und zu die Hände.

Diese Empfehlungen sollte man jedoch keinesfalls so umsetzen, dass man sich unter die „Käseglocke“ stellt und keine Kontakte mehr wahrnimmt. COPD-Patienten brauchen – wie jeder andere Mensch auch – soziale Kontakte. Vermeiden Sie lediglich Kontakte mit Menschen, die gerade an einer Erkältungskrankheit leiden.

Mit Impfungen und hygienischen Maßnahmen kann man einen großen Teil von Infekten vermeiden.

Bei Patienten mit einer Lungenfibrose können die Auswirkungen einer Exazerbation ungünstiger verlaufen als dies in der Regel bei einer COPD der Fall ist. Was ist daher besonders wichtig für Lungenfibrose-Patienten zu wissen und worauf sollten sie speziell achten?

Bei einer Lungenfibrose handelt es sich um ein völlig anderes Bild einer Exazerbation. Exazerbationen im Rahmen der Lungenfibrose können schwerwiegender verlaufen als bei einer COPD. Bei ersten Anzeichen ist es daher zwingend notwendig, umgehend den behandelnden Arzt oder das behandelnde pneumologische Zentrum zu informieren.

Patienten mit einer Lungenfibrose sollten daher besonders aufmerksam bei Anzeichen einer Verschlechterung sein und diese auf keinen Fall bagatellisieren.

Symptome einer Exazerbation sind eine allgemeine Verschlechterung der Situation, des Allgemeinzustandes und eine Zunahme der Luftnot.

Wichtig zu wissen ist, dass bei einer Lungenfibrose Exazerbationen auch in einem frühen Stadium der Erkrankung auftreten können – die Patienten befinden sich also nicht immer im weit fortgeschrittenen Stadium.

Eine Exazerbation kann in jedem Stadium der Erkrankung auftreten.

Welche Auslöser zu einer Exazerbation führen, ist derzeit wissenschaftlich noch nicht geklärt. Ob dabei bakterielle Infekte eine Rolle spielen, ist bisher nicht bekannt.

Gut vorbereitet

Umgang mit einer Verschlechterung

Wenn die Erkrankung entsprechend des Schweregrades der COPD medikamentös behandelt wird, eine Schulung im Umgang mit der Erkrankung stattgefunden hat und somit eine bessere Selbstkontrolle möglich ist, wird die Wahrscheinlichkeit einer akuten Verschlechterung mit einhergehender Atemnot geringer ausfallen.

Sie sind gut vorbereitet:

- Sie haben den Notfall-Plan, was bei einer akuten Verschlechterung zu tun ist, intensiv mit Ihrem Arzt besprochen, so dass keine Frage mehr offen ist. Optimalerweise sind alle notwendigen Informationen, z.B. welches Medikament in welcher Dosierung eingesetzt wird, schriftlich erfasst und liegen Ihnen vor (z.B. in einem Ausweis / COPD-Pass oder ähnliches).
- Sie haben sich aktiv, das heißt zu Hause im Nachgang zum Arztgespräch nochmals in Ruhe mit der Anwendung vertraut gemacht, am besten zusammen mit Ihrem Partner, und können somit mit möglichst großer Ruhe die notwendigen Maßnahmen ergreifen.
- Ihr Notfall-Etui mit den Medikamenten und der Anleitung ist stets Ihr Begleiter, egal wo Sie sind, und immer griffbereit in Ihrer Nähe.

Akute Verschlechterungen kündigen sich in den meisten Fällen an. Anzeichen wie zunehmende Atemnot, vermehrter Husten, Gefühl der Enge in der Brust, Zunahme und Verfärbung des Auswurfs, ggf. schlechtere körperliche Belastung sowie in manchen Fällen Fieber treten zu meist nach und nach auf.

Anwendung des Notfallsprays:

- Inhalieren Sie zwei Hübe des Notfallsprays.
- Warten Sie ca. 10 Minuten. Atmen Sie ruhig, nutzen Sie die Lippenbremse, atemerleichternde Stellungen und/oder Entspannungsübungen.
- Wenn keine Besserung eingetreten ist, inhalieren Sie weitere zwei Hübe des Notfallsprays und ggf. nach Absprache mit Ihrem Arzt zusätzliche Medikamente – gemäß Notfall-Plan.
- Warten Sie erneut ca. 10 Minuten.
- Klingen die Beschwerden ab und bessert sich der Wert, setzen Sie die normale Medikation fort und suchen Sie schnellstmöglich den behandelnden Arzt auf.
- Klingen die Beschwerden nicht ab oder nehmen sie eher zu, rufen Sie den Notarzt an.

Quelle: Ratgeber Inhalieren bei COPD und Lungenemphysem ...richtig inhalieren bedeutet profitieren, COPD - Deutschland e.V. (www.copd-deutschland.de) und Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland (www.lungenemphysem-copd.de), 5. Auflage 2015



Infektionen

Wenn Viren, Bakterien oder Pilze die Atemwege befallen



Durch Atemwegsinfekte kommt es bei COPD-Patienten zu einer plötzlichen Verschlechterung der Lungenfunktion und der Krankheitssymptome (Exazerbation). Für COPD-Patienten stellen akute Exazerbationen eine potenziell lebensbedrohliche Erkrankung dar, die mit einer erhöhten Sterblichkeit verbunden sind. Mittelschwere Krisen bedürfen der Krankenhausbehandlung und sehr schwere Exazerbationen sogar der Intensivtherapie. Nach Abklingen der akuten Exazerbation erreichen viele Patienten häufig nicht wieder ihren ursprünglichen Gesundheitszustand.

Etwa die Hälfte der akuten COPD Exazerbationen - nach Einschätzung einiger Experten auch mehr - ist infektiös bedingt, zumeist sind es virale Infektionen. Erfolgreiche Behandlungsstrategien sind die Impfung bei Virusinfekten, die antibiotische Behandlung bei Infekten durch Bakterien und moderne Pilzmittel bei Pilzinfektionen. Es kommt darauf an, die Ursache von Infektionen zu erkennen und Vorsorge zu treffen. Infekte mit Viren und Bakterien oder Pilzen kommen oft gemeinsam vor, das eine schließt also das andere nicht aus.

Viren

Viruserkrankungen der Atemwege sind derart häufig, dass eine Ansteckung schwer zu vermeiden ist. Infizierte Patienten verbreiten die Erreger durch Niesen und Husten über die Luft. Besonders in der kalten Jahreszeit steigt die Infektionsrate an, manchmal explosionsartig als Epidemie. Im Gegensatz zu Bakterien sind Viren nicht alleine lebensfähig, sondern befallen vorhandene Zellen, in denen sie sich vermehren. Es ist daher vergleichsweise schwierig, Medikamente gegen Viren zu entwickeln. Am erfolgreichsten sind Impfungen, die das Immunsystem gegen den jeweiligen Virustyp „scharf“ machen. Dadurch kommt es bei Kontakt mit dem Virus zu einer Immunre-

aktion, die die Krankheit verhindert, bevor sich das Virus in seiner Wirtszelle festsetzen kann.

Viren sind meist Wegbereiter bakterieller Infektionen, da sie befallene Wirtszellen zerstören und damit den Weg für Bakterien freimachen. Auf den Virusinfekt folgt dann der bakterielle Infekt. Auch für Asthmatiker sind Virusinfekte problematisch, da sie durch die Entzündung der Atemwege Asthmaanfälle provozieren können.

Gegen Viruserkrankungen der Atemwege helfen am besten Impfungen und allgemeine Hygienemaßnahmen, um eine Ansteckung zu vermeiden. Zudem kann das Immunsystem durch gesundheitsbewusstes Verhalten (Sauna, Wechselduschen, Bewegung im Freien, adäquate Kleidung) gestärkt werden. Inwieweit Nahrungsergänzungsmittel (Vitamin C, Selen) oder die Einnahme von Aspirin zur Infektvermeidung beitragen, ist strittig.

Bakterien

Für Patienten mit Atemwegserkrankungen spielen die klassischen Erreger der Lungenentzündung nach wie vor die Hauptrolle. *Streptococcus pneumoniae* ist der häufigste bakterielle Auslöser für eine Lungenentzündung. Zwar ist nur eine kleine Gruppe von Patienten von so genannten Problemkeimen betroffen, jedoch nehmen die bakteriellen Infektionen mit Krankenhauskeimen zu.

Die Diagnostik der Erreger erfolgt in erster Linie über die Untersuchung von Sputum (Speichel). Für die Beurteilung ist jedoch die Zeit zwischen dem Abhusten des Schleims und der Untersuchung im Labor wesentlich. Sie sollte drei Stunden nicht überschreiten. Wenn die Sputumprobe länger gelagert wird, wuchern Bakterien, die für die Krankheit nicht verantwortlich sind und verdrängen die Krankheitskeime, die dann nicht mehr erkannt werden. Im Blut lassen sich Entzündungsmarker bestimmen, eine Lungenentzündung kann man im Röntgenbild erkennen. Klinisch sieht der Auswurf gelb oder grünlich aus und es kann Fieber auftreten.

Die Behandlung mit Antibiotika ist für bakterielle Infektionen die wesentliche Maßnahme. Kortison wird zur Abschwellung der Bronchialschleimhaut und somit Linderung der Atemnot bei COPD eingesetzt und sollte fünf Tage nicht überschreiten. In einzelnen Fällen kann eine Dauerantibiose über 6 Monate mit Azithromycin verordnet werden um häufige bakterielle Infekte zu vermeiden.

Impf 2 bei Asthma oder COPD

**Gegen
Lungenentzündung*
und gegen Grippe**

*durch Pneumokokken verursacht

Menschen mit chronischen Lungen-
erkrankungen wie Asthma oder
COPD haben weniger Abwehrkräfte
als Gesunde. Bakterien und Viren
haben dann leichteres Spiel. Durch
Ansteckung mit Pneumokokken-
Bakterien können Sie beispielsweise
eine lebensgefährliche Lungen-
entzündung bekommen.

Sie können sich schützen:

Einmalige Pneumokokken-Impfung
zusätzlich zur Grippeimpfung. Beide
Impfungen sind bei Asthma oder
COPD kostenfrei.

Fragen Sie beim nächsten Arztbesuch
nach den Impfungen – bringen
Sie dazu bitte Ihren Impfpass mit.



www.impf2.de

Pilze

Pilze sind äußerst erfolgreiche Lebewesen, die die ganze Welt besiedeln – von der Antarktis bis zur Wüste Gobi konnten Pilze nachgewiesen werden. Nur wenige Pilze sind jedoch in der Lage, im menschlichen Körper Schaden anzurichten. Für gesunde Menschen sind Pilzsporen in der Regel harmlos. Ein Nachweis von Pilzsporen in den Atemwegen bedeutet deshalb noch lange nicht, dass eine Pilzinfektion vorliegt. Pilze im Darm und auf der Haut gehören sogar zur normalen Keimbildung. Es gibt jedoch Erkrankungen, die das Eindringen von Pilzen – und damit eine Pilzinfektion – erst ermöglichen. Dazu gehören Krankheiten, die das Immunsystem schwächen wie z.B. Krebs, HIV oder angeborene Immundefekte. Auch Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen, wie die Cystische Fibrose (Mukoviszidose) oder Tuberkulose leiden unter Pilzinfektionen, weil der zähflüssige Schleim in ihren Bronchien nur schwer abtransportiert werden kann und daher einen guten Nährboden für Krankheitserreger darstellt, oder eine Höhle im Lungengewebe entsteht, in der ein Pilzball wachsen kann. Eine wichtige Rolle für die Entstehung von Pilzkrankheiten spielen auch Medikamente, die das Immunsystem unterdrücken – wie z.B. Kortison.



Erstinformationen:
Zum Vortrag von
Professor Dr. Susanne Lang
Chefärztin der Medizinischen Klinik II am SRH Wald-Klinikum Gera

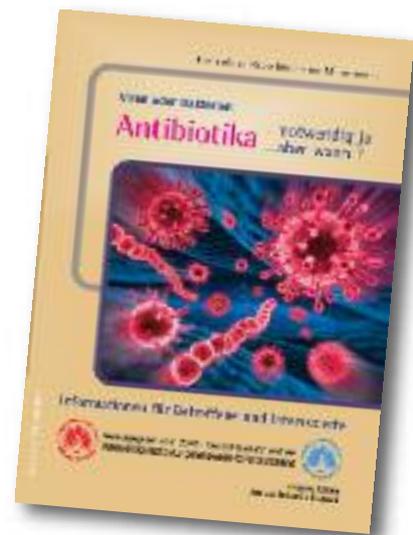
Hier erfahren Sie noch mehr ...

8. Symposium Lunge am Samstag, 12. September 2015 von 9:00-17:00 Uhr in Hattingen (NRW).

In ihrem Vortrag wird Prof. Lang detailliert erläutern, welche Krankheitsbilder und Beschwerden mit einer Infektion durch Hefepilze (Candida) sowie durch Schimmelpilze (Aspergillen) verbunden sind.

Passend zum Thema hat der COPD-Deutschland e.V. in Zusammenarbeit mit der Patientenorganisation Lungemphysem-COPD Deutschland einen Patientenratgeber mit dem Titel

„Viren oder Bakterien: Antibiotika – notwendig ja.....aber wann?“ herausgegeben, den Sie sich auf dem Symposium (im Ausstellungszelt 3 am Stand 1) kostenlos mitnehmen können.



Anzeige

KLINIKEN SÜDOSTBAYERN



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

Wir sind als Akutklinik kompetent für:

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

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

Zentrum Innere Medizin
Kreisklinik Bad Reichenhall T 08651 / 772 - 401
Riedelstr. 5 E rw.hauck@bgjmed.de
83435 Bad Reichenhall www.kreisklinik-badreichenhall.de

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

Wir halten für Sie bereit:

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

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



Die wirksamste Maßnahme Hand in Hand! Für Ihre Sicherheit!

Was ist eine Händedesinfektion?

Unter einer Händedesinfektion versteht man das Einreiben der Hände mit einem auf Alkohol basierendem Desinfektionsmittel. Dieses Desinfektionsmittel ist speziell für die Anwendung an den Händen entwickelt worden. Dabei werden die auf den Händen befindlichen Erreger (z.B. Bakterien und Viren) abgetötet.

Alle Mitarbeiter eines Krankenhauses, insbesondere medizinisches Personal mit direktem Kontakt zu Patienten sollten eine Händedesinfektion durchführen.

Aktion Saubere Hände

Seit 2008 setzt sich die „AKTION Saubere Hände“ für mehr Händedesinfektion in Krankenhäusern und anderen Institutionen ein. Mit dem Motto – Hand in Hand! Für Ihre Sicherheit“ – wollen die Initiatoren darauf aufmerksam machen, dass sich jeder vor Infektionen mit Krankenhauskeimen schützen kann.

„Patienten, deren Angehörige und das Personal können gemeinsam dazu beitragen, dass es weniger nosokomiale Infektionen im Krankenhaus gibt. Dazu gehört zum Beispiel mehr Aufmerksamkeit, ob die Regeln für die Händehygiene in einem Krankenhaus auch am Patientenbett eingehalten werden“, formuliert Professor Dr. Petra Gastmeier, fachliche Leiterin der Aktion und Leiterin des Nationalen Referenzzentrums für die Surveillance nosokomialer Infektionen, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hygiene- und Umweltmedizin. Eine Übertragung von relevanten Erregern, wie zum Beispiel Methicillin resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) oder auch resistente gram negative Erreger, findet in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch direkten körperlichen Kontakt statt. Deshalb sei die Händedesinfek-



tion auch die wirksamste Maßnahme, um eine Übertragung der Erreger zu vermeiden. Eine solche Händedesinfektion sollten zum Beispiel Angehörige vor und nach einem Krankenhausbesuch durchführen und zwar unmittelbar bei Betreten und nach Verlassen des Patientenzimmers. In vielen Krankenhäusern hängen an den Eingängen bereits Spender mit Desinfektionsmitteln, um alle Besucher auf die Notwendigkeit der Händedesinfektion aufmerksam zu machen.

Die Kampagne „Hand in Hand“ hat zum Ziel, in Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen ein Klima zu unterstützen, in dem sich Patienten, Angehörige und das Personal als Partner verstehen und gemeinsam an einem guten Behandlungsergebnis arbeiten.

Träger der Aktion sind das Nationale Referenzzentrum für die Surveillance nosokomialer Infektionen, das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Weitere Informationen finden Sie unter www.aktion-sauberehaende.de und in der Broschüre „Prävention von Krankenhausinfektionen und Infektionen durch multiresistente Erreger“ unter www.aps-ev.de.

Quelle: AKTION Saubere Hände, Auszug der Erstpublikation Patientenzeitschrift Chirurgie 2014





Atemnot

Umgang mit der Erkrankung

Anlässlich einer Veranstaltung hatte die Redaktion die Möglichkeit, mit **Carol Anne Withbread** zu sprechen. Carol Anne ist 55 Jahre alt, lebt in Isle of Grain, Kent in England und erhielt die Diagnose COPD 2010. Sie ist eine pensionierte Zivil-Beamtin der Londoner Polizei (civil servant metropolitan police) und hat zwei Erwachsene Söhne sowie acht Enkelkinder.

Welche Bedeutung, welche Auswirkungen hatte Atemnot vor der Diagnose für Ihren Lebensalltag?

Als ich das erste Mal bemerkt habe, dass irgendetwas nicht stimmt, trainierte ich gerade, da ich für meine Arbeit körperlich fit sein musste. Ich hatte gerade einen 500m Lauf beendet und bekam nicht genug Luft. Es war sehr beängstigend für mich, da ich es nicht schaffte, meine Lungen mit Luft zu füllen, obwohl ich es versuchte. Das war das erste Anzeichen, dass etwas nicht stimmte. Zuvor hatte ich nur gedacht, ich sei nicht ganz fit.

Haben Sie das Symptom der Atemnot mit COPD, mit einer Lungenerkrankung, in Verbindung gebracht? Was bedeutete die Diagnose für Sie?

Obwohl ich wusste, dass etwas nicht stimmte, habe ich nicht erwartet, dass mir jemand sagt, ich hätte eine Lungenerkrankung. Als mir gesagt wurde es wäre COPD, hatte ich keine Ahnung was das ist. Ich hatte nie zuvor davon gehört, aber ich kannte das Emphysem.

Bei COPD ist das Inhalieren von Wirkstoffen die häufigste und erfolgreichste Therapieform. Welche Erfahrungen haben Sie gemacht, bis Sie das für Ihre Anforderungen richtige Inhalationsgerät gefunden haben?

Die ersten Geräte, die ich nutzte, schienen nicht besonders gut zu funktionieren. Ich fand, dass der Wirkstoff nur bis zu meiner Rachenwand oder in meinen Mund gelangte und dabei einen furchtbaren Geschmack hinterließ. Nachdem ich mit meinem Hausarzt darüber gesprochen habe, wurden die Geräte gegen einen für meine Anforderungen besseren Inhalator getauscht, der das Problem beseitigte. Den benutze ich heute noch.

Welche Rolle spielt die Atemnot bei dem Vorgang einer Inhalation?



Mit einigen Inhalatoren kann es sehr schwierig sein, zu inhalieren. Wenn einem das Atmen schwerfällt, ist es schwierig einen schnellen, langen Atemzug zu nehmen, damit die ganze Dosis des Medikaments bis in die Lungen gelangen kann. Es ist daher wichtig, das man mit dem Inhalationsgerät, was man individuell einsetzt, wirklich zurecht kommt.

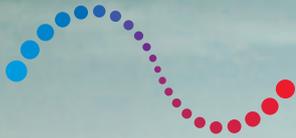
Wie leben Sie heute mit der Erkrankung und mit der Atemnot?

Mein Leben hat sich nun dramatisch verändert. Ich kann nicht mehr arbeiten und bin eingeschränkt in vielen Dingen des alltäglichen Lebens, die jeder zu tun hat, wie z.B. Einkaufen. Ich komme alleine nicht mehr zurecht und brauche Hilfe beim Tragen und Wegpacken. Duschen ist ein weiterer Bereich, bei dem ich nun einen Stuhl nutze, um mich zu setzen, falls ich durch die Anstrengung zu sehr außer Atem gerate.

Wenn ich aufgrund von irgendeiner Betätigung außer Atem komme, atme ich mit gespitzten Lippen, d.h. ich atme langsam durch den Mund aus, wie wenn ich pfeifen würde. Das verlangsamt die Atmung und man erhält wieder Kontrolle.

Mit der Zeit habe ich gelernt, mich auf die täglichen Herausforderungen, denen ich ausgesetzt bin, einzustellen und anzupassen. Und manchmal muss man einfach die Tatsache akzeptieren, dass heute ein Tag ist, an dem man nichts tun kann, außer zu Hause zu bleiben und sich auszuruhen.

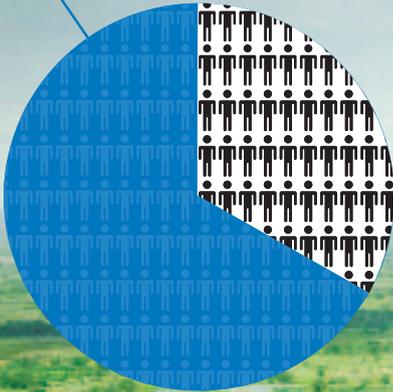
Das Gespräch wurde im Nachgang des COPD Media Launch Event „Inspired today – aspiring for tomorrow“, Boehringer Ingelheim, 1. Juli 2015 geführt.



