

12. Symposium Lunge



COPD und Lungenemphysem

Prophylaxe, Diagnostik und Therapien

Am Samstag, 07. September 2019

9:00 bis 17:00 Uhr

Auf dem Gelände des
Westfälischen Industriemuseum
Henrichshütte - Gebläsehalle
Werksstrasse 31-33
45527 Hattingen/NRW

Eintritt frei!

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

www.copd-deutschland.de

www.lungenemphysem-copd.de

Veranstalter:



Mitveranstalter:



Fordern Sie hier Ihr kostenloses Programmheft an:

<https://www.copd-deutschland.de/programmheft-bestellen>



Samstag, den 07. September 2019 von 9:00 bis 17:00 Uhr

LWL-Industriemuseum Gebläsehalle

45527 Hattingen, Werksstrasse 31-33

[Sämtliche Informationen erhalten Sie hier](#)

Newsletter der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Erscheinungsdatum: 19/05/2019

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
12. Symposium-Lunge am 07.09.2019 in Hattingen - COPD und potenzielle Begleiterkrankungen	1
COPD: Sauerstoffgabe versus nicht-invasive Beatmung	3
Maskenbeatmung vor einer Intubation verbessert die Sauerstoffversorgung	5
Auch bei „Seltenen“ hilft digitale Medizin.....	6
COPD: Bewegung als Therapie.....	8
COPD-Patienten mit einem hohen Risiko für Komplikationen besser erkennen.....	11

12. Symposium-Lunge am 07.09.2019 in Hattingen - COPD und potenzielle Begleiterkrankungen

Welche Begleiterkrankungen bei der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung COPD auftreten können, wird Dr. med. Michael Westhoff, Chefarzt an der Lungenklinik Hemer, in seinem Vortrag auf dem Symposium Lunge 2019 erläutern.

Fast jeder COPD-Patient weist mindestens eine, etwas mehr als die Hälfte aller COPD-Patienten sogar vier oder mehr Begleiterkrankungen auf. Ihr gehäuftes Auftreten wird neben dem Rauchen durch chronische Entzündungsreaktionen und vorzeitige Alterungsmechanismen, aber auch durch körperliche Inaktivität erklärt.

Insgesamt leiden etwas mehr als 50 % der COPD-Patienten unter einer oder mehreren Formen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. So geht die COPD mit einem 2,5-fach höheren Gesamtrisiko für jegliche Herz-Kreislauf-Erkrankung, wie koronare Herzkrankung (mit und ohne Herzinfarkt), Herzrhythmusstörungen, Herzleistungsschwäche, peripher-arterielle Verschlusskrankheit einher. Aufgrund von arteriosklerotischen Gefäßveränderungen, oft als Folge des Rauchens, können Durchblutungsstörungen der Beine mit belastungsabhängigen Schmerzen („Schaufensterkrankheit“) auftreten. Außerdem ist das Risiko für Schlaganfälle tendenziell erhöht.

Die COPD kann allein durch eine schwere Lungenüberblähung eine verminderte Blutfüllung und insbesondere bei Belastungen eine unzureichende Pumpleistung des Herzens verursachen. Weiterhin kann sich über eine langsam entwickelnde Verengung der Lungengefäße, begünstigt durch einen chronischen Sauerstoffmangel, eine Blutdruckerhöhung in den Lungengefäßen und eine Rechtsherzbelastung (sog. Cor pulmonale) einstellen.

Die chronische Entzündung der Bronchien kann die Abwehrfunktion des Atemwegsystems beeinträchtigen, sodass gehäuft Atemwegsinfekte auftreten. Gelegentlich besteht ein Mangel an Abwehrstoffen, sog. Immunglobulinen.

Die chronische Luftnot hat, häufig schon in frühen Stadien und dann oft noch unbemerkt, eine Abnahme der körperlichen Aktivität zur Folge. Mitunter wird diese durch eine



Samstag, den 07. September 2019 von 9:00 bis 17:00 Uhr

LWL-Industriemuseum Gebläsehalle

45527 Hattingen, Werksstrasse 31-33

[Sämtliche Informationen erhalten Sie hier](#)

Newsletter der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Erscheinungsdatum: 19/05/2019

Muskelschwäche infolge längerdauernder Kortisontherapie verstärkt. Der jährliche Verlust an Muskelmasse steigt bei körperlich sehr inaktiven Patienten um den Faktor 5. Inaktivität, Kortisontherapie und Vitamin-D-Mangel können außerdem zu einer Osteoporose und einem erhöhten Knochenbruchrisiko führen.

Bei Vorliegen einer obstruktiven Schlafapnoe kommt es im Nachtschlaf zu wiederholten Einengungen des Rachenbereichs, sodass weniger oder gar kein Sauerstoff in die Lunge bzw. den Körper gelangt. Über eine Entzündungssteigerung in den Atemwegen kann die Schlafapnoe die COPD ungünstig beeinflussen. Eine weitere Variante ist das sog. Obesitas-Hypoventilations-Syndrom (OHS), das durch starkes Übergewicht (Body-Mass-Index $> 30 \text{ kg/m}^2$) und erhöhte Kohlendioxidwerte gekennzeichnet ist. Eine Extremvariante ist die Kombination aus COPD, Schlafapnoe und OHS.

Einzelne COPD-Patienten entwickeln über entzündliche Mechanismen, aber auch durch Appetitmangel oder mangelnde Nahrungsverwertung eine fortschreitende Gewichtsabnahme („Kachexie“). Der damit verbundene Muskelabbau beeinträchtigt die Ausdauerleistung und verursacht allgemeine Schwäche, sowie vermehrt Luftnot. Derartige Verläufe werden häufiger bei schwerem Lungenemphysem beobachtet und sind mit einer erhöhten Sterblichkeit assoziiert.