ResMed | Healthcare

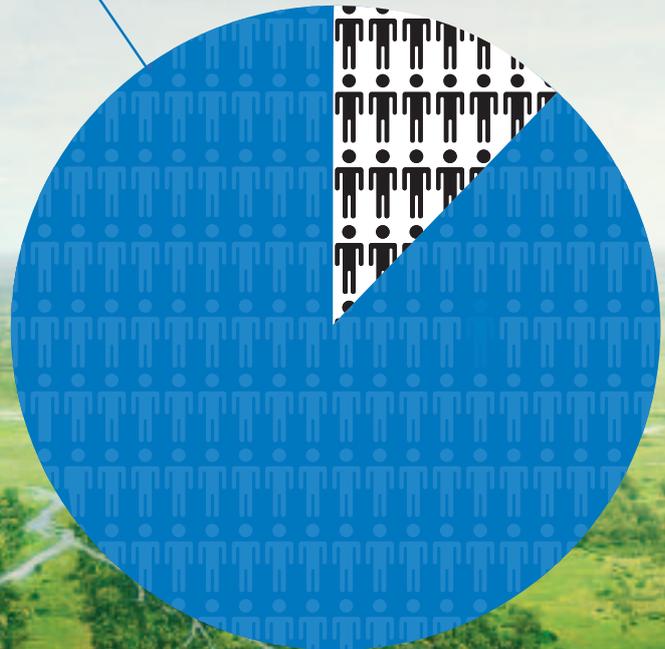
67% Überlebensrate ohne NIV

Kontrollgruppe (93 Patienten)



88% Überlebensrate mit NIV

NIV-Therapiegruppe (102 Patienten)



Stellar™ 150

-  12-Monats-Sterblichkeit
-  12-Monats-Überlebensrate

Außerklinische Beatmung bei hyperkapnischer COPD erhöht Lebenserwartung und Lebensqualität*

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

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

ResMed.de

Inhalationen

Die „Tabletten“ der Atemwegserkrankungen

Welcher Patient mit Atemwegserkrankungen kennt das nicht? Da erhält man wieder ein anderes neues Medikament zum Inhalieren, obwohl man eigentlich schon viele daheim hat. Das Medikament ist auch noch in so einem kleinen, neuen Gerät enthalten. Und eigentlich nimmt man ja sowieso bereits viele Tabletten, was sollen also noch die Inhalationen? Belasten diese denn nicht zusätzlich den Magen? Und zu klein ist die Gebrauchsanweisung zur Benutzung des Gerätes auch.

Machen Sie sich mit der Inhalationstherapie vertraut! Die Inhalationstherapie ist das wichtigste Standbein in der medikamentösen Therapie der chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen wie auch des Asthmas bronchiale (gemäß Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin).

Was Sie grundsätzlich zur Inhalationstherapie wissen sollten!

Inhalationen werden eingeatmet, gelangen also nicht wie Tabletten in den Magen, sondern gelangen unmittelbar in die Atemwege. Das ist der große Vorteil der Inhalation: der Wirkstoff gelangt bei korrekter Inhalationstechnik genau dorthin, wo die Probleme entstehen: in die Atemwege. So gesehen, kann man Inhalationen als die „Tablette“ der Atemwege bezeichnen.

Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass sich die Wirkstoffe nur zu einem sehr geringen Prozentsatz über den ganzen Körper verteilen. Dadurch werden andere Organe wie z.B. der Magen nicht belastet, sondern entlastet.

Bringt man einen Wirkstoff zudem direkt an seinen Einsatzort, fällt auch die Dosis des Wirkstoffes geringer aus. Während Tabletten meist mit einer Wirkstoffmenge im Milligrammbereich liegen, bewegen sich die inhalativen Medikamente im Mikrogrammbereich.

Das Einatmen eines Medikamentes bei Lungenerkrankungen ist also weniger schädlich als das Schlucken von Tabletten. Tabletten für chronische Atemwegserkrankungen stehen nur in sehr begrenztem Umfang zur Verfügung und haben, wie z.B. das Theophyllin in der Therapie an Bedeutung verloren.

Merke: Inhalationen sind die „Tabletten“ der Atemwege. Sie müssen – wie Tabletten auch – regelmäßig genommen werden.

Was Sie zur Inhalationstechnik wissen sollten!

Die Einnahme von Tabletten im Vergleich zur Inhalation ist einfach. Tablette in den Mund, ein „Schluck“ Wasser und das Ganze hinuntergeschluckt.

Leider ist die „Einnahme“ der Inhalationen deutlich schwieriger. Um die Wirkstoffe nämlich an ihren Wirkungsort zu transportieren, bedarf es – je nach Gerät – einer unterschiedlichen Vorbereitung des Gerätes und einer abgestimmten Einatemtechnik.

Die Vielfalt der auf dem Markt angebotenen Inhalationsgeräte, ihre unterschiedliche Handhabung sowie die große Auswahl an Medikamenten machen diese Anforderungen nicht leichter.

Bei den Inhalationsgeräten wird zwischen Düsenverneblern, Dosieraerosolen und Pulverinhalatoren unterschieden. Jede Art dieser Geräte erfordert eine unterschiedliche Vorbereitung und Einatemtechnik.

Besonders bewährt haben sich die Schritt für Schritt Anleitungen, wie sie die Schulungsprogramme COBRA oder NASA der Deutschen Atemwegsliga lehren. Auf der Homepage der Atemwegsliga (www.atemwegsliga.de) kann sich jeder die korrekte Inhalationstechnik für jedes Gerät ansehen.

Folgende Schritte gilt es bei den Inhalationen zu bedenken:

- 1. Vorbereitung:** Jedes Gerät muss in irgendeiner Form vorbereitet werden. Deckel abziehen, Spannen oder Einlegen einer Kapsel sind die gängigsten Vorbereitungen bei den unterschiedlichen Geräten.
- 2. Ausatmen:** Die korrekte Ausatmung sollte bei obstruktiven Lungenerkrankungen stets unter dem Einsatz der Lippenbremse erfolgen. In der Regel sind die meisten Patienten in der Lage, bewusst auszuatmen. Die Statistiken zeigen aber, dass dies oft vergessen wird. So konnte z.B. Professor Petro et al. nachweisen, dass 85,6% seiner untersuchten Patienten vor der Inhalation nicht ausgeatmet hatten.
- 3. Einatmen und inhalieren:** Während bei den Dosieraerosolen eine langsame Einatmung notwendig ist, erfordern Pulverinhalatoren eine schnellere Einatmung. Bei einer zu geringen Einatemgeschwindigkeit kann der Wirkstoff nicht in die Atemwege gelangen. Die zu geringe Einatemgeschwindigkeit



zählt zugleich zu den häufigsten Fehlern bei dieser Art der Inhalation. Bei den Dosieraerosolen stellt die Koordination zwischen Auslösen und Einatmen häufig ein Problem dar. Letzterer kann z.B. mit einem Spacer begegnet werden. Während einer Verschlechterung der Erkrankung kann die Einatmung erschwert sein und z.B. eine Umstellung der Geräte erfordern.

4. **Atem anhalten:** Das Anhalten des Atems am Ende der Einatmung bereitet in der Regel keine Schwierigkeiten, wird aber häufig vergessen.
5. **Gerät schließen oder zweite Inhalation vorbereiten:** Außer bei der Inhalation mit einem Feuchtvernebler geben die Inhalationsgeräte nur einen Hub eines Wirkstoffes ab, d.h. mit einer Einatmung bekomme ich eine Portion des Wirkstoffes. Für weitere Portionen muss das Gerät neu vorbereitet und geladen werden.

Merke: Jedes Inhalationsgerät muss korrekt angewandt werden, sonst gelangt der Wirkstoff nicht in die Atemwege.



Was Sie über Ihre Inhalationsmedikamente bzw. den Wirkstoff wissen sollten!

Neben der Kenntnis einer korrekten Inhalationstechnik sollten auch die inhalativen Wirkstoffe bekannt sein. Dabei ist es nicht notwendig, die genaue chemische Definition des Wirkstoffes zu kennen.

Von den Medikamenten, die Sie einnehmen, sollten Sie wissen:

- Welcher Wirkstoff erweitert die Atemwege und wie lange hält seine Wirkung an?
- Was sind seine Nebenwirkungen?
- Welches Medikament ist das Bedarfsspray?

Gerade letzteres ist wichtig, da das Bedarfsspray häufig auch als „Notfallspray“ bezeichnet wird. Wobei den Bedarf Sie als Patient bestimmen, die Höchstmenge des Bedarfssprays aber unbedingt bei der Verordnung mit dem Lungenfacharzt abgesprochen werden muss.

Das Bedarfsspray dient neben der täglichen Kontrolle von Husten, Atemnot und Auswurf auch als Maßstab dafür, ob die Atemwegserkrankung kontrolliert ist oder ob sich eine Verschlechterung anbahnt.

Neben der Wirkung sollten auch die Nebenwirkungen und ihre Vermeidung bekannt sein. Eine nicht korrekte Inhalation eines kortisonhaltigen Medikamentes kann z.B. zu einem Pilzbefall (Soor) der Mundhöhle führen. Einem Soorbefall kann aber nur vorgebeugt werden, wenn man die Nebenwirkung kennt.

Am besten lässt sich der Pilzbefall mit dem Zähneputzen nach der Inhalation vermeiden. Wer dritte Zähne hat, sollte diese zur Reinigung unter fließendem Wasser abspülen.

Merke: Die korrekte Inhalationstechnik sollte regelmäßig überprüft werden.

Alle Produkte sind auch verordnungsfähig!

Sauerstoffversorgung

- Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

- **SimplyGo®** nur 4,5 kg
mit Dauerflow bis 2 l/min
- **LifeChoice Activox 4®** **Neues Modell**
nur 2,0 kg, mit interner Akkuleistung
bis zu 8,25h, St. 2
- **Inogen One G3®**
nur 2,2 kg, mit interner Akkuleistung
von 4h, erweiterbar auf 8h, St. 2

Mieten
möglich!



Inhalation

- **Sami®**
Kurze Inhalationszeit durch
Sidestream-Vernebler
- **Allegro®**
Mit 3 verschiedenen Düsen für obere,
mittlere und untere Atemwege
- **OxyHaler® Membran-Vernebler**
Klein - leicht (88 g) - geräuschlos - mit Akku.
Verneblung von NaCl, z.B. Nebusal 7%,
bis Antibiotika möglich
- **Nebusal®**
7%ige hypertone Kochsalzlösung

129,50 €



78,50 €



345,00 €



Schlafapnoe

- **Transcend™ CPAP**
Reisen mit CPAP
Gewicht nur 426 g – 4-20 mbar
Optional bestellbar: umfangreiches
Zubehör, z.B. Solar-Aufladegerät

nur 465,00 €



Atemtherapiegeräte

In großer Auswahl z.B.:

- **GeloMuc®/Quake®**
- **PowerBreathe Medic®**
- **RespiPro®/RC-Cornet®**

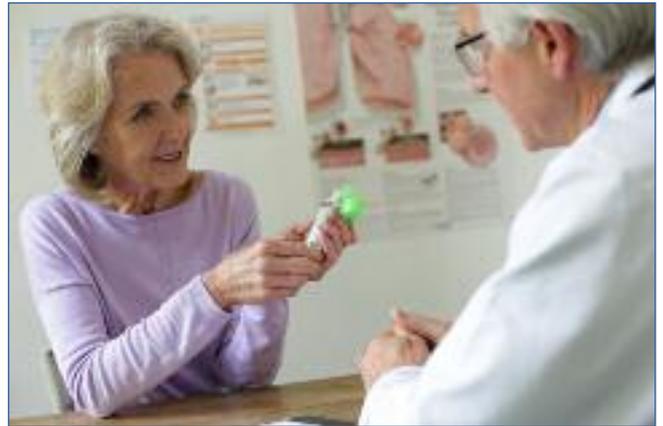
GeloMuc:
Shop-Preis
nur 39,45 €



Sekretolyse

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

4.581,50 €



Was Sie darüber hinaus wissen sollten!

Chronische Atemwegserkrankungen können sich in ihrem Verlauf verschlechtern, sowohl für kurze Zeit bei den sogenannten akuten Exazerbationen oder auch nach einer Exazerbation können Verschlechterungen der Erkrankung zurückbleiben. Eine solche Verschlechterung kann zur Folge haben, dass eine für die bestehenden Inhalationsgeräte korrekte Inhalationstechnik nicht mehr möglich ist auszuführen.

Sie sollten also darauf achten, ob sie ihre Geräte noch richtig anwenden können. Ist dies nicht möglich, so ist die Umstellung auf ein anderes Inhalationsgerät notwendig. Denn bei nicht ausreichender Inhalationstechnik kann der Wirkstoff seinen Einsatzort auch nicht erreichen und somit nicht wirken.

Die Inhalationen als „Tabletten der Atemwege“ können ihre Wirkung nur entfalten, wenn sie regelmäßig und korrekt angewandt werden. Da sie eben nicht „einfach nur geschluckt“ werden, ist ihre Anwendung aufwändiger.

Genauso wie bei den Tabletten sollten die Wirkungen und Nebenwirkungen bekannt sein, um z.B. das Bedarfsspray rechtzeitig einzusetzen. Inhalationen erfordern sowohl vom Arzt als auch vom Patienten eine besondere Sorgfalt.

Beatrice Esche

Krankenschwester, Atmungs-
therapeutin DGP (Deutsche
Gesellschaft Pneumologie und
Beatmungsmedizin)
Asklepios Fachklinik Gauting,
München-Gauting



Finger-Pulsoxymeter

„Bärchen“ für Kinder MD 300 C52 49,95 €

Außerklinische Beatmung

Kongress-Report

Ein Beatmungsgerät und eine Brille...



In Düsseldorf fand der 23. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) statt. Ärzte, Wissenschaftler, medizinisches Pflegepersonal und Patienten trafen sich zum interdisziplinären Austausch.

Ein besonders Anliegen der Tagung war es, der außerklinischen Beatmung mehr öffentliche Aufmerksamkeit zu geben. Auf dem Kongress eingefangene Stimmen spiegeln die wichtigsten Inhalte des Kongresses wider.



Beatmung braucht barrierefreie Begegnung

Dinah Radtke ist an Spinaler Muskelathrophie erkrankt. Unter anderem ist sie Mitbegründerin der Dachorganisation der Zentren Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e.V. und Mitglied des DIGAB Vorstandes. „Mit einer außerklinischen Beatmung kann die Lebensqualität durchaus sehr gut sein,

selbst bei Patienten mit einer 24-Stunden-Beatmung. Natürlich kommt der Persönlichkeit des Patienten dabei eine wichtige Rolle zu. Doch wir sollten immer bedenken: Das Leben ist eine einmalige Chance“, reflektiert Dinah Radtke.

„Ich empfehle Patienten immer, andere Patienten mit einer Beatmung kennenzulernen.“ Eine übergreifende Barrierefreiheit sei allerdings notwendig, um eine Teilhabe zu ermöglichen. Leider hinkt Deutschland in dieser Hinsicht den Bedürfnissen noch etwas hinterher. „Viele Menschen brauchen jedoch Rollenbeispiele, um zu erfahren, dass Beatmung für Betroffene Lebensqualität bedeutet“, so Radtke.

Beatmung benötigt Akzeptanz

Hans-Joachim Wöbbeking ist 1952 an Kinderlähmung erkrankt. Er hat noch die Eiserne Lunge kennengelernt und in seinem Leben ständig Berührung mit dem Thema

Beatmung. Wöbbeking ist Mitglied des Vorstandes und Vertreter der Betroffenen der DIGAB.

Besonders wichtig sei der Kongress aus zwei Gründen: Betroffene können vor Ort Problematiken der Beatmung ansprechen und gleichzeitig Lösungen finden. Bei den Problemen handelt es sich zumeist um nicht optimal sitzende Masken. Der weitere Nutzen der DIGAB sei das Gespräch – sowohl unter Betroffenen als auch mit Ärzten und Professoren.

Die Akzeptanz der Beatmungstherapie in der Öffentlichkeit ist Wöbbeking ein dringliches Anliegen. „Ich erlebe selbst immer wieder, wenn ich meine Atemmaske nutze und auch die Geräusche des Gerätes zu hören sind, dass Menschen dies ganz furchtbar finden und denken, ich sei ganz schlimm behindert. Doch das ist Unsinn! Das genaue Gegenteil ist für die Betroffenen der Fall. Beatmungstherapie bedeutet eine Erleichterung und Verbesserung der Lebensqualität. Eine außerklinische Beatmung sollte daher durchaus so betrachtet werden, wie eine Brille – als ein Hilfsmittel, das eine gesundheitliche Unzulänglichkeit ausgleicht. Niemand würde mich bedauern, nur weil ich eine Brille tragen muss, denn damit kann ich besser sehen“ versinnbildlicht Wöbbeking.

„In unserer Gesellschaft wird eine Beatmung immer gleich als Endpunkt des Lebens betrachtet. Erfährt man als Betroffener eine nicht-invasive Beatmung, merkt man jedoch schnell, dass genau das Gegenteil Realität ist. Man ist wieder wacher, kann wieder besser am Leben teilnehmen. Die Effekte der Beatmung sind vor allem positiv.“

Beatmung bedeutet Verlängerung des Lebens

Professor Dr. Wolfram Windisch ist Chefarzt der Lungenklinik der Kliniken der Stadt Köln, Vorstandsmitglied der DIGAB und war federführend bei der Erstellung der wissenschaftlichen Leitlinien zur außerklinischen Beatmung.

„Was wir z.B. bei neuromuskulären Erkrankungen schon lange wuss-





ten, wissen wir nun auch für die Erkrankung COPD: Außerklinische nicht-invasive Beatmung (NIV) kann das Leben erheblich verlängern. Dies belegen inzwischen Studien ganz eindeutig. Natürlich muss man sich das Lebensumfeld des Patienten und die vorhandenen individuellen vorhandenen Strukturen genau anschauen, doch NIV hat ebenso das Potential einer Lebensqualitätsverbesserung“ schildert Windisch.

Bei Analysen mittels Fragebögen könne insbesondere bei Patienten, die bereits in jungen Jahren z.B. neuromuskulär erkrankt seien und körperlich äußerst eingeschränkt sind, festgestellt werden, dass die körperlichen Defizite zwar als solche stark wahrgenommen werden, die seelische Gesundheit in der Regel jedoch sehr stabil, sogar fast übernormal positiv sei. Es finde hier eine Kompensation statt oder anders ausgedrückt, eine besondere Ausprägung des „mental Gerüstes“, was wiederum helfe, das Leben in der eingeschränkten Form zu tragen. „Ich habe hierbei schon viele berührende Momente erlebt“, schildert Windisch und plädiert daher für eine stärkere Wahrnehmung der Möglichkeiten der außerklinischen Beatmung.



Außerklinische Beatmung benötigt Strukturen

Dr. Karsten Siemon ist Oberarzt des Fachkrankenhauses Kloster Grafschaft und Vorsitzender der DIGAB.

„Das Ziel der DIGAB ist die Schaffung von Strukturen für die außerklinische Beatmung. Wir bemühen uns darum, die Patientenversorgung weiter zu optimieren.

Bereits realisiert wurde z.B. ein strukturiertes Ausbildungsprogramm für das Pflegepersonal und dessen entsprechende Zertifizierung. Unsere aktuelle Aufgabe besteht darin, auch die ärztliche Versorgung, d.h. insbesondere die Befähigung der Hausärzte im Hinblick auf

die außerklinische Beatmung, zu verbessern“ berichtet Siemons.

Das Wesen der DIGAB ist, dass unterschiedliche Berufsgruppen, wie Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Atemungstherapeuten, Logopäden und andere Berufsgruppen aus den verschiedenen Bereichen der Medizin gemeinsam zusammen mit Patienten und Angehörigen sowie ihren Vertretern an den Zielen der DIGAB zusammenarbeiten.

Sabine Habicht
Redaktionsleitung

... mehr Wissen

www.digab.de

Internetseiten der DIGAB – auch mit Informationen und Ansprechpartnern für Patienten.

www.digab-tv.com

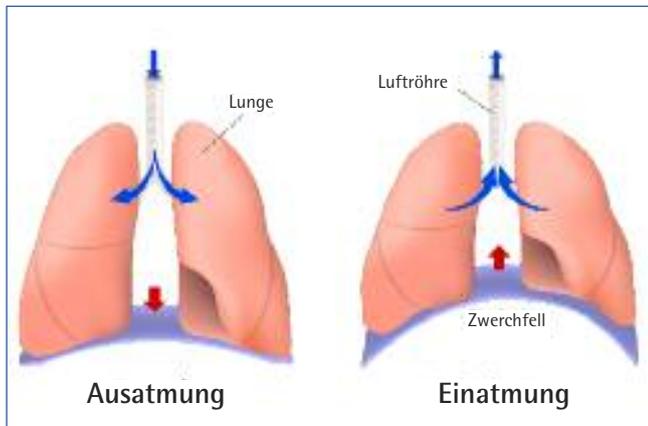
Videomitschnitte von Interviews und Gesprächen zum Kongress in Düsseldorf 2015-08-22

<http://2016.digab-kongresse.de/informationen/>

Der nächste DIGAB Kongress findet vom 2. – 4. Juni 2016 in Bamberg statt. Nähere Informationen finden Sie hier.

Übersicht

Nicht invasive Beatmung bei stabiler COPD



Die fortgeschrittene chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist durch eine schwere bronchiale Obstruktion (Verengung), eine pulmonale Überblähung und eine chronische sogenannte ventilatorische Insuffizienz (Schwäche der Atempumpe) ausgezeichnet. Diese ventilatorische Insuffizienz erklärt man sich im Wesentlichen durch eine Erschöpfung der Atmungsmuskulatur in Folge einer chronischen Überbelastung. Ist es zu einer solchen Erschöpfung der Atmungsmuskulatur gekommen, so verschlechtert dies die Gesamtprognose der Erkrankten deutlich. Aus dem Ansatz einer erschöpften Muskulatur heraus ist die Idee einer Therapie durch Entlastung der Muskulatur mit Hilfe einer Beatmungstherapie entstanden. Die Anwendung dieser Therapie erfolgt in häuslicher Umgebung über eine Beatmungsmaske möglichst während der Nacht.

Nachweisliche Vorteile

Diese Heimbeatmungstherapie wird bereits seit über 20 Jahren nicht nur bei der COPD sondern auch bei anderen Erkrankungen, die mit einer Erschöpfung der Atmungsmuskulatur einhergehen, eingesetzt. In dieser Zeit gab es eine Reihe von Untersuchungen, die für die COPD zeigten, dass eine Verbesserung verschiedener physiologischer Parameter wie der Blutgase, der pulmonalen Überblähung, aber auch der körperlichen Belastbarkeit oder der Lebens- und Schlafqualität erreicht werden können.

Der Nachweis eines Überlebensvorteils wurde allerdings erst im Jahr 2014 erbracht. In einer großen Studie unter Federführung von PD Dr. Thomas Köhlein wurden über 10 Jahre an 36 Zentren die Vor- oder Nachteile einer nicht invasiven Heimbeatmung bei Patienten mit fortgeschrittener COPD untersucht. Voraussetzung für einen Einschluss in diese Studie war der Nachweis einer Erschöpfung der Atmungsmuskulatur, gemessen an einem erhöhten Kohlendioxidwert (CO_2) im Blut. Es wurden

dann sehr strenge Parameter bezüglich der Durchführung der Beatmungstherapie angelegt, um einen möglichst hohen Effekt auf die Entlastung der Atmungsmuskulatur zu erreichen. Auch wurde ausreichend Zeit eingeräumt zur Beatmungseinstellung und Patientenschulung. Die Therapie wurde regelmäßig kontrolliert und ggf. angepasst. Unter den angesetzten Bedingungen ließ sich dann ein deutlicher Überlebensvorteil innerhalb des ersten Jahres nach Therapiebeginn nachweisen. Die Lebensqualität und die körperliche Belastbarkeit besserten sich ebenfalls gegenüber den nicht behandelten COPD-Patienten.

Aus diesen Daten lässt sich entnehmen, dass eine Heimbeatmungstherapie bei fortgeschrittener COPD mit Erschöpfung der Atmungsmuskulatur durchaus von Vorteil ist, wenn sie entsprechend den Studienbedingungen durchgeführt wird.

Diese Studienbedingungen beinhalten folgende Voraussetzungen:

- *Beatmung mit effektiver Entlastung der Atmungsmuskulatur*
- *Einstellung stationär über 5 - 7 Tage*
- *Regelmäßige Kontrollen mit*
 - *Nachjustierung der Beatmungseinstellung*
 - *Kontrolle der Maske und des Beatmungsequipments*
 - *Nachs Schulung durch spezialisierte Pflege/ Atmungstherapeuten*
- *Permanente Ansprechbarkeit des Beatmungszentrums*
- *Zuverlässige 24h-Unterstützung durch Medizintechnische Firma*

Kriterien für eine NIV

Vor der Einleitung einer Beatmungstherapie steht die richtige Indikationsstellung und Festlegung des Therapiebeginns. In der Leitlinie der deutschen Gesellschaft



für Pneumologie und Beatmungsmedizin sind diesbezüglich folgende Kriterien festgelegt:

- Chronische Tageshyperkapnie $pCO_2 \geq 50$ mmHg
- Nächtliche Hyperkapnie $pCO_2 > 55$ mmHg
- Stabile Tages-Hyperkapnie mit pCO_2 46- 50 mmHg + Anstieg des $PTcCO_2$ um ≥ 10 mmHg während des Schlafes
- Stabile Tageshyperkapnie mit pCO_2 46- 50 mmHg + mind. 2 akute, hyperkapnische Exazerbationen mit resp. Azidose in den letzten 12 Monaten
- Im direkten Anschluss an eine akute, beatmungspflichtige Exazerbation, nach klinischer Einschätzung

Anzeige

MIR GEHT'S WIEDER GUT!



Patienten-Service-Hotline
08363 691-124/122

Pneumologie

Leitung: Chefarzt Dr. med. Olaf Anhenn

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

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

ACURA
KLINIKEN

www.acura-kliniken.com

Die wesentlichen Entscheidungskriterien bleiben die manifeste (deutliche) Erschöpfung der Atmungsmuskulatur mit erhöhtem Kohlendioxid sowie eine damit verbundene Symptomatik. Zu dieser Symptomatik zählen z.B. Luftnot in Ruhe und bei kleinster Belastung, Tagesmüdigkeit mit Einschlafneigung oder morgendliche Kopfschmerzen.

COPD und Begleiterkrankungen

Diese klinischen Beschwerden sind unter Umständen sehr viel stärker ausgeprägt, wenn neben der COPD eine zusätzliche Erkrankung vorliegt, die entweder ebenfalls eine Erschöpfung der Atmungsmuskulatur bedingt oder eine Störung des Schlafes verursacht.

Mögliche Kombinationen sind z.B.:

- COPD + obstruktive Schlafapnoe
- COPD + Adipositas (starkes Übergewicht) mit Unteratmung (Obesitas Hypoventilation)
- COPD + eingeschränkte Brustkorbbeweglichkeit (thorakale Restriktion)
- COPD + neuromuskuläre (die Nerven und Muskeln betreffende) Erkrankungen

Bei derartigen Konstellationen ist eine Heimbeatmungstherapie bezogen auf die klinische und subjektive Beschwerdebesserung besonders gut wirksam und die Therapie wird daher von den Patienten deutlich zuverlässiger durchgeführt.

Patient und Beatmungszentrum

Die nicht invasive Beatmung in Form einer Heimbeatmungstherapie stellt also eine zusätzliche Therapieoption dar bei Betroffenen mit schwerer, fortgeschrittener COPD und Erschöpfung der Atmungsmuskulatur.

Wichtig für den Erfolg und die Wirksamkeit dieser Therapie sind eine sorgfältige Therapieeinleitung, Kontrolluntersuchungen, eine dauerhafte Begleitung der Therapie, ggf. Nachschulungen oder Nachjustierung und eine zuverlässige 24h/7d medizintechnische Unterstützung.

In diesem Zusammenhang muss berücksichtigt werden, dass die Therapie absolut von der Mitarbeitsfähigkeit der betroffenen Personen abhängig ist. Das bedeutet, dass es eine Reihe von Betroffenen gibt, bei denen aufgrund mangelnder Mitarbeitsfähigkeit, schlechter Therapietoleranz oder Therapieakzeptanz diese Art der Behandlung nicht durchführbar ist. Insbesondere bei immer älter werdenden Betroffenen mit zunehmenden sowohl körperlichen als auch kognitiven Einschränkungen werden häufig die Grenzen des Einsatzes der Therapie erreicht. In diesen Fällen muss versucht werden, Angehörige oder Pflegende mit in die Versorgung einzubinden. Ist dies nicht möglich, so kann die Therapiemethode nicht sinnvoll eingesetzt werden. Ebenso muss in den Kontrolluntersuchungen die adäquate und konsequente Anwendung überprüft und ggf. über eine Beendigung der Therapie entschieden werden.

Zum Erreichen eines maximalen Therapieerfolges und zu dessen Gewährleistung im weiteren Verlauf ist es notwendig, dass die Therapieeinstellung und -begleitung durch ein spezialisiertes Zentrum erfolgt. Dieses Zentrum sollte im Verlauf dauerhafter Ansprechpartner für jegliche Problematiken rund um die Heimbeatmungs-therapie sein.



Dr. Martin Bachmann
Chefarzt Intensivmedizin und Beatmungsmedizin im
Thoraxzentrum Hamburg
Beatmungszentrum Hamburg-Harburg
Zertifiziertes Weaningzentrum (DGP)
Asklepios Klinikum Harburg

2001: HEPA Luftfilter serienmäßig
in der Mercedes E-Klasse

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

2009: HEPA Luftfilter serienmäßig
im FLO x PAP III

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

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



... mehr Wissen

www.copd-deutschland.de

Der Ratgeber „Nicht-invasive Beatmung – BIPAP bei COPD und Lungenemphysem – Was ist notwendig, was ist medizinisch sinnvoll?“ kann bei der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland (www.lungenemphysem-copd.de) online gelesen oder beim Verein COPD – Deutschland e.V. (www.copd-deutschland.de) bestellt werden. Beachten Sie die dort hinterlegten Versandinformationen.



FLO Medizintechnik GmbH

Westhoyeler Straße 25

D-49328 Melle

fon +49 5226 - 98 30 47

info@flo-medizintechnik.de

www.flo-medizintechnik.de

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

Weaning-Zentren

Wo Intensivpatienten das Atmen neu lernen

Ein Weaning-Zentrum ist eine besondere Abteilung im Krankenhaus, innerhalb der Intensivmedizin. Als Weaning wird der Prozess der Beatmungsentwöhnung bezeichnet, der mit der schrittweisen Rückübernahme der Atemarbeit durch den Patienten gleichzusetzen ist.

Bei einer akuten, lebensbedrohlichen Situation oder nach einer Operation kann es notwendig werden, dass Patienten während des Aufenthaltes auf der Intensivstation künstlich, d.h. maschinell beatmet werden müssen.

Bei manchen Patienten gelingt es nur schwer, sofort wieder auf eine eigene Spontanatmung umzustellen. Dem zugrunde liegt oftmals eine erschöpfte Atempumpenmuskulatur. Häufig haben Patienten jedoch mehrere Erkrankungen, die den gesamten Atemapparat – nicht nur die Lunge und das Zwerchfell – schwächen oder überfordern.

Sie benötigen dann die Hilfe spezieller Zentren, wo es heute jedoch in den meisten Fällen gelingt, die Patienten von den Atemgeräten zu entwöhnen.

Erfolge durch strukturiertes Weaning

Wenn die Patienten im Zentrum eintreffen, haben sie meistens mehrere erfolglose Weaning – sprich Entwöhnungsversuche – hinter sich, berichtet Professor Dieter Köhler, emeritierter ärztlicher Direktor des Fachkrankenhauses Kloster Grafschaft in Schmallingenberg und eines der größten Beatmungs- und Entwöhnungszentren in Deutschland. Er rät daher seinen Kollegen, die Patienten frühzeitig zu überweisen, da die Chancen auf ein erfolgreiches Weaning in den Fachkliniken am größten sind.

Weaning hat sich in den letzten Jahren zu einer eigenen Fachdisziplin entwickelt. An den Zentren konzentrieren sich Ärzte, Pflegepersonal und Physiotherapeuten gezielt auf die Probleme, die das Weaning erschweren könnten. Dies kann eine Blutarmut sein oder Infektionen der Atemwege. Auch Wassereinlagerungen im Brustfell verhindern häufig, dass die Patienten aus eigenem Antrieb atmen. In Schmallingenberg gelingt das Weaning oft schon nach wenigen Tagen. Der Mittelwert liegt bei acht Tagen.

Die meisten erfolgreich entwöhnten Patienten, das sind laut Studie 58 Prozent, kamen nach der Entlassung aus

dem Weaning-Zentrum ohne äußere Unterstützung der Atmung aus. Die übrigen 42 Prozent benötigten noch eine Sauerstoffmaske.

Den Erfolg führt Professor Köhler auf neue wissenschaftliche Konzepte zurück, die die Atempumpe in den Mittelpunkt rückt. Brustmuskeln und das Zwerchfell sind durch die Krankheit und durch den Aufenthalt auf der Intensivstation geschwächt und nicht in der Lage, die Lungen ausreichend zu belüften. Die Folge ist nicht nur ein Sauerstoffmangel, sondern auch ein starker Anstieg der Kohlendioxidwerte im Blut, eine sogenannte Hyperkapnie. Die Forscher messen den Erfolg ihrer Therapie daran, ob es gelingt diese zu beseitigen. Sauerstoff können sie dem Patienten bei Bedarf über eine Atemmaske zuführen.

Quelle: T.Barchfeld et al: Entwöhnung von der Langzeitatmung: Daten eines Weaning-Zentrums von 2007 bis 2011, publiziert in DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift 2014 und 2015 ausgezeichnet mit dem DMW Walter Siegenthaler Preis

WeanNet

Im Jahr 2009 wurde unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) das Kompetenznetzwerk pneumologischer Weaningzentren (WeanNet) gegründet. WeanNet hat einen Katalog mit Qualitätskriterien für die Behandlung von Patienten mit prolongiertem Weaning (Weaning mit mehr als drei Spontanatmungsversuchen) entwickelt, mittlerweile sind ca. 30 Kliniken von der DGP zertifiziert und damit als Expertenzentren anerkannt.

Eine Übersicht der von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) zertifizierten Weaning-Zentren (Stand August 2015) finden Sie auf der Internetseite www.pneumologie.de – unter Zertifizierte Zentren.

Quelle: Pressekonferenz DIGAB Kongress Düsseldorf 2015



Übersicht

Hilfsmittel, die den Alltag erleichtern

Der Beginn einer Versorgung mit Sauerstoff verändert die Lebensführung und - so erscheint es zumindest auf den ersten Blick - auch die Lebensqualität. Die Notwendigkeit dieser Therapieform und das Sauerstoffgerät als „ständigen Begleiter“ zu akzeptieren, muss erst einmal gedanklich bewältigt werden. Lösen Sie sich dabei von

dem medial oft vorgegaukelten Gedanken, dass eine Sauerstofftherapie „die letzte Station“ des Lebens sein könnte. „Ich selbst lebe mit dieser Therapieform bereits seit 14 Jahren“, schildert **Ursula Krütt-Bockemühl**, Ehrenvorsitzende der Sauerstoff-Liga e.V. im Gespräch mit der Redaktion, in Anlehnung dessen der nachfolgende Beitrag erstellt wurde.



Vergessen Sie nicht, dass die Sauerstofftherapie eine Chance bedeutet. Eine Chance ein fast normales Leben weiterführen zu können. Die vielfältigen heute zur Verfügung stehenden Geräte ermöglichen eine zuverlässige Versorgung und sind zudem auf eine größtmögliche Mobilität ausgerichtet.

Die individuell zu Ihnen passende Ausstattung und möglicherweise Hilfsmittel können Sie zusätzlich dabei unterstützen, verloren gegangene Fähigkeiten weitestgehend auszugleichen.

Verordnung

Die grundsätzliche Verordnung der Langzeit-Sauerstofftherapie (LOT) erfolgt über den behandelnden Arzt. Zu-

meist umfasst diese Verordnung eine Grundausrüstung für eine täglich 16stündige Versorgung. Der übliche Weg führt anschließend über die Krankenkasse, zum regionalen Sauerstoffversorger, der für die Ausstattung der Sauerstoffversorgung Sorge trägt.

Beachten Sie: Je detaillierter und konkreter ein Rezept ausgestellt wird (z.B. Blutgaswerte, Anzahl Stunden Mobilität etc), desto exakter erfolgt dessen Umsetzung. Bei einer Grundausrüstung bestehen sehr viele Variationsmöglichkeiten, die individuell den Bedürfnissen des Patienten entsprechen sollten.

Eine exakte Rezeptierung kann zudem helfen, eine Umversorgung durch die Krankenkassen zu vermeiden.

Die Verordnungsfähigkeit von zusätzlicher Ausstattung oder Hilfsmitteln ist begrenzt und zum Teil abhängig von der individuellen Situation des Patienten. Beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Beitrag Seite 38.

Ursula Krütt-Bockemühl rät zu mehr Flexibilität und Umdenken. Die eigene Gesundheit und der Erhalt der Mobilität müsse nun an erster Stelle stehen und damit auch eine gewisse Bereitschaft, manche Kosten, soweit dies möglich ist, selbst zu tragen. Als Beispiel nannte sie den 20 Liter Reisetank, der Sicherheit und Mobilität pur für einen Sauerstoff-Patienten bedeute. Bedenke man nur Situationen wie einen Stau auf der Autobahn oder ähnliches. Die Kosten betragen allerdings bei einem kontinuierlichen Gebrauch etwa Euro 50,- monatlich und werden nicht erstattet.

Übrigens: Die optimale Form der Vorbereitung für eine Erstversorgung mit einer LOT sieht Ursula Krütt-Bockemühl in einer Rehabilitation gewährleistet und zwar vor einer Verordnung. In einer auf Sauerstoff-Patienten ausgerichteten pneumologischen Rehabilitationsklinik können in intensiver Weise durch gebündelte Maßnahmen wie Umgang mit der LOT, Schulungen, Austausch mit anderen Betroffenen etc. Ängste genommen und Sicherheiten vermittelt werden.





Austausch mit Betroffenen

Das Informationsbedürfnis von Patienten bei Verordnung einer LOT ist verständlicherweise sehr groß. Der Umgang mit der Therapie muss erlernt werden und eine Umsetzung in das tägliche Leben erfolgen.

Der Austausch mit anderen Betroffenen in ähnlicher Situation und mit bereits vorhandenen Erfahrungen ist dringend zu empfehlen. Die Internetforen

- www.sauerstoffliga.de – Deutsche SauerstoffLiga e.V
- www.lungenemphysem-copd.de – Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

bieten hierfür eine hilfreiche und kompetente Plattform. Wer dann noch eine regionale Selbsthilfegruppe in seiner näheren Umgebung findet, ist gut aufgehoben.

Hilfsmittel bei Langzeit-Sauerstofftherapie

Hilfsmittel für die Langzeit-Sauerstofftherapie erhalten Sie vor allem über Ihre Sauerstoffversorger oder auf Sauerstoffversorgung ausgerichtete Spezialanbieter, die Sie auch im Internet finden (z.B. ResMed, GTI medicare, Linde). Einen Überblick hierzu kann Ihnen auch das jährlich stattfindende Symposium Lunge geben – siehe www.copd-deutschland.de. Die nachfolgend benannten Hilfsmittel sind nur ein Auszug der vielfältigen Möglichkeiten.

Befeuchtungswasser

Bei einem Sauerstofffluss von mehr als 2 Litern pro Minute kann es zu einer Austrocknung der Nasenschleimhäute kommen. Abhilfe kann hier in manchen Fällen ein Befeuchtungssystem schaffen. Bei allen Sauerstoffquellen kann der freigesetzte Sauerstoff durch einen Behälter mit sterilem Wasser geleitet werden, bevor er in die Nasenbrille gelangt.

Am günstigsten erfolgt die Wasseranreicherung durch ein geschlossenes Sterilwassersystem, da hier keine Keime und Bakterien eindringen können.

Inzwischen müssen viele Patienten Sterilwasser selbst

bezahlen. Einige Sauerstofflieferanten bieten ihren Kunden Sterilwasser allerdings noch im Rahmen der Versorgung kostenfrei an.

Pulsoxymeter

Insbesondere zu Beginn einer LOT-Therapie kann es für viele Patienten hilfreich sein, ein Pulsoxymeter einzusetzen. Wie bereits erwähnt, werden die meisten Verordnungen auf 16 Stunden täglich ausgestellt.

Nicht wenige Patienten verteilen die 16 Stunden anfangs auf 8 Stunden nachts und weitere 8 Stunden tagsüber zu Hause. Außer Haus und somit unter Bewegung / Belastung wird der Einsatz der Sauerstofftherapie jedoch möglichst vermieden.

Ein Pulsoxymeter kann helfen aufzuzeigen, wie sich die Werte insbesondere unter Belastung verändern. Somit entwickelt sich ein besseres Verständnis für die Notwendigkeit der Sauerstofftherapie, wenn man außer Haus geht. „Der Körper verfügt nun mal über keinen Sauerstoffspeicher. Nehme ich meine Sauerstoffbrille ab, kann ich nach 10 Minuten bereits sinkende Werte über ein Pulsoxymeter feststellen“, so Ursula Krütt-Bockemühl.

Pulsoxymeter sind in einer sehr breiten Preisspanne erhältlich. Achten Sie auf die Messgenauigkeit (Eichung) und die für Ihre Bedürfnisse praktische Handhabung.

Sauerstoffpass

Hilfreich ist der Sauerstoffpass, um alle wichtigen Werte und Informationen rund um die Sauerstofftherapie zu dokumentieren. Klein und handlich kann er immer mitgeführt werden (SauerstoffLiga).

Nasenbrillen

Standard-Nasenbrillen gehören zur Grundausrüstung der Sauerstoffversorgung und sind zumeist aus PVC. Inzwischen sind jedoch Weiterentwicklungen z.B. aus Silikon erhältlich.

Nasenbrillen aus PVC können im Winter sehr hart wer-



den, so dass sie anfangen zu scheuern. Manche Patienten nutzen daher im Sommer PVC-Nasenbrillen und im Winter z.B. Silikon-Nasenbrillen.

PVC-Allergikern werden die Kosten für Silikon Brillen erstattet.

Bei bestehenden Problemen aufgrund von starken Verkrüstungen oder Reizungen der Nase, steht inzwischen eine Nasenbrille zur Verfügung, die ohne Nasensteg nur am Naseneingang oder Mund platziert werden kann (Cegla).

Nasenstege bzw. Nasenhörnchen sind in verschiedensten Varianten erhältlich, in gerader, gebogener und konischer Form – so dass sie der jeweiligen anatomischen Form der Nase angepasst sind. Fragen Sie Ihren regionalen Sauerstofflieferanten.