Häufig leiden COPD-Patienten unter einer Refluxösophagitis („Sodbrennen“). Ihr Auftreten wird durch Kortisoneinnahme begünstigt. Dies gilt auch für den Diabetes mellitus, dessen Auswirkungen auf die Gefäße die schädigenden Effekte des Rauchens verstärkt. Etwa 50 % der COPD-Patienten leiden unter einem metabolischen Syndrom mit Diabetes, hohem Blutdruck und Fettstoffwechselstörung.

Chronisch entzündliche Veränderungen können einen hemmenden Einfluss auf die Blutbildung haben. So wird in etwa 17 % ein Mangel an roten Blutkörperchen beobachtet. Verständlicherweise wirkt sich dies ungünstig auf die Belastbarkeit aus.

Als Folge eines langjährigen Nikotinkonsums besteht im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein etwa 4-fach höheres Risiko für Lungenkarzinome, die eine der führenden Todesursachen von Patienten mit COPD sind.

Die Luftnot und eingeschränkte Mobilität, oft mit zusätzlicher Sauerstoffabhängigkeit, das Vorliegen von Begleiterkrankungen, aber auch das Alleinsein können zu depressiven Störungen führen. Diese wirken sich zwangsläufig ungünstig auf die Tagesgestaltung und die zur Erhaltung der Muskelmasse so wichtige Mobilität aus.

COPD ist also aufgrund der Begleiterkrankungen, die zusätzlich zur Lungenerkrankung auftreten, als eine „Systemerkrankung“ anzusehen. So ist die Sterblichkeit von COPD-Patienten nur in 40 % durch die COPD allein bedingt. Um die Prognose der übrigen 60 % zu verbessern, ist neben einer gezielten Diagnostik eine konsequente Behandlung der Komorbiditäten erforderlich. Diese stellt nämlich einen wesentlichen Bestandteil der COPD-Therapie dar, die über die reine Anwendung von „Sprays“ hinausgeht.

Passend zu diesem Thema hat der COPD Deutschland e.V. in Zusammenarbeit mit der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland einen Patientenratgeber mit



Samstag, den 07. September 2019 von 9:00 bis 17:00 Uhr

LWL-Industriemuseum Gebläsehalle

45527 Hattingen, Werksstrasse 31-33

[Sämtliche Informationen erhalten Sie hier](#)

Newsletter der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Erscheinungsdatum: 19/05/2019

dem Titel: „COPD und mögliche Begleiterkrankungen“ herausgegeben, den Sie sich in den Ausstellungszelten an den Ständen 1 und 33 kostenlos abholen können. (Ausstellungsplan siehe Seiten 14-15).

Quelle: Vortrag von Dr. med. Michael Westhoff, Chefarzt an der Lungenklinik Hemer, auf dem 12. Symposium Lunge am Samstag, den 7. September 2019 von 9:00 -17:00 Uhr in Hattingen (NRW).

Anfragen bezüglich des 12. Symposium-Lunge richten Sie bitte an:

Organisationsbüro Symposium-Lunge
Jens Lingemann
symposium-org@copd-deutschland.de
Telefon: 02324 - 999 959

Alle Informationen zur Veranstaltung finden Sie hier: <https://bit.ly/2GBKF4f>

Hier können Sie Ihr kostenloses Programmheft bestellen.
<https://www.copd-deutschland.de/programmheft-bestellen>
oder unter: verein@copd-deutschland.de

--

[@uelle Lungenärzte im Netz] [<https://bit.ly/2HjTTCc>]

COPD: Sauerstoffgabe versus nicht-invasive Beatmung

COPD-Patienten können von der nicht-invasiven Beatmung erheblich profitieren und auch von der Sauerstofftherapie – vorausgesetzt, die Indikation stimmt. Wer was bekommt, dürfen Ärzte aber nicht nach Gefühl entscheiden.

Bevor man einem COPD-Patienten Sauerstoff gibt oder ihn nicht-invasiv beatmet, ist zu prüfen, auf welcher Ebene die Störung liegt. Bei pulmonaler Insuffizienz resultiert eine ausgeprägte Hypoxämie, begleitet von einem mäßigen Abfall des PaCO₂, wenn es zu einer reflektorischen Hyperventilation kommt (hypoxämisches respiratorisches Versagen, Typ 1). Dagegen geht bei Versagen der Atempumpe die Sauerstoffversorgung weniger stark zurück. Dafür entsteht eine deutliche Hyperkapnie, weil der Patient CO₂ nicht mehr ausreichend abatmen kann (hyperkapnisches respiratorisches Versagen, Typ 2). Diese Differenzierung ist elementar, um zu entscheiden, womit wir dem Patienten helfen können, erklärte Dr. Friederike Sophie Magnet von der Lungenklinik Köln-Merheim und unterstrich ihre Aussage mit einem Patientenbeispiel:
Ein Fall aus dem Schlaflabor

Der 49-jährige Patient mit amyotropher Lateralsklerose war zur Routinediagnostik ins Schlaflabor gekommen. Er startete schon mit einer deutlichen Hyperkapnie in die erste Nacht. Der transkutan gemessene PaCO₂ lag bei etwa 65 mmHg. Gegen 3 Uhr morgens registrierte die Nachtwache einen Abfall der O₂-Sättigung und verabreichten Sauerstoff, woraufhin der PaCO₂ einen deutlichen Sprung nach oben tat. Daraufhin wurde der Sauerstoff abgestellt, der PaCO₂ sank. Doch bei der nächsten Hypoventilationsepisode



Samstag, den 07. September 2019 von 9:00 bis 17:00 Uhr

LWL-Industriemuseum Gebläsehalle

45527 Hattingen, Werksstrasse 31-33

[Sämtliche Informationen erhalten Sie hier](#)

Newsletter der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Erscheinungsdatum: 19/05/2019

wiederholte sich das Spiel.