Um sich zu Hause möglichst uneingeschränkt bewegen zu können, sind Verlängerungen bis zu einer Länge von 15 Metern erhältlich. Damit sich die PVC-Schläuche am Boden nicht verdrehen, können Entwirbler eingesetzt werden. Silikonschläuche bleiben auch am Boden glatt liegen.

Eine Wasserfalle kann zur Vermeidung von Kondenswasser im Sauerstoffschlauch eingesetzt werden (z.B. OxyCare).

Wenn man die Nasenbrille/Schläuche aus Silikon nicht auskochen möchte bzw. auf Reisen oder unterwegs ist, kann ein Reinigungsgel (z.B. Everest Sauerstoffnasengel) eingesetzt werden.

Wer empfindliche Ohren hat, kann Ohrpolster einsetzen. Die Ohrpolster werden wie Hüllen auf den Schlauch aufgeklebt (z.B. AEROpart).

„Tipp: Die meisten Ohrentzündungen können vermieden werden, indem die Sauerstoffbrille nach hinten weggezogen wird. So liegt der Schlauch nicht mehr so stark auf dem Ohr auf. Ein weiterer Nebeneffekt ist, dass der Schlauch weniger auffällt“, so Ursula Krütt-Bockemühl.

HOMECARE

InogenOne Familie

Die handlichen und leistungsstarken Mini-Sauerstoff-Konzentratoren!

Anzeige

InogenOne G2

- 6 Leistungsstufen
- bis zu 8 h unabhängig*
- Flüsterleise
- Gewicht 3,2 kg

InogenOne G3

- 4 Leistungsstufen
- bis zu 8 h unabhängig
- Wartungsarm
- Bedienerfreundlich

NEUE VERSION
 JETZT MIT
 SCHLAFMODUS

2,2 kg
 leicht!

* In Kombination mit optionaler Batterie bei Einstellung 2

Klein in der Größe, groß in der Leistung!

Mobilität und Verbesserung
der Lebensqualität mit den tragbaren
Mini-Sauerstoff-Konzentratoren.

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

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



Nasenbrillentäschchen

Man geht zum Lungenfacharzt, nimmt die Sauerstoffbrille ab und hält sie in der Hand. Im Restaurant beim Essen, legt man die Sauerstoffbrillen über die Stuhllehne. Situationen wie diese, bedeuten eine große Infektionsgefahr. Ein Nasenbrillentäschchen (Visisol) kann diese Problematik vermeiden.

Nasenbrillen

Der Schlauch der Sauerstoffversorgung kann in eine Brille eingearbeitet werden und ist so kaum mehr sichtbar (z.B. Optik Kicking, Horn, Fielmann, Oxyview, Oxycare).

Dämmung Konzentrator

Um die Lautstärke eines Konzentrators zu dämmen, reicht oftmals schon eine Korkplatte aus. Korkplatte auf den Fußboden, Konzentrator draufstellen und für ausreichend Luftzufuhr am Konzentrator sorgen.

Gehilfen

Rollator

Insgesamt 15 verschiedene Rollatoren hat die Stiftung Warentest im Jahr 2014 getestet. Zu der neuen Generation zählen insbesondere die Querfalter, die zumeist aus leichtem Aluminium konstruiert sind. Die detaillierten Testergebnisse sind nachzulesen unter www.test.de/Rollatoren-Komfort-kostet-extra-40522-0. Krankenkassen zahlen in der Regel eine Basisvergütung für einen Rollator.

„Insbesondere bei schweren Sauerstoffgeräten plädiere ich für die Nutzung eines Rollators. Besonders empfehlen kann ich den Topro Troja, er ist zwar teuer, aber leicht und hat eine spezielle Tasche für die Sauerstoffflasche. Lässt man den Rollator stehen, kann man die Tasche abmachen und als Schultertasche nutzen. Interessant ist auch der neue Topro Rollz Motion, eine Kombination aus Rollstuhl und Rollator“, so Ursula Krütt-Bockemühl.

Wer die Möglichkeit hat, sollte vor dem Kauf eines Rollators (z.B. Meyra, Topro, Genius, Dolomite) diesen auf verschiedenem Untergrund und mit verschiedener Beladung testen.

Faltbarer Gehstock

Der dreiteilige faltbare Gehstock braucht wenig Platz und kann gut mitgenommen werden. Kommt eine Treppe ohne Geländer, hat man ihn schnell zur Hand und damit mehr Sicherheit.

Alltagshilfen

Die meisten Alltagshilfen erhalten Sie in regionalen Sanitätshäusern oder über Internetportale / Internetshops. Die nachfolgend benannten Alltagshilfen können nur ein Auszug vorhandener Hilfen darstellen und erheben selbstverständlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie sollen Ihnen jedoch eine Idee über vorhandene Möglichkeiten aufzeigen.

Duschhocker / Klappsitz

Für mehr Sicherheit in der Dusche sorgt ein stabiler Hocker mit Gummisaugfüßen. Noch praktischer ist ein an der Wand befestigter Klappsitz.

Schuhlöffel

Damit man sich nicht bücken muss, ist ein 1 Meter langer Schuhlöffel hilfreich.

Drehhilfen

Um Flaschen oder Gläser zu öffnen fehlt oft die Kraft. Mit einer Drehhilfe z.B. einem flexiblen Gummihütchen geht es wieder fast kinderleicht.

Aufstehhilfen

Aufstehhilfen für das Bett oder die Toilette können zusätzlich montiert werden. Zum Teil sind diese verordnungsfähig.

Greifarm

„Dieses Hilfsmittel funktioniert wirklich gut. Ich selbst habe ihn immer griffbereit in der Diele“, erzählt Ursula Krütt-Bockemühl. Der Greifarm ist sehr feinfühlig und hebt alles auf, ob in der Küche oder im Garten.



Anzeige

Ergo-Schreibhilfe

Mit einer flexiblen Halterung eignet sich diese Schreibhilfe besonders für Menschen, die in Händen und Fingern bewegungseingeschränkt sind.

Nackenkissen-Hörnchen

Durch die falsche Körperhaltung aufgrund des eingeschränkten Brustkorbs ist ein Nackenkissen zur Entlastung der Nackenmuskulatur oder bei längeren Autofahrten hilfreich.

Handy

Um selbst jederzeit telefonieren zu können oder angerufen zu werden, ist zu mindestens ein Prepaid-Handy ratsam. Große „Senioren“ Tasten sind empfehlenswert.

Hausnotruf

Speziell für Patienten, die alleine sind, bietet ein Hausnotruf-System Sicherheit. Ab der Pflegestufe I können die entstehenden Kosten übernommen werden. Die Angebote für Hausnotruf-Systeme sind inzwischen sehr vielfältig.

WC-Schlüssel

Der WC- oder Euro-Schlüssel ist ein vom Club Behinderter und ihrer Freunde (CBF) in Darmstadt eingeführtes, inzwischen europaweites einheitliches Schließsystem, das es körperlich beeinträchtigten Menschen ermöglicht, mit einem Einheitsschlüssel selbständig und kostenlos Zugang zu behindertengerechten sanitären Anlagen und Einrichtungen wie z.B. an Autobahn- und Bahnhofstoiletten, aber auch öffentlichen Toiletten zu erhalten. Er passt in ganz Europa in insgesamt ca. 12.000 Schlösser.

Der CBF ist darauf bedacht, dass der Schlüssel ausschließlich an Menschen ausgehändigt wird, die auf behindertengerechte Toiletten angewiesen sind. Der deutsche Schwerbehindertenausweis gilt als Berechtigung, wenn

- das Merkzeichen: aG, B, H oder BL
- oder das Merkzeichen G und 70% aufwärts enthalten ist.

Löst Schleim,
reduziert Atemnot
und Husten

RC CORNET®

Fachverbände empfehlen das
RC-Cornet® als Hilfsmittel für
die erfolgreiche COPD-Therapie

Bei regelmäßiger Anwendung senkt
das RC-Cornet® die Anzahl der Aufent-
halte im Krankenhaus und reduziert
den Antibiotikabedarf.

Erstattungsfähig unter
Hilfsmittel-Positions-Nummer
14.24.08.0004



Weitere Informationen unter
www.basiscornet.de

RC
MEDIZINTECHNIK

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

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

Der Schlüssel kann für Euro 20,-- per Post oder Internet bestellt werden: CBF-Darmstadt e.V. , Pallaswiesenstr. 123a, 64293 Darmstadt - www.cbf-da.de

Ursula Krütt-Bockemühl
Ehrenvorsitzende SauerstoffLiga e.V.
Selbsthilfegruppe Augsburg
augsburg@sauerstoffliga.de

... mehr Wissen

O₂-Laden Augsburg

Der O₂-Laden in Grottenau in Augsburg ist bisher der einzige seiner Art – neben der Geschäftsstelle der SauerstoffLiga in Bad Reichenhall. Hier können die verschiedenen Modelle der Sauerstoffgeräte angesehen, Utensilien ausprobiert werden. Ein Verkauf findet nicht statt. Der O₂-Laden hilft, die Barrieren zu dieser ungewohnten Therapie zu beseitigen.

Wer den O₂-Laden besuchen möchte, kann sich mit Ursula Krütt-Bockemühl mit Verbindung setzen: Telefon 0821 – 783291 oder augsburg@sauerstoffliga.de

Hinweis: Sekretmobilisierende Hilfsmittel haben wir in diesem Beitrag nicht erwähnt. Diesen speziellen Hilfsmitteln werden wir in einer der nächsten Ausgaben der Patientenzeitschrift COPD in Deutschland ein separates Thema widmen.

Ursula Krütt-Bockemühl Ein Leben mit zwei lebenslangen Therapien

Sauerstoff-Langzeittherapie und Nierenersatztherapie – beide sind eine, sind meine Chance, ein weitgehend normales Leben zu führen. Sicherlich bestimmen heute die Dialysetage meinen Tagesablauf, und doch bleibt mir auch jetzt noch Zeit für ein ausgefülltes Privatleben und dafür, mich für Patienten mit Sauerstoff-Langzeittherapie zu engagieren.



Als mir vor mehr als 14 Jahren die Sauerstoff-Langzeittherapie verordnet wurde, stand ich auch erstmal hilflos und skeptisch der neuen Lebenssituation gegenüber. Die Perspektiven waren nicht die besten und es hieß für mich, dass ich mich auf die neue Situation einlassen müsste. Voraussetzung dafür ist aber, dass ich selber informiert bin. Und so begann ich, Informationen zu sammeln, bei meinem Arzt, bei meinem Hilfsmittelversorger, im Internet der überregionalen Selbsthilfegruppen – aufgehört, immer wieder nachzufragen, habe ich nie.

Die 3. Therapie: Einsatz für die Selbsthilfe

Vor 10 Jahre gründeten wir mit Unterstützung meines Arztes die Selbsthilfegruppe Augsburg der SauerstoffLiga e.V. Für mich bedeuten beide Therapien eine Chance, weiterhin am Leben teilzunehmen, auch wenn der Allgemeinzustand sehr reduziert und eine eigene Haushaltsführung nicht mehr möglich ist. So bleibt mir meine „3. lebensbegleitende Therapie“: mein Engagement für die Sauerstoff-Langzeittherapie mit allen ihren Themen, ihrer Vielfalt und ihren Problemen und insbesondere die Wahrnehmung der Schulungen sowie Beratungen der neuen Mitpatienten. Durch diese Aktivitäten bin ich unterwegs, gefordert und habe einen ausgefüllten Tagesablauf, was meiner Psyche und meiner Restgesundheit auch gut tut.

Gute Arzt-Patienten-Beziehung das A & O

Wichtig erscheint mir eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zu ermögli-

Gut zu wissen

O₂-Assistentin und Pneumologische Assistentin

Nein, natürlich sind weder O₂-Assistentin noch Pneumologische Assistentin keine „Hilfsmittel“ im eigentlichen Sinne.

Doch diese fachlich speziell ausgebildeten Assistenten in einer pneumologischen Praxis oder einer pneumologischen Klinik können Ihnen auch bei Fragen rund um Hilfsmittel behilflich sein.

Pneumologisches Assistenzpersonal

Spezielle Fachausbildungen und Qualifikationen für Pneumologisches Assistenzpersonal in Deutschland gibt es schon seit einigen Jahren. 2009 fand im Rahmen der pneumologischen Praxistage in Berlin die Gründungsveranstaltung des Verbandes des pneumologischen Assistenzpersonals in Deutschland, kurz VPAD, statt.

Sicherlich stellt sich vielen die Frage: Gibt es nicht schon genug Vereine und Berufsverbände in Deutschland? Bei den Ärzteverbänden gibt es sicher keinen Mangel, ein Verband des Assistenzpersonals ist dagegen ein Novum.

In den letzten Jahren hat sich eine zunehmende Spezialisierung und Erweiterung der Aufgabengebiete in der Pneumologie entwickelt. Als Ursache hierfür sind die berufspolitischen und versorgungsstrukturellen Veränderungen ebenso zu sehen, wie die Zunahme von Atemwegserkrankungen verbunden mit einer aufsteigenden Tendenz insbesondere der COPD. Die Folge für die pneumologischen Einrichtungen ist ein Anstieg betreuungsintensiver Patienten verbunden mit der Notwendigkeit, dass sich das ganze Team spezialisiert. Dieses Team wird in Zukunft einen immer größeren Anteil an konkreter Patientenversorgung

übernehmen müssen. Der VPAD wird diese Entwicklung durch gezielte Fort- und Weiterbildungen u.a. in folgenden Bereichen mitgestalten:

- in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner (BdP) Fort- und Weiterbildung zur Pneumologischen Assistentin und zur Pneumologischen Fachassistentin
- Qualifizierung für Patientenschulungen
- Qualifizierte Weiterbildung zur O₂-Fachassistentin
- Praxismanagement Pneumologie
- Qualitätsmanagement in der Pneumologie

Lesen Sie weiter unter www@vpad-online.de

O₂-Assistentin

Die O₂-Assistentin ist eine noch neue Fachqualifikation. Die ersten 13 Assistentinnen erhielten in diesem Jahr ihr Zertifikat. Eine Aufgabe der O₂-Assistenten wird die Durchführung spezieller Schulungen für Sauerstoff-Patienten sein.

Der nächste Kurs zur O₂-Assistentin findet vom 10. – 11. Oktober 2015 in der Espan Klinik in Bad Dürkheim statt. Referenten sind neben Ursula Krütt-Bockemühl, Theresa Kauf, VPAD und Dr. Horst Wittstruck.

Interessenten aus dem Bereich des pneumologischen Assistenzpersonals können sich anmelden bei:

VPAD Geschäftsstelle c/o med info GmbH
Hainenbachstr. 25, 89522 Heidenheim
Telefon 07321 - 949919
info@vpad-online.de

Anzeige

Gauting: Spitzenmedizin rund um die Lunge

 **ASKLEPIOS**
Fachkliniken München-Gauting

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

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

Rechtliche Situation

Antragstellung von Hilfsmitteln

Grundlagen

Versicherte Personen haben gegenüber den Krankenkassen einen Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen (§ 33 Abs. 1 SGB V).

Als Hilfsmittel kommen beispielsweise in Betracht Seh- und Hörhilfen, Mobilitätshilfen (Rollstühle, Rollatoren) etc. Der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung umfasst immer auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels. Darüber hinaus ist die Versorgung mit der zum Betrieb erforderlichen Energie eingeschlossen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemeinsam ein Hilfsmittelverzeichnis erstellt, in dem die Produkte aufgelistet sind, die erstattet werden (§ 139 SGB V). Das Hilfsmittelverzeichnis ist jedoch keine Positivliste, sondern gilt nur als unverbindliche Empfehlungsliste. Daher können im Einzelfall auch nicht aufgelistete Produkte erstattungsfähig sein.

Erforderlichkeit

Das Hilfsmittel muss speziell auf die Bedürfnisse behinderter Menschen konstruiert sein und nur von Menschen mit Behinderung eingesetzt werden. Es muss im Einzelfall erforderlich sein, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Die Rechtsprechung unterscheidet dabei Hilfsmittel zum unmittelbaren oder mittelbaren Ausgleich der Behinderung.

Unmittelbarer Ausgleich = Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion (z.B. Hörgerät, Prothese). Die Erforderlichkeit des Hilfsmittels ist in diesen Fällen regelmäßig zu bejahen.

Mittelbarer Ausgleich = Zweck des Hilfsmittels ist es, die direkten und indirekten Folgen der Behinderung auszugleichen (z.B. Rollator, Rollstuhl): Die Krankenkasse schuldet hier nur den Basisausgleich von Behinderungsfolgen.

Wirtschaftlichkeit

Ein Hilfsmittel ist unwirtschaftlich, wenn ein kostengünstigeres oder zumindest geeigneteres Hilfsmittel zur Verfügung steht. Bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit eines Hilfsmittels hat die Krankenkasse danach zu klären, ob nicht ein kostengünstigeres oder zumindest geeigneteres Hilfsmittel zur Verfügung steht.

Anspruch

Im Bereich des unmittelbaren Ausgleichs besteht ein Anspruch auf eine bestmögliche Versorgung, wenn das Hilfsmittel die Ausübung der beeinträchtigten Körperfunktion selbst ermöglicht, ersetzt oder erleichtert.

Kein Anspruch auf die bestmögliche Versorgung besteht jedoch dagegen im Bereich des mittelbaren Behinderungsausgleichs. Die Krankenkasse schuldet nur den Basisausgleich von Behinderungsfolgen. „...es geht nicht um einen Ausgleich im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten eines gesunden Menschen ...“, so das BSG.

Anzeige



Espan-Klinik mit Haus ANNA

Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen



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

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

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



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

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



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



Bei Mobilitätshilfen zum mittelbaren Behinderungsausgleich schuldet die Krankenkasse nur ein Hilfsmittel zur Erschließung des Nahbereichs um die Wohnung. Ausgeschlossen sind Hilfsmittel zur sportlichen Fortbewegung oder zur Erweiterung des Aktionsraums. Daher besteht nach Rechtsprechung regelmäßig kein Anspruch auf Rollstuhl-Ladeboy, schwenkbaren Autositz, Reisekonzentratoren etc.

Praktische Tipps

- ✎ Leistungen der Krankenkassen erfolgen nur auf Antrag. Dringend empfehlenswert ist die Stellung eines schriftlichen Antrags auf Ausstattung mit einem Hilfsmittel. Lassen Sie sich nicht mit der Aussage abwimmeln, ein Antrag hätte sowieso keine Aussicht auf Erfolg!
- ✎ Eine gute Vorbereitung der Antragstellung ist besonders wichtig. Es sollten fachliche und auch rechtliche Informationen über das begehrte Hilfsmittel eingeholt werden. Zur Begründung der zu beantragenden Leistung ist es empfehlenswert, vorab ggf. medizinische Gutachten und ärztliche Berichte zu besorgen.
- ✎ Nehmen Sie nicht hin, wenn die Krankenkasse Ihren Antrag nicht oder nur schleppend bearbeitet. Fassen Sie telefonisch oder auch schriftlich nach und erfragen Sie zumindest die Gründe für die Verzögerung.
- ✎ Gegen einen Ablehnungsbescheid kann innerhalb eines Monats Widerspruch bei der Krankenkasse schriftlich oder zur Niederschrift eingelegt werden.
- ✎ Scheuen Sie sich nicht, Ihre Ansprüche notfalls vor Gericht durchzusetzen, wenn Sie von der Krankenkasse dazu gezwungen werden. Aus Angst vor vermeintlichen Konsequenzen wird leider häufig kein Widerspruch oder keine Klage eingelegt.



Hinweis: Diese Tipps gelten entsprechend auch für die Beantragung von Heilmitteln oder besonderen Therapien aber auch für andere Sozialleistungen wie Pflegegeld, Grundsicherung, Eingliederungshilfe etc.

Jürgen Greß

Fachanwalt für Sozialrecht
Hoffmann & Greß Rechtsanwälte
PartGmbH
Telefon 089 – 76736070
info@hoffmann-gress.de



Auszug der Erstpublikation "Ansprüche auf Hilfsmittel und wie man sie umsetzt", S. 42 und folgende, beatmet leben – Perspektiven zur außerklinischen Beatmung und Intensivpflege, 4/2014, www.beatmetleben.de

... mehr Wissen

<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home.action>
Auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes finden Sie das aktuelle Hilfsmittelverzeichnis.

Das Hilfsmittelverzeichnis hilft bei der Konkretisierung des Versorgungsanspruchs der Versicherten und dient als unverbindliche Auslegung- und Orientierungshilfe für alle Beteiligten.

<http://hilfsmittel.bag-selbsthilfe.de/allgemeines.html>
Hintergrundinformationen, Ablauf der Verordnung der BAG Selbsthilfe e.V.



Bewegung

Die Bedeutung Körperliche Aktivität bei COPD

Die Bedeutung von regelmäßiger körperlicher Aktivität für den Krankheitsverlauf von Patienten mit COPD ist lange unterschätzt worden. Neuere Studien konnten immer wieder zeigen, dass unabhängig von der Schwere der Lungenerkrankung ein bisschen körperliche Aktivität immer besser ist, als gar nicht mehr körperlich aktiv zu sein.

So sind das Risiko für Krankenhauseinweisungen und das Risiko zu versterben bei vielen Patienten, die gar nicht körperlich aktiv sind, deutlich höher als bei Patienten, die noch eine gewisse körperliche Aktivität aufweisen.