„Am nächsten Tag haben die Kollegen sich das genauer angeschaut und erkannt: Dieser Patient braucht keinen Sauerstoff, sondern eine Beatmungstherapie“, berichtete Dr. Magnet. Nach erfolgreicher Einleitung der nicht-invasiven Beatmung (NIV) stabilisierte sich der PaCO₂ bei 40 mmHg, weitere Entsättigungen blieben aus.

Was besagt die deutsche Leitlinie zur ambulanten Sauerstofftherapie? Sie soll bis August 2019 überarbeitet werden, bis dahin muss man sich weiter an der Version von 2008 orientieren.¹ Diese ist auf der Webseite der AWMF zwar nicht mehr zu finden, lässt sich aber googeln, berichtete Dr. Magnet. In der Leitlinie wird die Langzeitsauerstoffgabe (LTOT) bei COPD noch mit Evidenz A für körperliche Belastbarkeit und Mortalität bewertet. Allerdings basiert das auf Studien, die aus den frühen 1980er-Jahren stammen.

Wie auch international empfohlen, soll man die LTOT bei einem PaO₂ unter 55 mmHg in Ruhe oder bei nächtlicher Hypoxämie verordnen, vorausgesetzt dass der Patient ansonsten lege artis behandelt und klinisch stabil ist. Außerdem müssen alle inhalativen Noxen ausgeschaltet sein. Inkonsequent erscheint dabei, dass Rauchen nicht als Kontraindikation aufgeführt ist. Dass die LTOT bei Rauchern schlechter wirkt, ist zwar nicht erwiesen, aber auch nicht auszuschließen. Außerdem birgt die Kombination von Rauchen und Sauerstoffgabe natürlich explosive Risiken.

Kritisch betrachtet Dr. Magnet, dass der deutschen Leitlinie die kapilläre Blutgasanalyse (BGA) zur Indikationsstellung ausreicht, und zwar drei Messungen binnen vier Wochen in einer stabilen Krankheitsphase. Anders wird es in der viel aktuelleren britischen Leitlinie zur ambulanten Sauerstofftherapie gesehen.² Darin lässt man nur die arterielle Messung gelten. Zwei Messungen mit mindestens drei Wochen Abstand reichen aus, wobei die letzte Exazerbation mindestens acht Wochen zurückliegen muss.

Kapillär und arteriell gemessene PaO₂-Werte korrelieren gerade im hypoxämischen Bereich schlecht, wie Dr. Magnet in einer Studie an 102 COPD-Patienten feststellte.³ Im Mittel fiel der Wert bei kapillärer Messung um 5–6 mmHg niedriger aus. Ein relevanter Anteil von Patienten bekommt danach also eine LTOT, obwohl sie nicht angemessen ist. Je nachdem, wo die Schwelle gezogen wird, liegt der Anteil der Überverordnungen zwischen 20 und 30 %.

„Mir ist bewusst, dass die arterielle BGA in der ambulanten Situation ein Riesenproblem ist“, räumte die Kollegin ein. Man müsse aber bedenken, dass die LTOT eine kostspielige Therapie sei. Zudem könne sie für den Patienten eine Stigmatisierung bedeuten. „Deshalb sollten wir sie nur verschreiben, wenn sie wirklich indiziert ist.“ Zeigt die kapilläre BGA grenzwertige oder widersprüchliche Resultate an, wird man auf jeden Fall die arterielle Messung erwägen. Dr. Magnet hatte noch einen Tipp parat: In ihrer Klinik werden für die BGA ganz feine Subkutannadeln verwendet, um die Blutabnahme so wenig schmerzhaft wie möglich zu gestalten. Die Briten sind bei der LTOT zurückhaltender

Wichtig: Die Indikation zur Langzeitsauerstoffgabe sollte ganz besonders dann



Samstag, den 07. September 2019 von 9:00 bis 17:00 Uhr

LWL-Industriemuseum Gebläsehalle

45527 Hattingen, Werksstrasse 31-33

[Sämtliche Informationen erhalten Sie hier](#)

Newsletter der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Erscheinungsdatum: 19/05/2019

konsequent überprüft werden, wenn diese wegen Hypoxämie nach akuter Exazerbation angesetzt wurde. Studien zeigen nämlich, dass bis zu 60 % der Patienten 1-3 Monate später keine LTOT mehr benötigen. Die Briten agieren übrigens hier zurückhaltender als die Deutschen: Sie empfehlen die Entlassung ohne LTOT, es sei denn, der Patient ist sehr kurzatmig, kommt ohne Sauerstoffapplikation gar nicht klar und die Sättigung liegt unter 92 %. Nach acht Wochen ist die Kontrolle der Indikation fällig. Die Deutschen entlassen jeden mit Sauerstoff und empfehlen wachseich eine „spätere Reevaluation“, kritisierte die Kollegin.

NIV bei hyperkapnischer COPD lebensverlängernd

Die deutsche Leitlinie zur nicht-invasiven Ventilation wurde 2017 revidiert.⁴ Sie stützt sich stark auf die deutsche NIV-Studie von 2014, die einen überragenden Mortalitätsvorteil bei hyperkapnischen COPD-Patienten gezeigt hat. Die Einjahressterblichkeit sank um fast zwei Drittel (12 % versus 33 %). Auch NIV sollte aber nicht unkritisch angesetzt werden: Holländische Kollegen gaben Patienten NIV, die 48 Stunden nach Ende der Akutbeatmung noch hyperkapnisch waren, und fanden keinen Benefit. Bei genauer Betrachtung stellte sich heraus, dass der PaCO₂ in beiden Patientengruppen gleich schnell gesunken war. Wartet man dagegen einige Wochen mit der BGA, lassen sich anhand der Hyperkapnie sehr wohl Patienten identifizieren, denen die NIV nutzt. Die Leitlinie hat das aufgenommen und empfiehlt die NIV bei Patienten, die 14 Tage nach Exazerbation noch einen PaCO₂ über 53 mmHg aufweisen.