Damit ist regelmäßige körperliche Aktivität im Alltag eine ganz wichtige Säule in der Dauertherapie von Patienten mit COPD geworden. Interessanterweise konnten ähnliche Beobachtungen auch bei Patienten mit Herzerkrankungen und bei Patienten mit Diabetes gemacht werden, so dass körperliche Aktivität bei allen chronischen Erkrankungen unbedingt empfohlen wird. Nicht zuletzt spielt körperliche Inaktivität weltweit eine ähnlich bedeutsame Rolle für die Entwicklung chronischer Erkrankungen wie das inhalative Zigarettenrauchen. So sterben weltweit genauso viel Menschen aufgrund von körperlicher Inaktivität wie aufgrund des inhalativen Zigarettenrauchens.

Die Definition

Körperliche Aktivität wird definiert als jegliche durch Muskeltätigkeit hervorgerufene körperliche Tätigkeit, die zu einem Energieverbrauch führt. Damit ist körperliche Aktivität nicht unbedingt gleichzusetzen mit Sport und kann viele Aktivitäten des täglichen Lebens wie beispielsweise Spaziergänge, Einkaufstätigkeit oder Gartenarbeit beinhalten.

Jeder Patient kann hier entsprechend seiner persönlichen Lebensumstände, Interessen und Hobbys die Tätigkeit verfolgen, die ihm am meisten Spaß bereitet und zu der er sich noch in der Lage fühlt. Wichtig ist für jeden Patienten zu wissen, dass nicht der "Marathonlauf" gefordert ist, sondern auch regelmäßige Spaziergänge in einem der Luftnot entsprechend angepassten Tempo hier schon sehr gute Effekte erzielen können.

Die Umsetzung

Vielen Patienten helfen motivierende Anreize. Neben der Organisation in Selbsthilfegruppen, wo eventuell gemeinsame Aktivitäten geplant werden können, sind die Lungensportgruppen wichtige Treffpunkte, um die körper-

lichen Aktivitäten gemeinsam ausführen zu können. In einer holländischen Studie waren die gemeinsamen Nordic-Walking-Ausflüge sehr erfolgversprechend. Einige Patienten fühlen sich auch durch einfache Schrittzähler oder die neueren Aktivitäts-Apps, die in den Smartphones zum Beispiel zur Anwendung kommen, angesprochen. So sehen viele Aktivitäts-Programme, die derzeit in klinischen Studien bei COPD untersucht werden, eine Steigerung der bisherigen körperlichen Aktivität um mindestens ca. 10 Prozent vor. Dies bedeutet an einem praktischen Beispiel, wenn man bisher im Durchschnitt 5000 Schritte pro Tag gegangen ist, nun jeden Tag mindestens 5500 Schritte zu gehen, gerne auch mehr.

Die meisten Gesundheitskampagnen sehen für Menschen der Allgemeinbevölkerung ohne Lungenerkrankung ein Ziel von 10.000 Schritten pro Tag vor. Dies ist ein Ziel, welches auch Lungengesunde sehr häufig nicht erreichen. Für viele Patienten mit COPD in den höheren Schweregraden ist dieses Ziel schon gar nicht zu erreichen. Hier gilt es, sein bisheriges Aktivitätsniveau kontinuierlich zu steigern, um so sein Niveau zu finden, welches zu körperlichem Wohlbefinden führt.

Dem Muskelabbau durch Inaktivität bei COPD kann durch regelmäßige körperliche Aktivität so Einhalt geboten werden. Auch machen jüngste Studien Mut, die zeigen, dass bereits 15 Minuten regelmäßiges Spazieren gehen pro Tag einen deutlich positiven Einfluss auf das Krankheitsgeschehen bei chronischen Erkrankungen nehmen kann.

Eine europäisch-amerikanische Expertengruppe hat kürzlich erstmals Stellung zu diesem für die Patienten sehr wichtigem Thema bezogen und die Bedeutung von regelmäßiger körperlicher Aktivität in der Behandlung der COPD herausgestellt (Watz und Koautoren, *European Respiratory Journal* 2014 Dec;44(6):1521-37).

PD Dr. med. Henrik Watz
Pneumologisches Forschungsinstitut
LungenClinic Grosshansdorf





Motivation

Tägliches Training mit Michaela Frisch

Wer kennt Sie nicht? Michaela Frisch, Therapieleiterin in der Espan-Klinik in Bad Dür rheim und Vorstandsmitglied der AG Lungensport, ist vielen Patienten und Ärzten bekannt und allseits beliebt. Mit viel Lebensfreude und ihrer unvergleichlich positiven Ausstrahlung ist sie auf Kongressen, dem Symposium Lunge, Schulungen und Messen präsent, um für mehr Bewegung zu plädieren. Mit ganz praktischen Anleitungen zeigt sie, wie eine unkomplizierte Umsetzung im täglichen Alltag möglich ist.

Der Faktor „Spaß“ darf dabei natürlich nicht fehlen und so würzt Michaela Frisch ihre Ausführungen mit praxisnahen Kommentaren, die zum Schmunzeln verführen. Damit sich auch zu Hause bei Ihnen dieser Effekt zeigt und Sie vielleicht dadurch ein bisschen mehr angespornt werden „dabei zu bleiben“ und wirklich täglich einige Übungen zu praktizieren, finden Sie neben den realen Übungsanleitungen und Fotos einige praxisnahe „Motivationskarikaturen“

Übungen mit der Mineralwasserflasche

Füllung der PET-Flasche: Wasser, Steine, Murmeln, Sand,...

Übung leicht (0,3 oder 0,5 L Flasche mit Wasser), Ausgangsstellung: aufrechter Sitz

Atmung (Brustkorbmobilisation, Brustkorbdehnung, Atemkoordination): die Flasche mit beiden Händen greifen und auf die Oberschenkel legen, mit der Einatmung durch die Nase die Flasche vor den Brustkorb führen, Ellbogen zeigen nach außen, mit der Ausatmung (Lippenbremse, langsames Ausströmen der Luft über die Lippen) wieder zurück nach unten.

Training: die Flasche mit beiden Händen fassen und mit leicht gebeugten Ellbogen nach vorne strecken, eine Acht beschreiben, die Atmung fließt mit der Lippenbremse bewusst weiter.

Variation: schneller – kleiner, größer – langsamer



Übung mittel (1 L Flasche mit Wasser), Ausgangsstellung: aufrechter Sitz

Atmung (Brustkorbmobilisation, Brustkorbdehnung, Atemkoordination): die Flasche mit beiden Händen greifen und auf die Oberschenkel legen, mit der Einatmung durch die Nase die Flasche vor den Brustkorb führen, Ellbogen zeigen nach außen, mit der Ausatmung (Lippenbremse, langsames Ausströmen der Luft über die Lippen) die Flasche nach vorne schieben. Mit der Einatmung die Flasche wieder vor den Brustkorb führen, Ellbogen zeigen nach außen. Mit der Ausatmung (Lippenbremse, langsames Ausströmen der Luft über die Lippen) die Wasserflasche langsam, angepasst an die Atmung, wieder nach unten zurück in die Ausgangsposition führen.

Training: die Flasche mit beiden Händen fassen und mit leicht gebeugten Ellbogen nach vorne strecken, jeweils eine Acht beschreiben, die Atmung fließt. Zusätzlich das rechte Bein nach vorne strecken- Zehenspitzen hoch ziehen, und das Bein in kleinen Bewegungen auf und ab bewegen.

Variation: Arme / Acht kleiner – schneller und Bein größer – langsamer (anders herum). Seitenwechsel wegen der Gleichseitigkeit nicht vergessen!!!



Atmung (Brustkorbmobilisation, Brustkorbdehnung, Atemkoordination): die Flaschen mit jeweils einer Hand greifen und auf die Oberschenkel legen, mit der Einatmung durch die Nase die Flaschen vor den Brustkorb führen, Ellbogen zeigen nach außen, mit der Ausatmung (Lippenbremse, langsames Ausströmen der Luft über die Lippen) die Flaschen nach vorne schieben. Mit der Einatmung die Flaschen wieder vor den Brustkorb führen, Ellbogen zeigen nach außen. Mit der Ausatmung (Lippenbremse, langsames Ausströmen der Luft über die Lippen) die Wasserflasche langsam, angepasst an die Atmung, wieder nach unten zurück in die Ausgangsposition führen.

Variation: bei der Einatmung 3-4 mal schnüffelnd einatmen.

Training: die Flasche mit beiden Händen fassen und mit leicht gebeugten Ellbogen nach vorne strecken, jeweils eine Acht beschreiben, die Atmung fließt. Auf der Stelle gehen / walken / joggen / immer im Wechsel eine Ferse nach vorne setzen.

Variation: Tempo variieren. Bewusst auf die Lippenbremse achten!!

Entspannung: im Sitzen – Kutschersitz, im Stehen – Torwartstellung
Viel Spaß und Erfolg beim Üben!!!



Die etwas andere „Bewegung“

Vertiefte Atmung durch Singen

Seit über einem Jahr bietet die Schön Klinik Berchtesgadener Land ihren Lungenpatienten eine Therapie-Gruppe „Atmen durch Singen“ an. Die Physiotherapeutin Stephanie Jahn, die in ihrer Freizeit leidenschaftlich gerne singt, hat sich dafür eingesetzt, dass aus ihrer Klinik ein „Singendes Krankenhaus“ wird. Denn sie war ganz berührt, wie viel glückliche Momente sie den oft sehr schwer eingeschränkten Patienten damit geben konnte. „Beim Singen empfindet man ganz schnell eine Begegnung mit sich und mit anderen“, schildert die Atemtherapeutin, die eine umfangreiche Fortbildung als Singleleiterin absolviert hat.

Dass Singen mit den Patienten sich positiv auf den Heilungserfolg auswirkt, konnte der Verein „Singende Krankenhäuser“ durch mehrere Studien belegen. Die Redaktion fragt nach bei **Stephanie Jahn**.

Singen trotz Atemnot – ist dies bei allen Lungenpatienten möglich?

Prinzipiell können alle Lungenpatienten an den Singgruppen teilnehmen. Die Stunde beginnt immer mit „Ankommübungen“, mit Übungen zur Atemwahrnehmung und leichten Einsingübungen (Summen, Tönen, Brummen). Dadurch senkt sich die Atemfrequenz, falls Patienten außer Atem ankommen sollten.

Bei den Übungen macht jeder so mit, wie er sich in der Lage fühlt: Bei den Liedern mit Bewegung suchen sich die Teilnehmer aus, ob sie mitsingen oder die Arme bzw. Beine im Rhythmus bewegen wollen oder ob sie beides schaffen. Ohnehin gibt es beim Singen wenige Atemprobleme, weil durch den Spaß und die Freude unbewusst reflexartig geatmet wird und so der Körper automatisch gut mit Sauerstoff versorgt ist.

Wie wird das Konzept der vertieften Atmung durch Singen praktisch umgesetzt?

Am Anfang stehen immer Einsingübungen und die spielerische Beschäftigung mit einzelnen Tönen. Unkomplizierte Begrüßungslieder fördern das mentale Ankommen der Patienten. In Kombination mit Tönen, vor allem mit Vokalen, die angenehm für die Stimme sind, erfolgt eine Wirbelsäulen-Mobilisation. (Hinweis: Als Vokal, auch Selbstlaut genannt, wird ein Laut bezeichnet, bei dessen Aussprache die Luft ungehindert entweichen kann. Im Deutschen sind a, e, i, o und u Vokale.) Um eine Reflexatmung, also eine unbewusste Atmung, anzukurbeln gibt es zum Beispiel Übungen mit Armpendeln zu kurzen Silben, vor allen mit Explosivlauten wie in „wittwott“.

Einfache Lieder mit leichten, gut ins Ohr gehenden Texten, die mantrisch – d.h. mit stetig gesungenen Wiederholungen, ohne Nachzudenken – gesungen werden können, animieren zum Mitmachen. Beliebt sind auch Kanons, die viele kennen oder Massagelieder, bei denen zusätzlich Massageelemente wie Massageeigeln oder Klopfen, Zupfen der Haut zum Einsatz kommen.

Wie kann eine Umsetzung zu Hause erfolgen? Ist zuerst eine Anleitung durch einen Atemtherapeuten notwendig – um z.B. nicht in eine Atemnot-Situation zu kommen?

Atemnot ist beim Singen selten ein Thema, da die Freude diese quasi vergessen lässt. Unsere Patienten sprechen erfahrungsgemäß niemals von Atemnot, wenn sie uns – zum Beispiel beim nächsten Klinikaufenthalt – von ihren Singfortschritten zu alten Gassenhauern oder Radioschlagern berichten.

Wir unterstützen die Patienten bei der Suche nach örtlichen Singgruppen, offenen Singkreisen oder Vokalwerkstätten. Gerne geben wir Patienten die Liedtexte mit, manchmal nehmen sich Patienten Lieder mit dem Handy auf und singen sie für sich allein daheim weiter.





Ernährung

Basiswissen:

Ernährung und Atmung

Was für einen Zusammenhang hat Ernährung mit der Lungenerkrankung COPD? Während bei Stoffwechselerkrankungen wie z.B. Diabetes es naheliegend erscheint, auch an eine Verbindung der Grunderkrankung mit der täglichen Ernährung zu denken, so ist ein direkter Einfluss bei der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung nicht unmittelbar erkennbar.

Ernährung und Atmung

Zwischen Ernährung und Atmung besteht sogar ein enger Zusammenhang, denn die Atmung liefert den notwendigen Sauerstoff, der für die „Verbrennung“ (Oxidation) bzw. „Verstoffwechselung“ der Nährstoffe benötigt wird.

Durch die Verbrennung bilden sich Energie und Kohlendioxid. Ein Teil der Ernährung wird für die Atemmuskulatur selbst benötigt. Das Kohlendioxid wird als Abfallprodukt ausgeatmet. Ist die Atmung eingeschränkt, fehlen infolgedessen dem Körper wichtige Nähr- und Baustoffe.

Im Falle einer COPD wird für den Vorgang der Atmung aufgrund der Einengung der Atemwege grundsätzlich mehr Energie (Nährstoffe) verbraucht. Im Vergleich zu Gesunden ist der Energiebedarf bei COPD bis zu zehnmal höher.

Bei einem Lungenemphysem ist durch die Überblähung der Lunge die Atemarbeit besonders energieaufwändig. In Ruhe kann der Anteil am Gesamtenergieverbrauch auf bis zu 60 % steigen.

Rückgang der Muskulatur

Ein weiterer Effekt, der zumindest teilweise in Verbindung zur Ernährung steht, ist der Rückgang der Muskulatur bei COPD.

Anhand von Untersuchungen (z.B. ESPEN 2006) konnte gezeigt werden, dass bei der überwiegenden Zahl der COPD-Patienten schon im frühen Stadium auch bei gleich bleibendem Gewicht ein Rückgang der Atemhilfsmuskelfunktion und der sogenannten fettfreien Muskelmasse (FFM) festgestellt werden konnte.

Fettfreie Muskelmasse (FFM) ist der Anteil des Gesamtkörpergewichts, der viel Eiweiß enthält und viel Energie ver-

braucht. Das Gesamtkörpergewicht setzt sich aus fettfreier Muskelmasse und sogenannter Fettmasse zusammen. Als Gründe für den Abbau der Muskulatur (FFM) gelten:

- Beeinträchtigung von Bewegung
- Nährstoffmangel durch Einschränkung der Sauerstoffaufnahme
- Erhöhter Energiebedarf durch Infekte, Medikamente (z.B. Steroide/Kortison)
- Chronische Entzündungsprozesse durch COPD

Das Gewicht

Durch die vorab beschriebene Einschränkung der Atmung und damit einhergehende Folge der Nährstoffaufnahme, wie auch dem Rückgang der Muskulatur kommt es bei etwa 20 – 60 % der COPD-Patienten zu einer Mangel- bzw. Fehlernährung.

Manchmal lassen sich die Auswirkungen der COPD auf den Patienten in zwei verschiedene Kategorien unterteilen: den Pink Puffer (rosa Keucher) und den Blue Bloater (blauer Huster).

Nachfolgend finden Sie die Merkmale der Typisierung:

Blue Bloater	Pink Puffer
vorwiegend Patienten mit chronischer Bronchitis	vorwiegend Patienten mit Emphysem
Zyanose (bläulich verfärbte Lippen und Nagelbetten) als Folge einer Unterversorgung des Blutes mit Sauerstoff	keine Zyanose
reichlich Husten mit Auswurf	wenig Husten und Auswurf
weniger Beschwerden / geringere Atemnot	deutlichere Beschwerden / starke Atemnot
Mangel an Mikronährstoffen / Mangel an Eiweiß	Kalorienmangel
häufig Probleme mit der Pumpfunktion des Herzens (Cor pulmonale)	sehr selten Cor pulmonale



Sowohl Über- als auch Untergewicht beeinflussen die Symptomatik und das Fortschreiten der COPD negativ.

Als Gewichtsverlust, der in der Regel bei COPD häufiger vorkommt, ist eine Abnahme des Körpergewichts um mehr als 10 % in den letzten Monaten oder um mehr als 5 % im letzten Monat zu werten.

Quelle: COPD-Leitlinie 2010

Persönliche Ernährungssituation

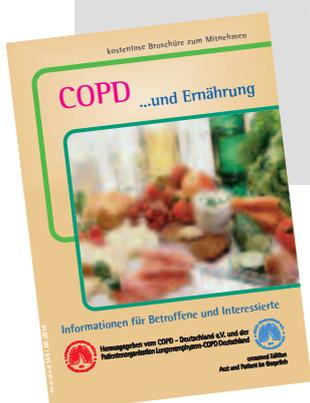
Eine ausführliche Erfassung der aktuellen Ernährungssituation in Verbindung mit der körperlichen Untersuchung schafft Klarheit über die individuelle persönliche Situation und ist Grundlage für mögliche ernährungstherapeutische Maßnahmen.

Die Erfassung der Ernährungssituation kann vom behandelnden Arzt oder auch durch den hinzugezogenen Ernährungsberater erfolgen. Neben verschiedenen sogenannten Screenings und Assesementverfahren sind hierbei auch Ernährungstagebücher sehr hilfreich.

Die regelmäßige Bestimmung des Body Mass Index (BMI) und des Körpergewichtes sind dabei wichtig und gehören zur Routinediagnostik bei COPD.

Unterstützen Sie die Verlaufskontrollen durch eigene regelmäßige Kontrollen des Gewichtes. Nutzen Sie für die Dokumentation Ihrer persönlichen Ernährungssituation zum Beispiel das COPD-Tagebuch – auch wenn dort teilweise kein spezielles Feld für den Gewichteintrag vorgesehen ist. Dies kann helfen, ein mögliches „COPD-wasting“, d.h. die Reduzierung des Gewichtes innerhalb von wenigen Wochen, rechtzeitig zu erkennen.

Quelle: Ratgeber „COPD ... und Ernährung des COPD – Deutschland e.V. und der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland



... mehr Wissen

www.copd-deutschland.de

Lesen Sie weiter im Ratgeber „COPD ... und Ernährung des COPD – Deutschland e.V. und der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland. Der Ratgeber kann online gelesen werden (www.lungenemphysem-copd.de) oder beim Verein COPD – Deutschland e.V. bestellt werden. Beachten Sie die dort hinterlegten Versandinformationen.

Buchtipp

Neuerscheinung „Ernährung bei COPD“

Die internationalen GOLD-Richtlinien für COPD messen dem Ernährungszustand eine wichtige Bedeutung bei, da die Kapazität des Atemmuskels durch einen verbesserten Ernährungszustand gesteigert werden kann. Im Fokus steht die Vermeidung von starkem Über- und Untergewicht. Untergewichtige haben ein höheres Sterblichkeitsrisiko als Normalgewichtige. Hingegen ermüdet die Atemmuskulatur bei extrem Übergewichtigen früher.

Ziel der ernährungstherapeutischen Intervention ist es, die Gesamtbelastbarkeit, den Allgemeinzustand und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Eine Ernährungstherapie sollte immer mit körperlichem Training einhergehen, um die Zunahme von Muskelmasse zu fördern. Besonders wirkungsvoll zeigen sich ernährungstherapeutische Maßnahmen bereits in einem frühen Krankheitsstadium (COPD II).

Auszug Vorwort

Neben vielfältigen Hintergrundinformationen, finden Sie praktische Ernährungsempfehlungen und einen Rezeptteil, der übersichtlich gestaltet ist und nach vitaminreichen, eiweißreichen und leicht verdaulichen Speisen gegliedert ist und 120 Rezepte enthält.

Ernährung bei COPD

Anges Budnowski, Flora Koller, Martina Kreuter, Dr. Ralf Harun Wick

Wilhelm Maudrich Verlag, Wien, 2015

ISBN 978-3-99002-000-5





Osteoporose

Risiko reduzieren durch gezielte Ernährung

COPD und Osteoporose

COPD ist eine chronisch, entzündliche Lungenerkrankung. Neben der systemischen Entzündung, die auch das Risiko für eine Osteoporose erhöht, spielen weitere Faktoren eine entscheidende Rolle: Rauchen, zu wenig Bewegung, mangelhafte Ernährung und bestimmte Medikamente - hier vor allem die oral, in Tablettenform eingenommenen Korticoide (Kortison) - haben Einfluss auf die Knochendichte und damit auf das Risiko an Osteoporose zu erkranken.

Der Knochenverlust bei Rauchern ist doppelt so groß wie der bei Nicht-Rauchern. Dies liegt an der mangelhaften Versorgung mit Nährstoffen für das Knochengewebe des Rauchers.

Meist bewegen sich COPD-Patienten nicht ausreichend, da sie bei Belastung unter schwerer Atemnot leiden. Der Appell an alle COPD Patienten lautet: Verzichten Sie auf die Zigarette und beginnen Sie mit einem moderaten Bewegungsprogramm, das sowohl die Muskelkräftigung als auch das Ausdauertraining (regelmäßiges Spaziergehen) beinhaltet.

Durch eine bewusste Ernährung kann das Osteoporose-Risiko ebenfalls minimiert werden. Nährstoffe wie Kalzium- und Vitamin D beeinflussen den Knochenstoffwechsel positiv.

Kalzium und Vitamin D

Kalzium dient dem Knochen als Baustoff, ca. 1-1,5kg wird in den Knochen gespeichert. Kalzium ist an Muskelkontraktionen beteiligt, aktiviert das Blutgerinnungssystem, stabilisiert die Zellmembranen und ist an der Bildung von körpereigenen Enzymen, Hormonen und Neurotransmittern beteiligt. Im Bezug auf die Osteoporose stabilisiert Kalzium die Knochen.

Vitamin D verbessert die Kalzium-Aufnahme aus dem Darm und ist somit ebenfalls am Knochenstoffwechsel beteiligt. 80% der COPD-Patienten sind mangelversorgt mit Vitamin D, was folglich ein Risiko für die Osteoporose darstellt.

Unser Körper ist in der Lage Vitamin D aus UV-Strahlen und einem Cholesterinabkömmling (7-Dedhydrocholesterol) selbst herzustellen. In der Leber und den Nieren findet die Umwandlung in die aktive Form, das Calcitriol statt, für COPD Patienten bedeutet das:

Halten Sie sich bei Sonnenschein draußen auf, machen Sie möglichst täglich einen kleinen Spaziergang, damit Ihr Körper über die Haut Vitamin D bilden kann.

Reich an Vitamin D sind Lebensmittel wie die Fettfische: Lachs, Hering und Makrele. Aber auch Lebertran, Margarine, Pilze und Eier sind gute Vitamin D-Lieferanten.

Praktische Ernährungshinweise

Die besten Kalzium-Quellen sind Milch- und Milchprodukte. Sie sollten täglich auf dem Speiseplan stehen.

Mit einem Becher Joghurt und 2 Scheiben Käse (egal welche Fettgehaltsstufe) kann z.B. der Tagesbedarf von 1g Kalzium gedeckt werden.

Beispiele Kalziumgehalt von Lebensmitteln

Menge	Lebensmittel	Kalzium in mg
20g 1 EL	Magerquark	24
30g 1 EL	Schlagsahne	24
5g 1 EL	Parmesan	60
150ml 1 Tasse	Molke	90
30g 1 Portion	Brie	120
30g 1 Portion	Schafskäse	135

Menge	Lebensmittel	Kalzium in mg
150g 1 Portion	Pudding	159
150g 1 Tasse	Buttermilch	165
150g 1 Becher	Fruchtjoghurt	171
150g 1 Becher	Kefir, mager	183
30g 1 Portion	Gorgonzola	184
30g 1 Scheibe	Butterkäse	225
50g 1 Ecke	Camembert	250
250g 1/4Liter	Kakao	250
250g ¼ Liter	Vollmilch	300
75g 1/2 Packung	Mozzarella	302
30g 2 Scheiben	Schnittkäse, mager	322
30g 2 Scheiben	Emmentaler	330

Beispiele Mineralstoffgehalt einiger Mineralwässer (mg / l)

Quelle	Calcium	Magnesium Natrium
Gerolsteiner Sprudel	348	118 108
Bad Niedernauer Römerquelle	397	12,4 57,1
Förstina Sprudel	505	33 52
Rietenauer Dillenius-Quelle	533	15,6 78,2
Residenz Quelle Mineralwasser	556	77,7 75,6
Rietenauer Heilwasser	557	10,4 63,7
Imnauer Apollo	581	23 43,8
St. Anna Heilwasser	598	142 75
St. Margareten	607	21,5 48,6
Steinsieker Mineralwasser	620	20 50

Neben Milchprodukten sind Mineralwässer mit einem Kalziumgehalt von mindestens 400mg/l und weniger als 200 mg Natrium/l gute Ca-Lieferanten. Grünes Gemüse, wie Broccoli und Kräuter - wie z.B. Dill und Petersilie - können ebenfalls zur Ca-Versorgung beitragen.

Gut zu wissen

Organische Säuren, wie Oxalsäure z.B. in Rhabarber, Spinat und Mangold und Phytinsäure, in ballaststoffreichen Lebensmitteln - vor allem der Kleie - sind in der Lage Kalzium im Darm zu binden und somit dessen Resorption (Aufnahme) zu verringern. Durch Erhitzen können diese Säuren jedoch deaktiviert werden.

Auch Phosphate, wie sie in Schmelzkäse, Wurst- und Fleischwaren, Cola-Getränken und Kakao enthalten sind, verhindern die Kalzium-Resorption. Diese Lebensmittel sollten deshalb nur in geringen Mengen auf dem Speiseplan stehen.

Große Mengen tierisches Eiweiß, Koffein und Alkohol, wie auch eine kochsalzreiche Ernährung fördern die Kalzium-Ausscheidung.

Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Ernährung:

Verzehren Sie pro Woche ca. 300 - 600g Fleisch und Wurst, 1 - 2 Mal pro Woche Fisch, 3 - 4 Eier pro Woche, trinken Sie täglich nicht mehr als 4 - 5 Tassen Kaffee / Schwarztee oder grünen Tee, genießen Sie Alkohol in kleinen Mengen und arbeiten Sie statt mit Salz mit Kräutern und Gewürzen.

Eine Knochendichtemessung (DXA-Methode) ist bei längerer

Kortison-Einnahme in Tablettenform immer anzuraten. Eventuell ist die Gabe von Vitamin D-Präparaten notwendig, sprechen Sie hierüber mit Ihrem Arzt.

Annette Müller

Diätassistentin, Ernährungsfachkraft
Allergologie, Bad Dürkheim



Anzeige

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

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

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

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

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

Volksbank Rhein-Ruhr
Kontoinhaber COPD-Deutschland e.V.
Kontonummer DE54350603867101370002 • Bankleitzahl GENODE1VRR
Verwendungszweck: DVD Symposium und Ihr Vor- und Zuname

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



Aktuelle Empfehlungen

Ernährung und Knochengesundheit

In der aktuellen Ausgabe der Zeitschrift Osteologie 2/2015 wurdet ein Konsensus-Papier zum Thema "Ernährung und Knochengesundheit" publiziert. Eine Expertengruppe (2. Expertengespräch der Osteologie Akademie des Dachverbandes für Osteologie e.V.) um Professor Burckhardt, Lausanne und Professor Bischoff-Ferrari, Winterthur hat hierfür die vorhandene wissenschaftliche Literatur gesichtet, diskutiert und bewertet.

Nachfolgend finden Sie einen Auszug der Schlussfolgerungen des Gremiums:

- Eine ausgeglichene Ernährung enthält nicht genug Vitamin D, um den empfohlenen Bedarf (800 Internationale Einheiten pro Tag = 20 µg) zu decken. Sollte die Sonnenbestrahlung der Haut spärlich sein, muss ein Supplement (Ergänzung) gegeben werden, um die Knochengesundheit zu sichern.
- Kalzium ist unentbehrlich für den Knochen. Optimal sollen 800 – 1000 mg täglich zugeführt werden. Hauptquellen aus der Nahrung stellen Milch und Milchprodukte und gewisse Gemüsesorten, v.a. Kohlarten und Nüsse dar. Auch kalziumreiche Mineralwässer können als natürliche Kalziumquellen dienen. Kalziumsupplemente sind bei ausgeglichener Nahrung und normaler Magen-Darm-Funktion überflüssig.
- Phosphor ist ein wesentlicher Bestandteil des Knochens. Phosphor ist in den meisten Nahrungsmitteln vorhanden und wird daher über die Nahrung ausreichend zugeführt. Nur bei Unterernährung kann ein Mangel entstehen, der optimalerweise durch eine Verbesserung der Nahrung korrigiert wird.
- Eine genügende Proteineinnahme, sowohl tierischer wie pflanzlicher Herkunft, ist für die Knochengesundheit unentbehrlich. Sie muss aber mit einer adäquaten Kalziumzufuhr verbunden sein.
- Milch und Milchprodukte sind gute Kalziumquellen und zugleich Quellen biologisch hochwertiger Proteine. Gemüse wie Brokkoli, Fenchel und Grünkohl, Nüsse, Samen und Sojaprodukte sind ebenfalls kalziumreich. Sie müssen jedoch in hohen Mengen und regelmäßig konsumiert werden, um die nötige Menge Kalzium zuzuführen. Mit rund drei Portionen Milch und Milchprodukten täglich geht das wesentlich einfacher und die große Nährstoffvielfalt insgesamt trägt wesentlich zu einer gesunden und knochenfreundlichen Ernährung bei.
- Früchte und Gemüse sind knochenfreundlich, denn sie enthalten Kalium und teilweise Vitamin K. Vitamin K greift in den Knochenstoffwechsel ein und führt zu einer Stabilisierung der Knochenmatrix. Vitamin-K-Mangel erhöht das Frakturrisiko. Vitamin K wird hauptsächlich mit Gemüse und Salat aufgenommen.
- Die Mittelmeerernährung ist auch für den Knochen gesund, geht sie doch mit vermindertem Frakturrisiko einher.
- Soja und Isoflavone haben keinen nachweisbaren Effekt auf die Knochendichte.
- Eine zu hohe Säurelast der Nahrung hat einen negativen Einfluss auf die Knochengesundheit.
- Mineralwässer können sehr viel Kalzium enthalten. Kalzium aus Mineralwasser wird gleich gut absorbiert wie Kalzium aus Nahrungsmitteln oder Kalziumsupplementen.
- Ein Mangel an Vitamin B12 und Folsäure wird als Risikofaktor der Osteoporose betrachtet. Bei ausgeglichener Ernährung ist ein solcher Mangel in der Regel nicht zu befürchten.
- Untergewicht geht mit Osteoporose einher und muss aus diesem Grund vermieden werden. Die Behandlung einer Osteoporose hat wenig Erfolg, wenn die gesamte Ernährung – und damit auch das Körpergewicht – nicht verbessert wird.

... mehr Wissen

www.dv-osteologie.org/

Lesen Sie hier den gesamten Beitrag „Ernährung und Knochengesundheit“. Sie finden den Link zur pdf-Datei auf der Leitseite des Dachverbandes Osteologie e.V.

Lungenemphysem

Übersicht

Einleitung

Das Lungenemphysem ist definiert als eine irreversible (nicht rückführbare) Erweiterung von Lungenabschnitten. Durch die Überblähung verringert sich die Anzahl der für die Sauerstoffaufnahme- und -austausch erforderlichen Lungenbläschen und die Lufträume in der Lunge vergrößern sich.

Als Folge der Erweiterung der Lufträume verringert sich über mehrere Jahre fortschreitend die Lungenelastizität, was zu einer Überdehnung der Lunge mit Minderdurchblutung und einem nicht rückbildungsfähigen Schwund von Lungengewebe führt.

Die aufgeblähte Lunge behindert so das umliegende Lungengewebe. Damit wird auch Sauerstoff sehr viel schlechter aufgenommen und Kohlendioxid nicht im erforderlichen Maße abgegeben. Durch den Zuwachs des Lungenvolumens wird das unter der Lunge sitzende Zwerchfell in seinen Muskelbewegungen bei der Atmung zunehmend eingeschränkt. Das Zwerchfell ist der für die Atmung wichtigste Muskel.

Systemische Auswirkungen

Wie bei der COPD führen die Mechanismen der chronischen Entzündung in der Lunge auch beim Lungenemphysem zu systemischen Konsequenzen und zeigen eine Auswirkung auf andere Organsysteme.

Diese münden bei fortgeschrittener Erkrankung in einen Symptomkomplex, bestehend aus kardialer (das Herz betreffende) Einschränkung, Abnahme der Muskelmasse, Zunahme der Osteoporose, Depressionen und vielen anderen Komponenten.

Abseits der COPD findet sich das Lungenemphysem aber auch bei einigen entzündlichen hochaktiven Erkrankungen wie der exogen-allergischen Alveolitis (eine allergische Entzündung der Lungenbläschen, bedingt z.B. durch organische Stäube oder chemische Substanzen).

Entzündliche Prozesse spielen auch für die genetisch bedingte Form des Lungenemphysems den Alpha-1 Antitrypsin Mangel oder Störungen des angeborenen Immunsystems (Toll-like Rezeptor 4 Mangel) eine entscheidende Rolle

Symptomkomplex: Atemnot unter Belastung

Atemnot unter Belastung (Belastungsdyspnoe) ist neben einer chronischen Bronchitis Leitsymptom sowohl bei der

COPD als auch dem Lungenemphysem. Der Symptombeginn ist meist schleichend, oft unbemerkt und kann ab Ende der dritten Lebensdekade bereits eintreten. Für die Früherkennung ist es entscheidend, Risikopatienten mit Belastungsdyspnoe zu erkennen und dann eine Lungenfunktion durchzuführen. Der Anteil nicht diagnostizierter Patienten mit einer COPD und teils Lungenemphysem ist hoch, international ca. 70%, jüngere Daten für Deutschland zeigen aber noch 40%.

Erschwert wird die frühe Diagnose dadurch, dass die Belastungsdyspnoe ebenso ein wichtiges Symptom vieler anderer internistischer Erkrankungen ist. Mit der ersten schweren Exazerbation (akute Verschlechterung), die den Verlauf forciert, wird die Diagnose oft erst spät gestellt. Ein Screening (Reihenuntersuchung) bei Risikopatienten, z.B. mittels Lungenfunktion ist bislang nicht etabliert.

Zu den typischen Symptomen des Lungenemphysems insgesamt zählen:

- Dyspnoe (Atemnot) – vor allem Beeinträchtigung der Ausatmung
- geringe Atembreite (Unterschied des Brustumfangs zwischen Ein- und Ausatmung)
- Fassthorax (kurzer, breiter, fassförmiger Brustkorb, der in der Einatemstellung fixiert erscheint)
- Zyanose (bläuliche Verfärbung der Haut oder Schleimhäute)

Verschiedene Formen des Emphysems

Es können verschiedene Formen des Emphysems unterschieden werden. Die nachfolgend beschriebenen Merkmale können am besten erkannt werden, wenn das Emphysem noch nicht sehr weit fortgeschritten ist:

Proximal azinäres Emphysem

Dieser Typ Emphysem geht von den Endbronchiolen, einem Teil der unteren Atemwege bis zum letzten Abschnitt der Bronchien aus. Dies ist die häufigste Form des Emphysems und das typisch Emphysem des Zigarettenrauchers. Es befällt vorzugsweise die oberen Abschnitte der Lunge.

Panazinäres Emphysem

Bei diesem Typ Emphysem sind die Alveolen und Lungenläppchen mit nicht erkennbaren Umrissen betroffen. Diese Art wird typischerweise bei Patienten mit Alpha-1-Antitrypsinmangel beobachtet. Es sind vorzugsweise die mittleren Lungenabschnitte vom Emphysem betroffen.

Paraseptales Lungenemphysem

Diese weitere Form des Emphysems betrifft vorwiegend Alveolargänge und Alveolarsäckchen und ist typischerweise in der subpleuralen Lunge und nahe den zentrilobulären Septen und Gefäßen angesiedelt.

Bullöses Lungenemphysem

Sind größere Blasen im Rahmen eines Lungenemphysems vorhanden, wird dies als bullöses Lungenemphysem bezeichnet. Eine Bulla kann radiologisch erkannt werden als ein scharf abgegrenzter, mindestens 1 cm durchmessender Hohlraum, der von einer Wand mit einer Dicke von mehr als 1 mm begrenzt ist.

Die verschiedenen Formen des Emphysems lassen sich am besten durch eine hochauflösende Computertomographie (HRCT) beurteilen. Bei der Indikationsstellung für eine Volumenreduktion spielt dies eine wichtige Rolle.

Behandlung des Lungenemphysems

Aufgrund des irreversiblen und chronisch fortschreitenden Charakters des Lungenemphysems zielt die Behandlung auf eine bestmögliche Lebensqualität, Symptomarmut, Reduktion von Exazerbation und Erhalt der Lungenfunktion. Eine erfolgreiche Behandlung mit den Zielen der Verlangsamung der Progression der Erkrankung, Symptomarmut und bestmöglicher Lebensqualität kann nur durch Berücksichtigung und Mitbehandlung der Begleiterkrankungen erreicht werden.

Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Behandlung des Lungenemphysems ist analog zur COPD. Die Behandlungsempfehlungen und Leitlinien bei der COPD sehen eine Stufentherapie nach Krankheitsstadium und Symptomatik der Patienten vor. Spezielle Indikationen mit Vorteilen beim vornehmlich vorliegenden Lungenemphysem gibt es nicht. Allein die Enzymsubstitution in der seltenen Untergruppe des Alpha-1 - Antitrypsinmangel ist gesondert etabliert.

Nichtmedikamentöse Behandlung

Neben der medikamentösen, vorwiegend inhalativen Therapie der COPD stehen weitere nicht-medikamentöse Behandlungsoptionen zur Verfügung, darunter auch präventive Ansätze (Rauchstopp, Grippe- und Pneumokokken- Schutzimpfungen). Ebenso ist die Langzeitsauerstoff-Therapie sowie Rehabilitation und Lungensport etabliert.

Nicht-invasive Beatmung (Heimbeatmung)

In fortgeschrittenen Stadien, bei chronisch respiratorischer Insuffizienz zeigen neue Erkenntnisse, dass nicht-invasive Beatmungsverfahren (Heimbeatmung) die Sterblichkeit verringern und die Lebensqualität verbessern, so dass die außerklinische Heimbeatmung eine weitere wichtige Behandlungsmaßnahme darstellt.

Lungenvolumenreduktion

Verfahren zur Lungenvolumenreduktion beim Lungenemphysem zielen auf eine verbesserte Belastbarkeit durch eine Reduktion der Lungenüberblähung.

Operative Verfahren

Erstmals wurde 1954 das Verfahren der Emphysemchirurgie beschrieben. Die Akzeptanz blieb aufgrund der hohen Sterblichkeit gering.

Endoskopische Lungenvolumenreduktion (ELVR)

Im Vergleich zu den operativen Verfahren, war es das Ziel bei der Entwicklung endoskopischer Verfahren die Sterblichkeitsrate der Lungenvolumenreduktion zu senken und die Effekte durch bessere Patientenselektion zu verbessern. Verschiedene Verfahren haben sich etabliert, die in klinischen Studien eine Reduktion der statischen Überblähung und eine Verbesserung der Gehstrecke erreichen konnten.

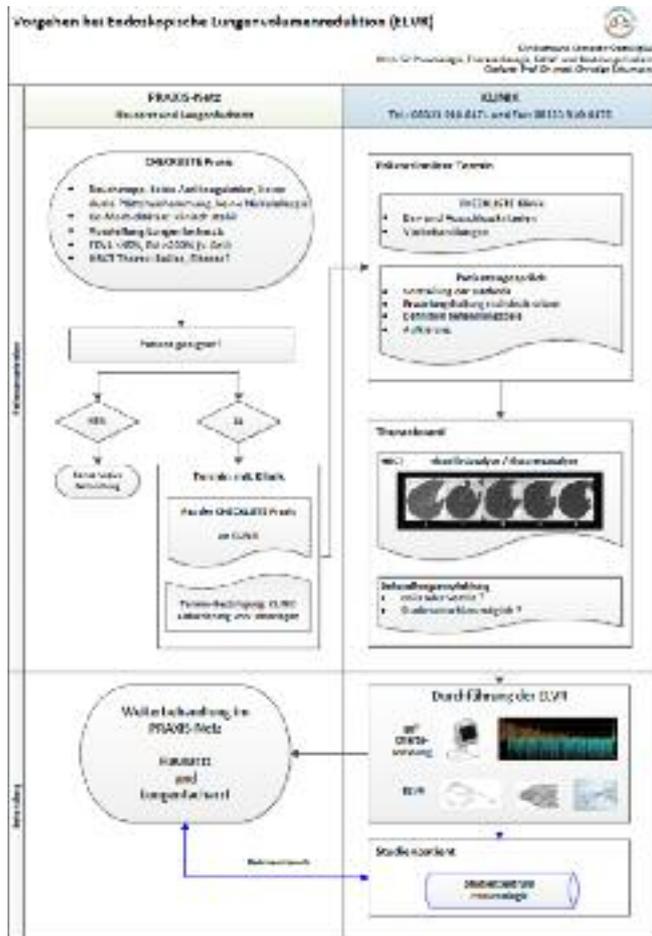
Abbildung 1 gibt einen Überblick zu den aktuell verfügbaren Verfahren.



Die interventionelle Behandlung des Lungenemphysems ist eine hochspezialisierte Therapie. Ein klarer Algorithmus (Vorgehensweise) für eine Patientenselektion und Kommunikation mit dem Behandlungszentrum sind für alle Behandlungspartner essentiell.

Im Klinikverbund Kempten-Oberallgäu erfolgt die Identifikation von Patienten auf Basis von Zuweisungen vom Lungenfacharzt. Anhang eines Arztberichtes, vorliegender Lungenfunktion und HRCT-Thorax erfolgt die Indikationsstellung und nachfolgende Aufklärung des Patienten.