--

[@uelle Medical Tribune] [<https://bit.ly/2JhtI2v>]

Maskenbeatmung vor einer Intubation verbessert die Sauerstoffversorgung

In den Sekunden, bis ein Patient intubiert und beatmet wird, kann eine zwischenzeitliche Maskenbeatmung ein zu starkes Absinken der Sauerstoffsättigung effektiv verhindern. Dabei wird nicht - wie jahrzehntelang befürchtet - das Risiko für eine Lungenentzündung durch Einatmen von Flüssigkeit (Aspirationspneumonie) aufgrund des Überdruckes bei der Beatmung erhöht. Das betonen die Lungenärzte des Verbands Pneumologischer Kliniken (VPK) unter Berufung auf aktuelle Studienergebnisse.

Eine künstliche Beatmung wird dann erforderlich, wenn der Patient nicht mehr selbstständig atmet. Das kann bei einer großen Operation, nach einem schlimmen Unfall oder infolge einer schweren Krankheit der Fall sein. Bereits nach drei Minuten ohne Sauerstoff sterben erste Gehirnzellen ab, nach vier Minuten drohen bleibende Schäden, nach fünf Minuten oft schon der Tod. Eine invasive Beatmung über einen Tubus ist allerdings nur nach Sedierung und in manchen Fällen nach einer neuromuskulären Blockade möglich - das heißt: es ist erforderlich, den Betroffenen schlafen zu lassen (tiefe Sedierung) und seine Muskulatur zu entspannen. Dazu bekommt der Patient eine so genannte Blitzeinleitung, bei der ein Narkotikum und ein schnell wirksames Muskelrelaxans gespritzt werden. Dies unterbricht allerdings auch die Atmung des Patienten für etwa 45 bis 90 Sekunden, bis der Tubus über Mund, Nase oder einen Luftröhrenschnitt eingeführt ist und der Patient somit beatmet werden kann. Um zu verhindern, dass die Sauerstoffsättigung in dieser Zeit zu stark abfällt, sollte eine zwischenzeitliche Maskenbeatmung (über eine Mund-Nasen-Maske) durchgeführt werden.



Samstag, den 07. September 2019 von 9:00 bis 17:00 Uhr

LWL-Industriemuseum Gebläsehalle

45527 Hattingen, Werksstrasse 31-33

[Sämtliche Informationen erhalten Sie hier](#)

Newsletter der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Erscheinungsdatum: 19/05/2019

Das empfehlen die Lungenärzte des Verbands Pneumologischer Kliniken (VPK) unter Berufung auf aktuelle Studienergebnisse aus den USA (siehe New England Journal of Medicine, Online-Veröffentlichung am 28.2.2019), die belegen, dass eine zwischenzeitliche Maskenbeatmung effektiv ist und sich dabei das Risiko für eine Lungenentzündung durch das Einatmen von Flüssigkeit (Aspirationspneumonie) nicht erhöht.

Risiko einer Aspirationspneumonie durch Überdruckbeatmung nicht erhöht

„Bisher haben vor allem viele Anästhesisten befürchtet, dass eine Maskenbeatmung, die ja mit leichtem Überdruck erfolgt, auch die unerwünschte Nebenwirkung für den Patienten haben könnte, dass Magensaft in seine Atemwege gelangt und dort eine Aspirationspneumonie verursacht. Diese Befürchtung, die quasi seit Einführung der Blitzeinleitung in den 70er Jahren bestand, konnte jetzt nach gut fünf Jahrzehnten endlich in einer größeren Studie aus der Welt geschafft werden“, erläutert Dr. med. Thomas Voshaar, Vorstandsvorsitzender des Verbands Pneumologischer Kliniken (VPK) und Chefarzt des Lungenzentrums am Krankenhaus Bethanien in Moers. Die aktuelle US-amerikanische Studie mit rund 400 Teilnehmern aus 7 verschiedenen Behandlungszentren (siehe New England Journal of Medicine, Online-Veröffentlichung am 28.2.2019) hat erwiesen, dass Patienten, die vor einer Intubation eine Maskenbeatmung erhielten, rundum besser versorgt waren als solche ohne Maskenbeatmung: Sie wiesen eine bessere Sauerstoffversorgung auf, außerdem fiel die Sauerstoffsättigung mit Maskenbeatmung seltener unter 80 Prozent (Hypoxämie) und es war in der Folge keine Häufung von Aspirationspneumonien zu beobachten. „Hier zeigen sich eindrücklich die Vorteile einer Maskenbeatmung, deren routinemäßige Durchführung wir als Lungenärzte zur Verbesserung der Sauerstoffversorgung grundsätzlich nur empfehlen können“, betont Dr. Voshaar.

--

[@uelle Lungenärzte im Netz] [<https://bit.ly/2VE0BqI>]

Auch bei „Seltenen“ hilft digitale Medizin

Seltene Erkrankungen gehören zu den Hauptthemen des diesjährigen Internistenkongresses. DGIM-Kongresspräsident Professor Claus F. Vogelmeier sieht hier enge Bezüge zum Leitthema Digitale Medizin.

Ärzte Zeitung: Herr Professor Vogelmeier, in Deutschland leben vier Millionen Menschen mit seltenen Erkrankungen. Inwiefern profitieren diese Menschen von der digitalisierten Medizin?