Abbildung 1 Algorithmus zur Patientenselektion und Behandlung im Klinikverbund Kempten-Oberallgäu



Die fachärztliche Mitbetreuung durch einen Lungenfacharzt ist von größter Bedeutung. Eine spezielle Therapie zur Behandlung der Lungenüberblähung ist nur interventionell mittels Lungenvolumenreduktion möglich. Insofern sollte die Indikationsstellung für jeden Einzelfall geprüft werden. Eine enge Kooperation mit einem spezialisierten Behandlungszentrum ist anzuraten, hier ist eine breite interventionelle Erfahrung erforderlich, auch im Sinne des Komplikationsmanagements.

Grundsätzlich ist die Empfehlung zur Teilnahme an klinischen Studien bzw. Patientenregistern sinnvoll, um weitere klinische Daten zu sammeln, auch im Hinblick auf die Behandlungsqualität des Behandlungszentrums. Abgestimmte Algorithmen zur Selektion von Patienten und eine klare Kommunikation sind vorteilhaft.

Der Anteil der Patienten, bei denen eine schwere COPD und gleichzeitig ein schweres Lungenemphysem vorliegen und die für eine endoskopische Lungenvolumenreduktion in Betracht kommen, ist in Deutschland bei ca. 1% zu schätzen.

Professor Dr. Christian Schumann
 Chefarzt Klinik für Pneumologie,
 Thoraxonkologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin
 Klinikverbund Kempten-Oberallgäu
 gGmbH, Immenstadt



Zusammenfassung

Das Lungenemphysem ist eine chronisch progrediente Lungenerkrankung mit irreversibler Lungenüberblähung meist auf der Basis einer schweren COPD. Zahlreiche Begleiterkrankungen kommen vor. Ein Lungenhochdruck kann sich entwickeln.

Anzeige

Sauerstoff immer und überall.

Mobile Konzentratoren
 Alle Modelle

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

www.sauerstoffkonzentratoren.de

Beratungstelefon:
 (0365) 20 57 18 18

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

SimplyGo mini

air-be-c
Medizin Technik

eQuinox

Bei COPD auch auf Alpha-1-Antitrypsin-Mangel testen

Rund 8.000 bis 16.000 Menschen in Deutschland leben mit einem schweren Alpha-1-Antitrypsin-Mangel (Alpha-1). Viele der Betroffenen wissen jedoch nichts von der wahren Ursache ihrer Beschwerden: Denn selbst Experten verwechseln Alpha-1 aufgrund der ähnlichen Symptome – wie Husten, Auswurf und Atemnot – häufig mit einer COPD. Im Schnitt dauert es sieben Jahre und fünf Ärzte bis die Diagnose „Alpha-1“ gestellt wird. Einen ersten Hinweis, ob es



sich um Alpha-1 handeln könnte, liefern bestimmte Auffälligkeiten: Während COPD als typisches Raucherleiden gilt, trifft Alpha-1 auch Nichtraucher. Stutzig werden sollten Betroffene zudem, wenn sich ihre Symptome trotz Behandlung nicht verbessern oder wenn in der Familie bereits ein Lungenemphysem oder Alpha-1 bekannt ist.

Ein einfacher Schnelltest bringt Gewissheit

Mit einem einfachen Schnelltest kann die Erkrankung allerdings leicht ausgeschlossen werden. Solch einen Test empfiehlt auch die nationale COPD-Leitlinie: Jeder COPD-Patient in Deutschland hat Anspruch darauf, sich einmal im Leben auf das Vorliegen von Alpha-1 testen zu lassen.

Genau hier setzt auch die Initiative PROAlpha an: Sie möchte über die Erkrankung aufklären und Ärzte sowie Patienten motivieren, auf Alpha-1 zu testen, mit dem Ziel, die Zahl der Fehl- und Spät Diagnosen zu verringern. Denn je früher Alpha-1 erkannt wird, desto wirksamer können Maßnahmen zur Prävention und Therapie sein. Dazu zählen z. B. Rauchentwöhnung und eine symptomorientierte Behandlung. Zudem kann das fehlende Alpha-1-Antitrypsin als Infusion von außen zugeführt werden. Geheilt werden kann die Krankheit zwar nicht, aber die fortschreitende Schädigung der Lunge kann damit verlangsamt werden.

Weitere Informationen, Testanforderung und exklusiver Terminservice unter: www.initiative-pro-alpha.de.

Neue Diagnostik

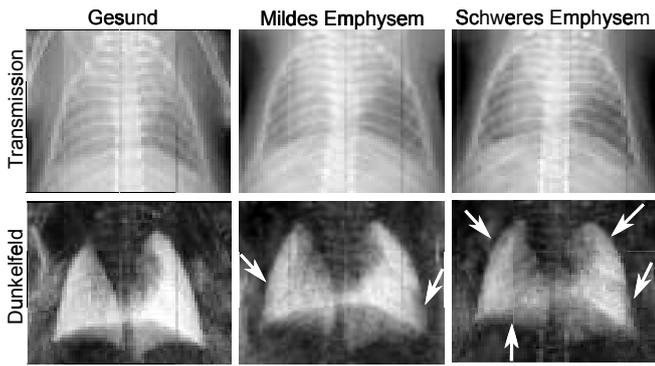
Dunkelfeld-Röntgenaufnahme erlaubt Frühdiagnose

Das Lungenemphysem ist eine der häufigsten schwerwiegenden Lungenerkrankungen, dessen Fortschreiten bei früher Erkennung und optimaler Therapie deutlich verlangsamt werden kann. Mitarbeiter des Instituts für Klinische Radiologie am Klinikum der Universität München (LMU) konnten in Zusammenarbeit mit Forschern der Technischen Universität und des Helmholtz Zentrums München zeigen, dass mittels Dunkelfeld-Bildgebung im Tierversuch bereits ein beginnendes Lungenemphysem sicher diagnostiziert werden kann. Auch eine Einteilung in verschiedene Schweregrade der Erkrankung ist mit diesem neuartigen Röntgenverfahren möglich.

Anders als bei der konventionellen Röntgenbildgebung, deren Funktionsweise auf der unterschiedlichen Absorption (Abschwächung) von Röntgenstrahlen beim Durchtritt durch Gewebe basiert, wird mit der neuartigen Dunkelfeld-Bildgebung die Streuung von Röntgenstrah-

len im Gewebe sichtbar gemacht. Diese Streuung tritt zum Beispiel an Grenzflächen zwischen Luft und Gewebe auf. Aus diesem Grund bildet das Dunkelfeld-Bild die Lunge in idealer Weise ab: Da das Grundgerüst der Lunge aus sehr vielen kleinen Lungenbläschen (Alveolen) besteht, an denen der Gasaustausch zwischen Blut und Atemluft stattfindet, ergeben sich unzählige Luft-Gewebe-Grenzflächen. Beim Durchtritt durch die gesunde Lunge wird die Röntgenstrahlung in alle Raumrichtungen gestreut, wodurch ein starkes Dunkelfeld-Signal entsteht.

Im Verlauf eines Lungenemphysems werden die Alveolen nach und nach zerstört und die Anzahl der Luft-Gewebe-Grenzflächen ist reduziert. Treten Röntgenstrahlen durch eine vom Emphysem betroffene Lunge, werden diese daher weniger gestreut. Im Tierversuch wurde ein deutlicher Signalabfall im Dunkelfeld-Röntgenbild der



Lunge festgestellt. Dabei zeigt die Signalstärke des Dunkelfeldbildes eine exzellente Korrelation mit der Gewebe-Beschaffenheit der Lunge (siehe Abbildung).

Diagnose Lungenemphysem zumeist sehr spät

Somit kann die Dunkelfeld-Bildgebung auch ein beginnendes Lungenemphysem sicher diagnostizieren und sogar eine Einteilung in verschiedene Schweregrade der Erkrankung ermöglichen. Dies ist in der konventionellen Transmissions-Bildgebung auf Grund der geringen Dichte des Lungengewebes nicht möglich. Im konventionellen Röntgenbild kann die Diagnose „Lungenemphysem“ zumeist erst sehr spät gestellt werden, nämlich erst dann, wenn die Lunge deutlich überbläht ist und sich zum Beispiel die Proportionen der knöchernen Brustwand ändern, oder das Zwerchfell durch die überblähte Lunge flach gedrückt wird.

Neue Optionen zur Früherkennung

Mit dem Dunkelfeld-Röntgen ergeben sich aber auch weitere völlig neue Anwendungsmöglichkeiten in der Lungen-Bildgebung. Zum Beispiel könnte die Technik Verwendung bei Screening-Untersuchungen (Früherkennungs-Untersuchung), bei Verlaufsbeobachtungen oder bei Therapie-Studien finden – ganz ohne Zuhilfenahme der Computertomographie, die deutlich strahlungsintensiver ist.

Die neuartige Röntgentechnik findet derzeit noch keine Anwendung in der klinischen Praxis. Bisher konnte die Überlegenheit der Methode in der Diagnostik des Lungenemphysems an lebenden Mäusen gezeigt werden. Eine Überführung der Ergebnisse in eine klinische Anwendung ist Hauptziel der aktuellen Forschungsaktivitäten.



Dr. Sigrid Auweter

Wissenschaftliche Projektmanagerin, Klinikum der Universität München, Institut für Klinische Radiologie, Campus Innenstadt, München

Referenzpublikation Investigative Radiology im Juli 2015

Mehr Luft – Mehr Aktivität

Für mehr Lebensqualität im Alltag.

INNOVATIVES VERFAHREN ZUR BEHANDLUNG DES FORTGESCHRITTENEN LUNGENEMPHYSEMS

Wenn Sie sich durch Ihr Lungenemphysem bereits bei den kleinen Dingen des Alltags eingeschränkt fühlen, dann könnten Coils eine Option zur Verbesserung Ihrer Lebensqualität sein.

Fragen Sie Ihren Lungenfacharzt – oder informieren Sie sich auf www.pneumrx.com/de



Imagine where we can go.



CE
0086

btg-im.com

PneumRx, Inc. ist ein Unternehmen der BTG International Gruppe
PneumRx ist eine eingetragene Handelsmarke der PneumRx, Inc.
BTG und das BTG Logo sind eingetragene Handelsmarken der BTG International Ltd.
„Imagine where we can go“ ist eine Handelsmarke der BTG International Ltd.

Kurz und wichtig

Gestalten Sie mit!

ELEMENTAR-Webshop

Ab sofort bietet Linde Healthcare nun über den neuen ELEMENTAR-Webshop die Möglichkeit, verschreibungsfreie Produkte aus dem Homecare-Bereich unkompliziert online zu bestellen. Auf www.linde-healthcare-elementar.de kann bequem auf ein großes Sortiment an Produkten aus den Bereichen Sauerstofftherapie, Schlaf, Beatmung sowie praktische Alltagshelfer zugegriffen werden.

Im Webshop findet sich eine Fülle von nützlichen Produkten, die das Leben angenehmer gestalten, wie das Pulsoxymeter MD 300, mit dem unterwegs kinderleicht die Sauerstoffsättigung des Blutes sowie der Puls gemessen werden kann. Der Webshop bietet aber nicht nur für Sauerstoffpatienten hilfreiche und sinnvolle Produkte an; auch Schlafpatienten auf der Suche nach Zubehörteilen oder einer neuen Maske werden fündig.

Das Angebot wird nach und nach um weitere Produktkategorien erweitert. Künftig wird Linde Healthcare seinen Kunden für eine optimale Versorgung im Webshop weitere Produkte anbieten. Geplant sind beispielsweise Lichtwecker für ein natürliches Erwachen oder Luftbefeuchter zur Verbesserung des Raumklimas.

Sie wünschen...?

Sie würden gerne ein bestimmtes Angebot im Webshop finden oder Sie suchen nach einem Hilfsmittel, einem Zubehör? Gestalten Sie die zukünftige Angebotspalette mit.

Wir freuen uns auf Ihre Anregungen. Schreiben Sie uns Ihre Wünsche:

Linde Gas Therapeutics GmbH
Marketing
Mittenheimer Straße 62
85764 Oberschleißheim

oder per E-Mail an info@linde-healthcare.de

Ich wünsche mir im ELEMENTAR-Webshop folgendes Produkt:

Als Dankeschön für Ihre Anregungen und Wünsche werden unter allen Einsendungen, die wir bis zum **01. November 2015** erhalten, eine **Easy Turn Sitzdrehscheiben** im Wert von € 99,-- (das weiche Drehkissen ermöglicht Drehbewegungen während des Sitzens) sowie drei Pakete mit je drei Alltagshelfern verlost



Forschung

Mechanismen zur Entstehung von Lungenfibrose

Wissenschaftler des Comprehensive Pneumology Centers (CPC) am Helmholtz Zentrum München haben einen neuen Mechanismus aufgedeckt, der zur Entstehung von idiopathischer Lungenfibrose (IPF) beiträgt. Sie konnten zeigen, dass die krankhafte Gewebeeränderung begleitet wird von einem gesteigerten Proteinumsatz durch die zentrale Proteinabbau-Maschinerie der Zelle – das Proteasom.

Die idiopathische Lungenfibrose ist eine sehr aggressive Form der Lungenfibrose, die eine besonders schlechte Prognose hat. Bei dieser Erkrankung, für die es bisher keine ursächlichen Therapien gibt, kommt es zu einer massiven Anreicherung von Binde- und Narbengewebe in der Lunge, was zum zunehmenden Verlust der Lungenfunktion führt. Das Bindegewebe wird insbesondere von sogenannten Myofibroblasten produziert. Die Arbeitsgruppe um Privatdozentin Dr. Silke Meiners vom Institut für Lungenbiologie und CPC konnte erstmals zeigen, dass die Aktivierung dieser Myofibroblasten von einem erhöhten Proteinumsatz durch das 26S Proteasom* abhängt.

Hemmung des Proteasoms als möglicher Therapieansatz

In der jetzt erschienenen Studie konnten die Helmholtz-Wissenschaftler eine Aktivierung des 26S Proteasoms sowohl bei der Umwandlung normaler Fibroblasten in Myofibroblasten in zwei unterschiedlichen experimentellen Modellen der Lungenfibrose zeigen. Auch in fibrotischem Lungengewebe von IPF-Patienten war ein erhöhter Proteinumsatz nachweisbar. „Zudem konnten wir umgekehrt zeigen, dass eine gezielte

Hemmung des 26S Proteasoms die Differenzierung von primären menschlichen Fibroblasten der Lunge in Myofibroblasten verhindert, was die essentielle Rolle der Aktivierung des proteasomalen Proteinabbaus für diesen pathologischen Prozess bestätigt“, so Silke Meiners.

„Das Verständnis der Mechanismen, die zur einer Erkrankungen wie der IPF führen, trägt dazu bei dass wir innovative Ansatzpunkte erkennen, die einen therapeutischen Eingriff erlauben“, so Prof. Dr. Oliver Eickelberg, Direktor des Instituts für Lungenbiologie und wissenschaftlicher Leiter des CPC. In weiteren Studien wollen die Helmholtz-Wissenschaftler nun den therapeutischen Einsatz von Substanzen testen, die gezielt das 26S Proteasom hemmen, aber andere Proteasomenkomplexe in der Zelle nicht beeinflussen.

Hintergrund:

* Das 26S Proteasom ist eine Art molekularer Schredder, der alte oder fehlerhafte Proteine der Zelle in ihre recyclebaren Einzelteile zerlegt. Es wird angenommen, dass ein Großteil der Proteine in der Zelle über diesen Weg abgebaut werden.

Quelle: Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungsinstitut für Gesundheit und Umwelt GmbH, 27. Juli 2015

Vorschau: In der Ausgabe IV/2015 der Patientenzeitschrift COPD in Deutschland wird eine aktuelle Übersichtsarbeit zum Thema Lungenfibrose veröffentlicht. Darüber hinaus findenn Sie eine aktuellen Status der verschiedenen Forschungsaktivitäten zur Lungenfibrose.

Auf ein Wort

Arzt und Patient im Gespräch

„Arzt und Patient im Gespräch – mehr wissen, aktuell und kompetent informiert“ –so lautet der Untertitel der Patientenzeitschrift COPD in Deutschland. Mit jeder Ausgabe der Zeitschrift arbeiten wir daran, diesem Anspruch gerecht zu werden – letztendlich mit dem Ziel, die Arzt-Patienten-Kommunikation zu unterstützen und zu verbessern. Wir freuen uns daher besonders, dass die Patientenzeitschrift COPD in Deutschland als neue Medienpartner sowohl Patienten als auch Ärzte begrüßen darf:

Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Koordinationsstelle der Selbsthilfegruppen

Jens Lingemann

Lindstockstr. 30

45527 Hattingen

Telefon 02324 – 999000 / Telefax 02324 - 687682

www.lungenemphysem-copd.de

shg@lungenemphysem-copd.de



Ihre Meinung ist uns wichtig!

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

COPD – Deutschland e.V.

Fabrikstrasse 33

47119 Duisburg

Telefon 0203 – 7188742

www.copd-deutschland.de

verein-copd-deutschland.de



Schreiben Sie uns!

Wir freuen uns über Ihre Kontaktaufnahme oder Ihren Leserbrief.

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

Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner (BdP) e.V.

Vorsitzender Dr. Andreas Hellmann

Geschäftsstelle

Hainenbachstr.25

89522 Heidenheim

Telefon 07321 -94691-80 / Telefax 07321 – 94691-40

www.pneumologenverband.de

info@pneumologenverband.de



Crossmed ... der Patientenverlag GmbH

Redaktionsleitung Sabine Habicht

Unterer Schranenplatz 5, 88131 Lindau

oder per E-Mail S.Habicht@crossmed.de

18. Deutscher Lungentag

Gute Nachrichten für Allergiker?

Mit diesem Motto möchte der Lungentag auf Allergien – insbesondere mit Auswirkungen auf die Atemwege – aufmerksam machen

Datum:

rund um den 19. September 2015

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

Informationen:

www.lungentag.de



12. Patientenforum Lunge

Asthma im Kindes- und Erwachsenenalter

Veranstalter

Helmholtz Zentrum München & andere

Veranstaltungsort

Klinikum der Universität München, Campus Innenstadt
Walther-Straub-Institut für Pharmakologie und Toxikologie
Nußbaumstr. 26/Ecke Schillerstraße, 80336 München

Veranstaltungsdatum

Mittwoch, 21. Oktober 2015, 15.30 – 19.30 Uhr

Anmeldung

erforderlich

Informationen

www.lungeninformations.de / info@lungeninformationsdienst.de

Telefon 089 – 3187-3991





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

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

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

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

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

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



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

Ausgaben 2015 - 2017	Herbst <input type="checkbox"/>	Winter <input type="checkbox"/>	Frühjahr <input type="checkbox"/>	Sommer <input type="checkbox"/>
Bestellung muss vorliegen bis zum	15.11.2015	15.11.2015	15.02.2016	15.05.2016
	Herbst <input type="checkbox"/>	Winter <input type="checkbox"/>	Frühjahr <input type="checkbox"/>	Sommer <input type="checkbox"/>
Bestellung muss vorliegen bis zum	15.08.2016	15.11.2016	15.02.2017	15.05.2017

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

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

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail für den Rechnungsversand angeben

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

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

Neue Rubrik

Patienten fragen – Experten antworten

In dieser kontinuierlichen Rubrik werden Ihre Fragen von Experten beantwortet.

Sie haben eine Frage? Dann schreiben Sie uns:

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

1. Lungenvolumenreduktion bei Rauchern

Frage:

In der vergangenen Ausgabe der Patientenzeitschrift „COPD in Deutschland“ wurde formuliert, was vor einer Lungenvolumenreduktion zu beachten ist. Was nicht thematisiert wurde ist die Frage, ob eine Lungenvolumenreduktion auch bei Patienten, die nach wie vor rauchen, durchgeführt werden kann.

Antwort:

Zuerst möchte ich noch einmal kurz zusammenfassen, dass es wichtig ist, dass das Emphysem vor der Entscheidung für eine interventionelle Emphysemtherapie, also eine Lungenvolumenreduktion, ganz genau CT-radiologisch charakterisiert und der Schweregrad des Emphysems gemessen wird. Die Lungenfunktion reicht für eine Entscheidung alleine nicht aus, da mit der Lungenfunktion integral die Folgen der Atemwegsentzündung und des Lungengewebverlustes gemessen werden, jedoch nicht spezifisch der Schweregrad des Emphysems. Weiterhin müssen die methodenspezifischen Kontraindikationen (Gegenanzeigen) mit Sorgfalt beachtet werden.

Nun zum Thema Rauchen. Leider gibt es unter den Lungenärzten eine mich in höchstem Maße erschreckende Militanz, die allen nicht entwöhnbaren Rauchern die neuen Methoden der Emphysemtherapie vorenthalten möchten.

Unbestritten ist Tabakkonsum für viele vaskuläre und pulmonale Erkrankungen ein wichtiger Risikofaktor oder sogar die Ursache. Es ist Teil der ärztlichen Aufgabe hierüber zu beraten und medizinische Hilfen zur Tabakentwöhnung anzubieten und anzuwenden.

Trotzdem bleiben Tabakentwöhnungsbehandlungen häufig entgegen aller Anstrengungen von Patient und Arzt erfolglos. Es ist daher unethisch, diesen rauchenden Patienten interventionelle Emphysembehandlungen generell vorzuenthalten. In der kardiovaskulären Medizin ist es eine Selbstverständlichkeit, dass nicht entwöhnbare Raucher interventionell oder chirurgisch behandelt werden.

Vor diesem Hintergrund nenne ich meine Klinik auch nicht

rauchfreies, sondern raucherfreundliches Krankenhaus. Ich berate zur Tabakentwöhnung und ich biete alle derzeit zur Verfügung stehenden Hilfestellungen an. Wer es aber nicht schafft, die Nikotinsucht zu überwinden, der wird wie jeder andere Patient behandelt und nicht diskriminiert.