Professor Claus F. Vogelmeier: Zunächst einmal geht es darum, die richtige Diagnose zu finden. Patienten mit ungewöhnlichen Symptomenkonstellationen erhalten oft über bis zu zehn Jahre keine korrekte Diagnose. Der Grund ist naheliegend: Die untersuchenden Ärzte haben noch nie einen solchen Patienten gesehen. Da können softwarebasierte Diagnosewerkzeuge wie die Suchmaschine FindZebra sehr hilfreich sein.

Eine wichtige Frage ist aber auch, wie wir Medikamente für Patienten mit seltenen



Samstag, den 07. September 2019 von 9:00 bis 17:00 Uhr

LWL-Industriemuseum Gebläsehalle

45527 Hattingen, Werksstrasse 31-33

[Sämtliche Informationen erhalten Sie hier](#)

Newsletter der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Erscheinungsdatum: 19/05/2019

Krankheiten entwickeln sollen. Eine Möglichkeit ist das sogenannte Repurposing: Bereits für andere Indikationen zugelassene Medikamente eignen sich womöglich für diese oder jene seltene Erkrankung. Voraussetzung ist ein gutes Verständnis der Pathomechanismen, so dass man die seltene Krankheit beginnt besser zu verstehen.

Und mit Künstlicher Intelligenz ist es dann möglich, entsprechende Datenanalysen für ein Repurposing vorhandener Wirkstoffe vorzunehmen.

Allein in Ihrem Spezialgebiet, der Pneumologie, soll es über 100 seltene Erkrankungen geben. Welches Beispiel für neue Entwicklungen von Diagnostika oder Therapien fällt Ihnen als Erstes ein?

Vogelmeier: Eine seltene Lungenerkrankung, mit der wir uns auch in Marburg beschäftigen, ist der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel. Etwa 1,5 Prozent der scheinbar an einer COPD erkrankten Patienten haben in Wirklichkeit diese erbliche Stoffwechselstörung. Alpha-1-Antitrypsin-Mangel lässt sich bislang nur mit einem Bluttest identifizieren, gefolgt von einer Geno- und Phänotypisierung.

Eine neue Entwicklung ist die elektronische Nase: Der Patient bläst in dieses Gerät hinein, das die Ausatemluft analysiert. Anhand des Musters von Molekülen in dieser Atemluftprobe erkennt das Gerät, dass es sich um einen Alpha-1-Antitrypsin-Mangel handelt und eben nicht um eine COPD.

Ein anderes Beispiel: Eine australische Arbeitsgruppe hat eine Applikation für Mobiltelefone entwickelt, die Husten- und Atemmuster analysiert und auf dieser Grundlage Anhaltspunkte für mögliche Diagnosen gibt. Die diagnostische Treffsicherheit soll hoch sein. Solche Anwendungen sind gerade für Länder und Regionen, wo der nächste Arzt meilenweit entfernt ist, sinnvoll, um den diagnostischen Weg zu bahnen.

Und vielleicht noch ein drittes Beispiel: Seltene Formen interstitieller Lungenerkrankungen sind oft schwer zu diagnostizieren und zuzuordnen. Bei der Auswertung von Thorax-Computertomografien könnten Radiologen künftig Unterstützung durch elektronische Analysewerkzeuge erhalten, die es erlauben, die Diagnose früher zu stellen, als das bisher meist der Fall ist.

Sie haben im Vorfeld des DGIMKongresses darauf hingewiesen, dass vorhandene Informationsmöglichkeiten zu seltenen Erkrankungen vielfach unbekannt seien. Wen haben Sie damit gemeint?

Vogelmeier: Sowohl Patienten als auch Ärzte. Die Patienten wissen nicht, welche Krankheit sie haben und wenn sie es wissen, möchten sie sich darüber informieren. Solche Informationen bieten staatliche Einrichtungen, Selbsthilfegruppen und teilweise auch die Pharmaindustrie – viele Patienten wissen davon aber nichts. Auch Ärzte rätseln manchmal, an wen sie sich wenden können, wenn sie mit bestimmten Patienten nicht mehr weiterkommen.

Was kann man tun, um diese Informationsquellen bekannter zu machen?



Samstag, den 07. September 2019 von 9:00 bis 17:00 Uhr

LWL-Industriemuseum Gebläsehalle

45527 Hattingen, Werksstrasse 31-33

[Sämtliche Informationen erhalten Sie hier](#)

Newsletter der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Erscheinungsdatum: 19/05/2019

Vogelmeier: In Deutschland gibt es inzwischen über 30 Zentren für seltene Erkrankungen. Es besteht also die Möglichkeit, Patienten mit unklaren Diagnosen dorthin zu überweisen. Ein Problem sind die langen Wartezeiten.

Daher müssen wir die Möglichkeiten, die spezielle Suchmaschinen und Computerprogramme bieten, in der Ärzteschaft verstärkt bekannt machen. Denn damit hat bereits der Primärarzt die Möglichkeit, nach möglichen Differenzialdiagnosen zu fahnden und die weitere Diagnostik zu bahnen. Patienten mit der gesicherten Diagnose einer seltenen Krankheit sollten auf die für sie zugeschnittenen Informationsmöglichkeiten aufmerksam gemacht werden.

Die umfassende und multidisziplinäre Versorgung von Patienten mit seltenen Krankheiten ist nicht nur ein fachliches, sondern auch ein logistisches Problem. Wie kann man dem gerecht werden?

Vogelmeier: Ich bin überzeugt, dass wir auch dabei mit digitaler Medizin weiterkommen können, zum Beispiel mit der telemedizinischen Konsultation von Spezialisten. In Deutschland läuft dazu ein von den gesetzlichen Krankenkassen unterstützter Pilotversuch einer pädiatrischen spezialärztlichen Sprechstunde.

Nehmen wir an, ein Pädiater sieht ein Kind mit einem unklaren dermatologischen Problem. Per Telesprechstunde kann der Befund übertragen werden an einen pädiatrisch versierten Dermatologen, der dann Hinweise dahingehend gibt, was an nächsten diagnostischen oder auch therapeutischen Schritten zu tun wäre. Ich meine, wenn wir solche telemedizinischen Konsultationen im medizinischen Alltag etablieren könnten, wäre das ein großer Fortschritt.

--

[@uelle Ärztezeitung] [<https://bit.ly/2HjHPB5>]

COPD: Bewegung als Therapie

Mit gezielter und individuell abgestimmter Bewegungstherapie können COPD-Patienten den Verlauf ihrer Erkrankung positiv beeinflussen. Wichtigste Regel dabei: Überlastungen sind zu vermeiden.

Die chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) beschreibt eine fortschreitende und meist irreversible Einschränkung der Lungenfunktion und wird nach dem jeweiligen Schweregrad in vier Stadien eingeteilt. Bei COPD wird durch eine erworbene Kollapsneigung der Bronchien das Ausatmen erschwert, wodurch in Folge eine Überblähung der Lunge droht. Atmen ist für Betroffene ein anstrengendes Unterfangen und keine Selbstverständlichkeit.

Die Häufigkeit der Erkrankung liegt in Österreich bei über zehn Prozent, die Dunkelziffer noch nicht mit eingerechnet. Rauchen und chronische Entzündungen (Bronchitiden) sind die Hauptrisikofaktoren.

Therapeutisch stehen Medikamente und in schweren Fällen Sauerstoffgabe zur

Besuchen Sie uns im Internet unter <http://www.lungenemphysem-copd.de> 8



Samstag, den 07. September 2019 von 9:00 bis 17:00 Uhr

LWL-Industriemuseum Gebläsehalle

45527 Hattingen, Werksstrasse 31-33

[Sämtliche Informationen erhalten Sie hier](#)

Newsletter der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Erscheinungsdatum: 19/05/2019

Verfügung. Besonders wichtig ist vor allem die Raucherentwöhnung. Der Krankheitsverlauf lässt sich mit Sport und Bewegung positiv beeinflussen, denn Bewegung verbessert die Sauerstoffverwertung, der Körper wird daher auch bei geringerer Sauerstoffversorgung leistungsfähiger.
Teufelskreis durch Schonung

Neben Rauchen verschlimmert auch körperliche Schonung die Situation. Es ist zwar verständlich, dass Patienten zur Vermeidung von körperlicher Aktivität neigen, doch ist dieses Verhalten kontraproduktiv. Jegliches Vermeidungsverhalten führt zu Konditionsverlust. Das wiederum bedeutet, dass immer mehr alltägliche Handlungen zu Belastungsspitzen führen, weil der Körper durch die Schonung immer weniger Bewegung und Belastung toleriert.

Schonung führt also in eine Abwärtsspirale, aus der man immer schwerer aussteigen kann, je länger man darin gefangen ist. „Es ist daher von entscheidender Bedeutung, dass man das eigene Verhalten beobachtet und steuert. Man muss unbedingt darauf achten, dass man in Bewegung bleibt. Denn es ist wesentlich leichter, die Leistungsfähigkeit zu erhalten, als sich verlorenes Terrain wieder anzueignen“, sagt OA Dr. Christoph Habringer, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation am Kepler Universitätsklinikum Linz, Med Campus III.

Überlastung vermeiden!

Wichtigste Trainings-Regel für COPD-Patienten: Niemals überlasten! Überanstrengung ist ein absolutes No-Go. Denn Überlastungen stressen das Herz-Lungensystem und führen zur vermehrten Ausschüttung von Stresshormonen, unter anderem Cortisol. Das wiederum führt zu erhöhter Infektanfälligkeit, ein Zustand, den es zu vermeiden gilt.

Jeder kann selbst kontrollieren, ob er im grünen Bereich ist: Kann man während der Belastung flüssig sprechen, dann läuft man sicher nicht Gefahr, sich zu überlasten.

Wichtig ist, dass Atemnot gar nicht erst auftritt. Ideal sind daher Sportarten mit kurzen Belastungen. Beginnt man dennoch schwer zu atmen (zu „schnaufen“), kann die Lippenbremse helfen. Man atmet gegen die nur leicht geöffneten Lippen aus, der Atem stößt daher auf einen Widerstand, das wiederum ein Kollabieren der Bronchien verhindert und die Ausatmung erleichtert.

Krankheitsgrad ausschlaggebend

Bei einer Erkrankung ersten und zweiten Grades bieten sich Nordic Walken, Wandern, Schwimmen, Gymnastik oder auch Joggen an. Immer unter der Voraussetzung, dass man zu jedem Zeitpunkt flüssig sprechen kann. Auch Yoga, Pilates etc. sind unter dieser Voraussetzung möglich.

Bei Erkrankung des dritten Grades bieten sich Sportarten an, die durch lange Pausen und niedrige Intensität gekennzeichnet sind: Bogenschießen oder spazieren gehen. Auch Eisstockschießen und Kegeln sind für viele möglich, wenn es in einem sehr gemütlichen Modus ausgetragen wird.



Samstag, den 07. September 2019 von 9:00 bis 17:00 Uhr

LWL-Industriemuseum Gebläsehalle

45527 Hattingen, Werksstrasse 31-33

[Sämtliche Informationen erhalten Sie hier](#)

Newsletter der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Erscheinungsdatum: 19/05/2019

Patienten mit Krankheitsgrad 4 leiden meist an mehreren Erkrankungen gleichzeitig. Nicht nur die Atemfunktion ist vermindert, auch der Muskelabbau ist oft weit fortgeschritten. Habringer: „Betroffene sind häufig sehr dünn, denn ihre Energiereserven werden durch den Atemaufwand aufgezehrt. Bei Menschen, die es kaum schaffen, ihr Gewicht zu halten, ist daher die Aufrechterhaltung der Alltagstauglichkeit das Ziel. Darüber hinaus gehendes Training wäre kontraindiziert, man würde sonst noch mehr Gewicht verlieren und die Energiereserven vollkommen erschöpfen.“

Training individuell angepasst

Eine Bewegungstherapie muss nicht nur den Grad der Erkrankung berücksichtigen, sie muss auch individuell angepasst sein. Sie orientiert sich an Alter, Trainingszustand und wie gut die Muskulatur noch in Schuss ist. Entscheidend ist, welche Energiereserven der Patient im Augenblick zur Verfügung hat.