Professor Dr. Martin Hetzel

Ärztlicher Direktor Klinik für Pneumologie, Internistische Intensivmedizin, Atemwegsmedizin und Allgemeine Innere Medizin - Leiter des Kompetenzzentrums Interventionelle Lungenemphysemtherapie, Krankenhaus vom Roten Kreuz Bad Cannstatt GmbH, Stuttgart



Anzeige



„Der Nächste bitte!“
Ihre Rechte und Möglichkeiten im Gesundheitssystem.

www.vfa-patientenportal.de

Ein Internetportal rund um Patientinnen und Patienten und ihre Versorgung.

vfa patientenportal

Eine Initiative der forschenden Pharma-Unternehmen

2. Leichte Konzentratoren

Frage: In der Frühjahrsausgabe der Patientenzeitschrift „COPD in Deutschland“ schreiben Sie auf Seite 37 über leichte Konzentratoren. Können Sie mir hierzu einen aktuellen Überblick geben?

Antwort: Der Fachhandel in Deutschland hat sich zwischenzeitlich auf den Kundenwunsch „größtmöglicher Bewegungsspielraum“ eingestellt. Einzelne Mobilkonzentratoren werden mittlerweile von zahllosen Händlern verkauft. Zumindest eine Handvoll gut sortierter Fachhändler bietet mehrere Modelle an. Nicht zu vergessen: Auch bei der Versorgung über die Krankenkasse kann der Versicherte den Leistungserbringer auswählen.

Zum Zeitpunkt Sommer 2015 sind folgende tragbare Konzentratoren in Deutschland verbreitet: Focus (0.8 kg), FreeStyle (2.0 kg), Inogen One G3 (2.2 kg), LifeChoice Activox (2.2 kg), SimplyGo mini (2.3 Kg), FreeStyle 5 (2.8 kg), XPO2 (2.9 kg) sowie Inogen One G2 (3.2 kg). Die Modelle unterscheiden sich hinsichtlich Akkulaufzeit und Geräuschpegel. Besonders sollte der Nutzer beachten, dass die maximale Sauerstoffgabe unterschiedlich ist. Dabei gibt die höchste Abgabestufe (z. B. Stufe 5) nur einen ersten Anhaltspunkt. Die Impulsmenge auf derselben Stufe unterscheidet sich nämlich bei jedem Modell.

Auf der sicheren Seite sind Anwender, die sich vor einer Anschaffung vom Fachhändler für mobile Sauerstoffkonzentratoren beraten lassen. Gewicht und Akkulaufzeit können im Vorfeld recherchiert werden. Für die Untersuchung der Handhabung und des Geräusches bzw. die Messung der Sauerstoffsättigung ist der Besuch eines Kundenberaters daheim bzw. beim Fachhandel unvermeidbar. Je größer die Auswahl der Modelle beim Anbieter ist, umso besser! So ersparen sich Interessenten viele Besuche und erhalten genau den Mobilkonzentrator, der zu ihnen passt.

Christian Kuchenreuther
air-be-c Medizintechnik
GmbH, Gera



Hinweis der Redaktion: Bei einem Besuch der Industrieausstellung des 8. Symposium Lunge in Hattingen, können Sie sich persönlich einen Überblick über die aktuellen Angebote von Konzentratoren verschaffen.

Anzeige



Unschlagbar günstig.

Pulsoximeter für nur 39,00 Euro. Exklusiv unter www.linde-healthcare-elementar.de

Nicht nur bei der Langzeitsauerstofftherapie muss der Sauerstoffanteil im Blut regelmäßig überwacht werden. Besonders leicht und schnell geht das mit dem Pulsoximeter MD 300 D. Sichern Sie sich dieses hochwertige Produkt jetzt zum Preis von nur 39,00 Euro* – exklusiv im Elementar Webshop unter www.linde-healthcare-elementar.de

Linde: Living healthcare



Linde Gas Therapeutics GmbH
Linde Healthcare, Mittenheimer Straße 62, 85764 Oberschleißheim
Telefon 089.37000-0, Fax 089.37000-37100, www.linde-healthcare.de



Selbsthilfe

Neuer Ratgeber

COPD: Auswirkungen auf Alltag, Psyche und Lebensqualität

Die Konfrontation mit der Diagnose einer chronischen Erkrankung wie der COPD, die mit körperlichen Funktionseinbußen einhergeht und einen sich verschlechternden Verlauf erwarten lässt, muss erst einmal bewältigt werden. „Du musst lernen, Deine Krankheit zu akzeptieren“ ist ein gut gemeinter und wichtiger, aber nicht immer einfach zu realisierender Rat an chronisch kranke Patienten.

Anpassungsprozess an die Erfordernisse des täglichen Lebens

Wie eine chronische Krankheit bewältigt und verarbeitet wird, ist individuell vom jeweiligen Menschen abhängig, wie auch von vielen weiteren Faktoren wie Umfeld, Familie, sozialem Status, Alter etc. Im Prinzip handelt es sich bei der Krankheitsbewältigung um einen Anpassungsprozess, denn die Anforderungen der Erkrankung und ihrer Behandlung müssen an die Erfordernisse des täglichen Lebens angepasst werden.

Eine Krankheit zu bewältigen, bedeutet also nicht nur die Krankheit und die Therapie zu meistern oder zu verarbeiten, sondern auch innerpsychische Aspekte wie z.B. Fühlen, Denken und psychosoziale Kontakte in der Familie, mit Freunden und am Arbeitsplatz neu zu ordnen und zu verarbeiten.

Aktiver Umgang steigert Lebensqualität

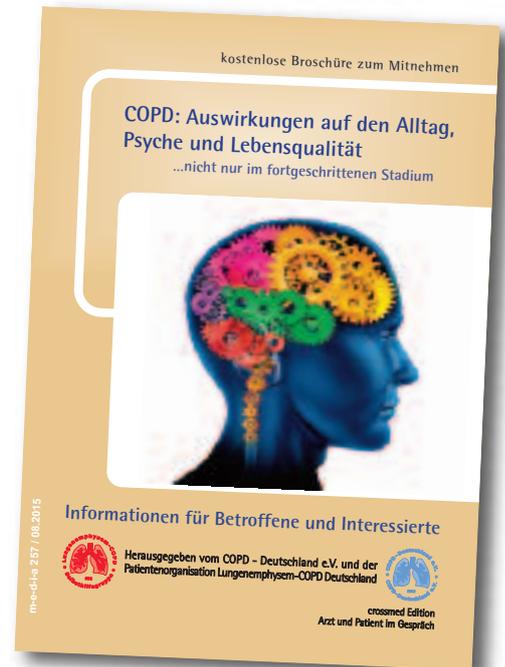
Wer aktiv mit seiner Erkrankung umgeht, kann in der Regel zumindest seine Lebensqualität und allgemeine Funktionsfähigkeit günstig beeinflussen. Aktiver Umgang kann z.B. darin bestehen, nach Informationen und sozialer Unterstützung zu suchen oder sich durch Aktivitäten bewusst negativen Emotionen zu entziehen.

Der erste Schritt zum aktiven Umgang mit der Erkrankung ist, die Erkrankung anzunehmen. COPD ist nicht reversibel und kann nicht geheilt werden. COPD ist ein Teil Ihres Lebens.

Doch durch einen aktiven Umgang mit der Erkrankung können Sie selber sehr viel dazu beitragen, um das Vorschreiten der Erkrankung drastisch zu verlangsamen.

Bedenken Sie: Mit der Diagnose COPD endet das Leben nicht, sondern es beginnt neu. Der Wille, trotz der vielen Einschränkungen zufrieden und glücklich zu leben, muss allerdings von Ihnen selbst kommen.

Der neue Ratgeber wird erstmals während des 8. Symposium Lunge in Hattingen am 12. September 2015 vor-



gestellt. Die Erstellung des Ratgebers erfolgte mit wissenschaftlicher Beratung von **Professor Dr. Klaus Kenn**, Chefarzt des Zentrums für Pneumologie, pneumologische Rehabilitation, Schön Klinik Berchtesgadener Land, Schönau am Königssee.

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

Jens Lingemann

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





Regional aktive Selbsthilfegruppen der Patientenorganisation Lungemphysem-COPD Deutschland

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

Baden-Württemberg

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



Bayern

Oberbayern/München
Niederbayern/Straubing
Oberpfalz/Regensburg



Berlin

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



Brandenburg

Brandenburg/Cottbus



Land Bremen

Bremen



Hamburg

Nord/Hamburg-Barmbek
Nord/Hamburg-Bergedorf



Hessen

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



Niedersachsen

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



Nordrhein-Westfalen

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



Rheinland-Pfalz

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



Saarland

Saarland/Riegelsberg



Sachsen

Sachsen/Hohenstein-Ernstthal



Sachsen-Anhalt

Sachsen-Anhalt/Halle



Schleswig-Holstein

Schleswig-Holstein/Fehmarn
Schleswig-Holstein/Rendsburg



Thüringen

Thüringen/Nordhausen



Impressum

HERAUSGEBER

Online-Akademie und Patienten-Bibliothek® (OAKAD) gemeinnützige GmbH
Unterer Schranneplatz 5 - 7
88131 Lindau
www.patienten-bibliothek.de
info@patienten-bibliothek.de

MEDIENPARTNER

Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland
Koordinationsstelle der Selbsthilfegruppen
Jens Lingemann
Lindstockstr. 30
45527 Hattingen
Telefon 02324 - 999000
Telefax 02324 - 687682
www.lungenemphysem-copd.de
shg@lungenemphysem-copd.de



COPD - Deutschland e.V.

Fabrikstrasse 33
47119 Duisburg
Telefon 0203 - 7188742
www.copd-deutschland.de
verein@copd-deutschland.de



Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner (BdP) e.V.

Geschäftsstelle
Hainenbachstr.25
89522 Heidenheim
Telefon 07321 -94691-80
Telefax 07321 - 94691-40
www.pneumologenverband.de
info@pneumologenverband.de



Verlag, Anzeigenvertrieb, Gestaltung

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

Geschäftsführung Anzeigenverwaltung

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

Redaktionsleitung

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

Redakteure

Ulrike Tietze, Berlin (frei)

Versandleitung

Sigrid Witzemann, Lindau und Bregenz

Verteilte Auflage 30.000 Stück an ca. 7.000 Ärzte, Kliniken, Apotheken, Patientenkontaktstellen, Gesundheitsämter, Geschäftsstellen von Krankenkassen, Bibliotheken, der Patienten-Bibliothek® sowie ca. 650 Sammelbesteller / Gruppen der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland und ca. 700 Lungensportgruppen in Deutschland.

Druck:

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

Ausgabe

Herbst 2015/2. Jahrgang

Erscheinungsweise

4 x jährlich
Nächste Ausgabe Winter/
01. Dezember 2015

Schutzgebühr pro Heft

Deutschland 2,50 Euro,
Ausland 4,50 Euro

Bildnachweise:

Deckblatt © contrastwerkstatt Fotolia, S. 6 und 7 Gemeinsamer Bundesausschuss, S. 12 Espen Eichhöfer, Berlin, S. 14 jedi-master, Jamie Hoopfer, S. 15 terex, WavebreakMediaMicro, S. 18 ag visuell, S. 21 Aktion Saubere Hände, S. 22 olezzo, Boehringer Ingelheim, S. 25 dalaprod, UMA, S. 26 Boehringer Ingelheim, S. 27 Jörg Eicker, S. 28 Lichtmalter, S. 29 designua, Spirit II, Mirage Micro, S. 30 JPC-PROD, S. 33 Ursula Kruett-Bockemühl, Augsburg, alltagshilfen50plus.de, sanvita, S. 34 Eurokey sign, Palace of Schönbrunn, cropped, topro troja, aufstehbett as-hilfen, S. 35 sanitätshaus24.de, S. 36 rehashop,dem yogabox.de, S. 36 alltagshilfen.de, S. 38 Ursula Krütt-Bockemühl, Augsburg, S. 41 MH, Robert Kneschke, S. 42 Alexander Raths, S. 43 und 44 Matthias Seifert Karrikaturen @ www.Patienten-Bibliothek.de, Fotos Martina Frisch, Espan-Klinik,Bad Dürrenheim, S. 45 Schön Kliniken Berchtesgadener Land, Schönau, S. 46 frank peters, S. 47 Kurhan, S. 48 HLPPhoto, benni1127, S. 50 akf, S. 52 und 53 Klinikverbund Kempten-Oberallgäu, S. 55 Institut für Klinische Radiologie am Klinikum der Universität München (LMU), S. 56 Linde Healthcare, Oberschleißheim,

Hinweise

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors wieder. Anzeigen müssen nicht die Meinung der Herausgeber wiedergeben. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Verwertung einschließlich des Nachdrucks der in der Zeitschrift enthaltenen Beiträge und Abbildungen sowie deren Verwertung und/oder Vervielfältigung - z. B. durch Fotokopie, Übersetzung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme oder Datenbanken, Mailboxen sowie für Vervielfältigungen auf CD-ROM - ohne schriftliche Einwilligung des Verlages ist unzulässig und strafbar.

Alle Rechte der vom Verlag Crossmed konzipierten Anzeigen und Beiträge liegen beim Verlag. Die Informationen/Beiträge der Patientenzeitschrift COPD in Deutschland können das Gespräch mit dem Arzt sowie entsprechende Untersuchungen nicht ersetzen. Die Patientenzeitschrift COPD in Deutschland - dient der ergänzenden Information.

Vorschau Herbst-Ausgabe

ERS Kongress, Amsterdam

... Kongress-Reports, Neuigkeiten,
Interviews, Übersichten
... Healthy Lungs for Life
... Lungenkrebs

Symposium Lunge, Hattingen

... Behandlung von chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen - heute und in Zukunft
... Zusammenfassung, Interviews

Atemmuskeltraining

... Einsatz, Effekte, Übersicht

Pneumothorax

... Übersicht

Lungenfibrose

... aktuelle Übersicht
... Forschungsaktivitäten im Überblick

Die Winterausgabe der Patientenzeitschrift COPD in Deutschland erscheint am 01. Dezember 2015

Ihr persönliches Exemplar zum Mitnehmen Herbst 2014

Patienten-Bibliothek

Arzt und Patient im Gespräch, die Patienten-Bibliothek informiert aktuell,

Chirurgie 2014

Patientenzeitschrift zum Deutschen Chirurgie Kongress, Berlin in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Chirurgie zwischen Faszination, Mut und Demut **Der Digitale OP**
Therapieerzicht die Rolle der Patientenverfügung

Deutschland 2,50 € Freizeits exemplar Herbst 2014 1. Jahrgang Patientenzeitschrift CHIRURGIE kostenfrei bei Ihrem Hausarzt, der Apotheke und in der Klinik

Ihr persönliches Exemplar zum Mitnehmen 2014 / 2015

Patienten-Bibliothek

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

Allergie 2014 / 2015

Patientenzeitschrift zum Deutschen Allergie Kongress, Wiesbaden in Kooperation mit: Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie, Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin und Arztverband Deutscher Allergologen

Nahrungsmittelallergien Aktionsplan Allergie
Bagatellisierung stoppen: erst Heuschnupfen, dann Asthma

Deutschland 2,50 € Freizeits exemplar Winter 2014 1. Jahrgang Patientenzeitschrift ALLERGIE kostenfrei bei Ihrem Hausarzt, der Apotheke und in der Klinik

Ihr persönliches Exemplar zum Mitnehmen Winter 2014

Patienten-Bibliothek

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

COPD in Deutschland

mit Berichten vom 7. Symposium Lunge, Hattlingen, vom Europäischen Pneumologiekongress, München und Allergiekongress, Wiesbaden

ACOS – Asthma-COPD-Overlap Syndrom
COPD und mögliche Begleiterkrankungen **Lebensqualität nach Operationen**
Passivrauchen

Deutschland 2,50 € Freizeits exemplar Winter 2014 1. Jahrgang COPD in Deutschland kostenfrei bei Ihrem Hausarzt, der Apotheke und in der Klinik

Ihr persönliches Exemplar zum Mitnehmen Sommer 2015

Patienten-Bibliothek

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

KnochenMuskelSehnen

Patientenzeitschrift zum Thema Stütz- und Bewegungsapparat in Kooperation mit Patienten- und Ärzteorganisationen

Der natürliche Alterungsprozess **Rückenbeschwerden in den Industrieländern**
schmerzhaften Knochenhautentzündungen

Deutschland 2,50 € Freizeits exemplar Winter 2014 1. Jahrgang Zeitschrift Knochen-Muskel-Sehnen kostenfrei bei Ihrem Hausarzt, der Apotheke und in der Klinik

www.Patienten-Bibliothek.de

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Alpha-1-Antitrypsin-Mangel

...eine Wätker-Krankheit?

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von COPD-Deutschland e.V. und der Atemwegspezialisten-Lungenphysiologen-COPD-Deutschland
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Freude erleben – trotz Alzheimer

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von Alzheimer Deutschland e.V.
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Viren oder Bakterien Antibiotika

... notwendig ja – aber wann?

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von COPD-Deutschland e.V. und der Atemwegspezialisten-Lungenphysiologen-COPD-Deutschland
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Nicht-invasive Beatmung BiPAP bei COPD und Lungenerphysem

Was ist notwendig, was ist medizinisch sinnvoll?

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von COPD-Deutschland e.V. und der Atemwegspezialisten-Lungenphysiologen-COPD-Deutschland
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Blasenkrebs

...frühzeitig erkennen und behandeln

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von der Patienten-Bibliothek gemeinnützige GmbH
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Wichtig! Compliance bei COPD und Lungenerphysem

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von COPD-Deutschland e.V. und der Atemwegspezialisten-Lungenphysiologen-COPD-Deutschland
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

COPD und mögliche Begleiterkrankungen

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von COPD-Deutschland e.V. und der Atemwegspezialisten-Lungenphysiologen-COPD-Deutschland
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

COPD ...und Ernährung

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von COPD-Deutschland e.V. und der Atemwegspezialisten-Lungenphysiologen-COPD-Deutschland
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Diagnostik

...bei obstruktiven Lungenerkrankungen

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von COPD-Deutschland e.V. und der Atemwegspezialisten-Lungenphysiologen-COPD-Deutschland
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Idiopathische Lungenfibrose

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von COPD-Deutschland e.V. und der Atemwegspezialisten-Lungenphysiologen-COPD-Deutschland
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Lungensport! Medizinische Trainingstherapie und Atemtherapie

...bei COPD, Lungenerphysem und Lungenfibrose

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von COPD-Deutschland e.V. und der Atemwegspezialisten-Lungenphysiologen-COPD-Deutschland
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Cortison

Wundermittel oder Teufelszeug?

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von COPD-Deutschland e.V. und der Atemwegspezialisten-Lungenphysiologen-COPD-Deutschland
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Rauchen: Hauptursache für COPD und Lungenerphysem

...erfolgreiche Wege rauchfrei zu werden

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von COPD-Deutschland e.V. und der Atemwegspezialisten-Lungenphysiologen-COPD-Deutschland
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Den Sprung wagen

...Heimdisziplin kann eine Alternative sein!

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von HEM DANLOS PATIENTEN E.V.
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Diabetes mellitus – Typ II

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von HEM DANLOS PATIENTEN E.V.
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Diabetes mellitus – Typ I

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von HEM DANLOS PATIENTEN E.V.
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Diabetes mellitus – Typ 3

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von der Patienten-Bibliothek gemeinnützige GmbH
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

EHLERS-DANLOS-Syndrom

...Akrobaten wider Willen

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von der EHLERS-DANLOS-Syndrom e.V.
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

LUCKY

...mit einer gesunden Schilddrüse

Informationen für Kinder und Jugendliche
Herausgegeben von der Schilddrüse-Op. Deutschland e.V.
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Osteopathie

Orthopädische Therapie / Osteopathische Verfahren – integrativer Bestandteil der Manualen Medizin –

Informationen für Patienten und Interessierte
Die drei ODSM-Seminare
Herausgegeben von der ODSM e.V.
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

VITALPILZE

...Kraft aus der Natur

Informationen für Interessierte
Herausgegeben von Vitalpilze e.V.
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Die Mistel

...in der integrativen Tumorthherapie

Informationen für Patienten und Interessierte
Herausgegeben von Mistel e.V.
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Wenn Magen und Darm verstimmt sind

...Meteorismus und Flatulenz

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von Wenn Magen und Darm verstimmt sind e.V.
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

kostenlose Broschüre zum Mitnehmen

Zecken-Borreliose

vermeiden – erkennen

Informationen für Betroffene und Interessierte
Herausgegeben von Zecken und BMBF Bund Deutschland e.V.
Herausgeber: Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt, Dr. med. Gert Hildebrandt
Arzt und Patient im Gespräch

Ratgeber, Informationsfolder und Patienten-Zeitschriften der Patienten-Bibliothek entstehen in engen Kooperationen und unter fachlich kompetenter Beratung. Das Angebot umfasst derzeit 120 Medien, wird kontinuierlich erweitert, Neuauflagen stetig aktualisiert. Über das Bestellsystem der www.Patienten-Bibliothek.de können Selbsthilfekontaktstellen, Ärzte, Kliniken, Therapeuten, Apotheken, Sanitätshäuser etc. die vorliegenden Ratgeber und Zeitschriften zur Weitergabe an Patienten kostenfrei und in erforderlicher Anzahl anfordern. Fragen Sie bei Ihrem Arzt, Apotheker, Therapeuten oder Ihrer Kontaktstelle, Klinik nach, sicher bestellt man dort gerne für Sie.