Weitere wichtige Punkte:

Bei Trainingsbeginn muss bei höhergradig erkrankten Patienten oft erst die grundlegende Muskulatur (Rumpf, Bauch, Beine) gestärkt werden, die es ihnen erst ermöglicht, sich überhaupt bewegen zu können.

Richtwerte für ein Training zuhause: Dauer 20 bis 60 Minuten. Diese Zeit beinhaltet auch die Erholungszeiten, also die Pausen zwischen den Übungen. Die Maximalbelastung (wird beim Arzt oder Physiotherapeuten bestimmt) sollte bei 50 bis 70 Prozent liegen. Achtung! Der Patient sollte niemals ins „Hecheln“ oder „Schnaufen“ kommen.

Je höhergradiger die Erkrankung, desto mehr orientiert sich das Training an Kraft und weniger auf Ausdauertraining. Ausdauer bedeutet viele Wiederholungen, wenig Intensität. Kraft: Wenige Wiederholungen, höhere Intensität, die Belastungen sollen hier kurz ausfallen. Je kürzer die Belastungen ausfallen, desto weniger wird die Atmung beeinflusst.

Bei niedriggradiger Erkrankung sollte man den Fokus auf beides – Ausdauer- und Krafttraining – legen.

Nach jeder Belastung muss eine Pause gemacht werden, bis sich die Atmung beruhigt hat. Diese kann mehrere Minuten dauern.

Bei Erkrankungsgrad 2 und 3 kann auch Intervalltraining sinnvoll sein. Auch hier ist oberstes Gebot: Überlastungen vermeiden!

Bei einer Grad-4-Erkrankung ist das vorrangige Ziel, den Patienten dahingehend zu fördern, dass er den Alltag bewältigen kann und er sich von A nach B bewegen kann. Hochgradig erkrankte, mit Sauerstoff versorgte Patienten müssen zudem lernen, bewusst über die Nase zu atmen, wenn sie mit Nasenbrille versorgt sind.

Kein Training bei Erkrankung

Im Falle einer akuten Erkrankung (Virusinfektion etc.) muss man das Bewegungsprogramm aussetzen. Auch im Fall einer Herz-Kreislaufkrankung und bei Bluthochdruck darf man nur trainieren, falls der Arzt das OK gegeben hat. Auch nach einer Erkrankung sollte man sich schonen. Schonen bedeutet jedoch nicht, dass man den ganzen Tag nur ruhig im Bett liegt, sondern dass man am Beginn der Rekonvaleszenz



Samstag, den 07. September 2019 von 9:00 bis 17:00 Uhr

LWL-Industriemuseum Gebläsehalle

45527 Hattingen, Werksstrasse 31-33

[Sämtliche Informationen erhalten Sie hier](#)

Newsletter der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Erscheinungsdatum: 19/05/2019

den Organismus nicht überstrapaziert. Der Kreislauf ist immer in Schwung zu halten. Empfehlenswert sind auch isometrische Anspannungsübungen, welche die Muskulatur erhalten.

Sich schulen lassen

Habringer: „Die Kunst einer optimalen Bewegungstherapie ist es, den bestmöglichen Belastungsanreiz zu finden. Mit einem konsequenten Training kann jeder Betroffene das Bestmögliche für sich und seine Lunge herausholen. Jeder, der dazu bereit ist, sollte eine professionelle Anleitung erhalten und geschult werden, um im individuell optimalen Bereich trainieren zu können. Das beinhaltet insbesondere eine Kräftigung der Atemmuskulatur und der Atemhilfsmuskulatur sowie Atemphysiotherapie. Patienten werden im Idealfall bereits nach Diagnosestellung im Krankenhaus geschult, dies kann aber auch in einer Reha erfolgen.“

--

[@uelle OÖ. Online GmbH & Co.KG.] [<https://bit.ly/2JyatRG>]

COPD-Patienten mit einem hohen Risiko für Komplikationen besser erkennen

Mithilfe einer neuen Risiko-Messlatte können Notärzte diejenigen COPD-Patienten identifizieren, bei denen innerhalb der nächsten dreißig Tage ein hohes Risiko für schwere Komplikationen besteht, die lebensbedrohlich sind und eine Intensivbehandlung in der Klinik erforderlich machen. Darauf weisen die Lungenärzte der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) hin.

COPD-Patienten, die wegen einer akuten Verschlechterung (Exazerbation) in der Notfallambulanz behandelt werden, stellen Ärzte vor die oft schwierige Entscheidung, ob sie die Patienten zur Weiterbehandlung ins Krankenhaus überweisen sollten oder aber nach Hause entlassen können. Jetzt wurde am Ottawa Hospital in Kanada eine Risiko-Messlatte entwickelt (siehe CMAJ, Online-Veröffentlichung am 3.12.2018), mit deren Hilfe Notärzte diejenigen COPD-Patienten identifizieren können, bei denen innerhalb der nächsten dreißig Tage ein hohes Risiko für schwere Komplikationen besteht, die lebensbedrohlich sind und eine Intensivbehandlung in der Klinik erforderlich machen. Darauf weisen die Lungenärzte der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) hin.

Wie der „Ottawa COPD Risk Scale“ das Risiko quantifiziert

Der „Ottawa COPD Risk Scale“ umfasst zehn Fragen, die sich auf die Krankheitsgeschichte des Patienten (Anamnese) und Ergebnisse aus Routine-Untersuchungen nach seiner Ankunft in der Notaufnahme (z. B. Echokardiogramm und Herzfrequenz) beziehen. Jede Ja-Antwort erhält dabei ein bis drei Punkte. Auf diese Weise wird das Risiko, dass in den nächsten dreißig Tagen eine schwere Komplikation eintreten könnte, quantifiziert. „Besonders risikobelastet sind zum Beispiel Merkmale wie eine erhöhte Herzfrequenz (> 110 Schläge pro Minute), Durchblutungsstörungen des Herzens (ischämische Veränderungen im EKG), zu wenig Hämoglobin (< 100 g/l) und eine schlechte Sauerstoffsättigung (< 90 %)“, erläutert Prof. Dr. med. Michael Pfeifer, Präsident der DGP und Medizinischer Direktor der Klinik Donaustauf sowie Chefarzt der



Samstag, den 07. September 2019 von 9:00 bis 17:00 Uhr

LWL-Industriemuseum Gebläsehalle

45527 Hattingen, Werksstrasse 31-33

[Sämtliche Informationen erhalten Sie hier](#)

Newsletter der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Erscheinungsdatum: 19/05/2019

Klinik für Pneumologie und konservative Intensivmedizin im Krankenhaus Barmherzige Brüder in Regensburg.

Studienergebnisse belegen Vorhersagekraft

In einer Studie mit 1.415 COPD-Patienten, die mit einer akuten Exazerbation in die Notaufnahme gekommen waren, wurde untersucht, ob und welche Komplikationen (z.B. Herzinfarkt, Notwendigkeit zur Beatmung, Tod) tatsächlich im Verlauf der nächsten dreißig Tage bei den Patienten auftraten (siehe CMAJ, Online-Veröffentlichung am 3.12.2018). Hierbei erwies sich die Anwendung des „Ottawa COPD Risk Scales“ als effektiver als die bisherige medizinische Praxis, um kurzfristig auftretende, schwere Komplikationen vorhersagen zu können.

Zu Hause oder in der Klinik weiterbehandeln?

Theoretisch lässt sich durch ein Anheben des Grenzwerts auf der Risikoskala die Wahrscheinlichkeit, schwere Komplikationen kurzfristig zu erkennen, erhöhen und damit die Erkennung von Risikopatienten verbessern. Allerdings würde dies auch zu häufigeren Krankenhauseinweisungen führen, die teilweise nicht unbedingt erforderlich gewesen wären. Insofern wollen sich die Studienautoren nicht auf einen bestimmten Wert auf der Risiko-Skala festlegen, ab dem COPD-Patienten grundsätzlich ins Krankenhaus überwiesen werden sollten. Vielmehr sollten nur Hochrisikopatienten erkannt und deren Behandlung im Krankenhaus sichergestellt werden. Weniger gefährdete Patienten könnten hingegen nach Ansicht der Autoren auch nach Hause entlassen werden, wenn dort geeignete Möglichkeiten zur Versorgung und Nachbehandlung vorhanden sind.

Gute Entscheidungshilfe in Notfallambulanzen wie auch Praxen

Die Studie zeigt, dass sich mit Hilfe des „Ottawa COPD Risk Scale“ COPD-Patienten, die ein hohes Risiko für schwere Komplikationen haben, möglicherweise gut erkennen lassen. „Dieses Tool kann insofern in der Notfallambulanz als Entscheidungshilfe dafür herangezogen werden, ob eine weitere Behandlung im Krankenhaus vonnöten ist oder nicht. Dies sollte zu einer Verringerung unnötiger Krankenhausaufenthalte beitragen, gleichzeitig aber auch unsichere Entlassungen nach Hause verhindern“, betont Prof. Pfeifer. Denkbar sei darüber hinaus, dass die Risiko-Skala künftig auch in den Praxen von Allgemeinmedizinern, Internisten und Lungenärzten zum Einsatz kommt. Allerdings sollten die Ergebnisse durch weitere Studien überprüft werden.

--

[@uelle Lungenärzte im Netz] [<https://bit.ly/2JCcqN9>]



Impressum Newsletter

Herausgeber

Patientenorganisation
Lungenemphysem-COPD Deutschland

Recherche, Bearbeitung und Erstellung

Jens Lingemann

Erscheinungsweise:

1 bis maximal 2 Mal pro Monat

Die Quellangaben, sämtlicher zur Erstellung des Newsletters, verwendeten Veröffentlichungen werden am Ende jedes Textes genannt.

Die Veröffentlichungen geben stets die Meinung und das Wissen des jeweiligen Verfassers wieder und sind deren geistiges Eigentum.

Die Inhalte des Newsletters werden mit Sorgfalt recherchiert. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Textinhalte können wir jedoch keinerlei Gewähr übernehmen.

Sämtliche Inhalte des Newsletters dienen allein dem Informationszweck und ersetzen keinesfalls, die dringend notwendige regelmäßige Konsultation und dauerhafte Behandlung durch den behandelnden Facharzt. Jeder der an einem der hier besprochenen Krankheitsbilder erkrankt ist, sollte niemals ohne vorherige Rücksprache mit dem behandelnden Facharzt seines Vertrauens die medikamentöse Therapie verändern, aussetzen oder gar absetzen.

Hier können Sie sich zu unserer kostenlosen [Mailingliste anmelden](#).

Sie haben auf der Mailingliste die Möglichkeit Ihre Fragen einzustellen und sich mehr als 3400 anderen Betroffenen per E-Mail auszutauschen.

Informationen über unsere [regional aktiven Selbsthilfegruppen](#) in Deutschland können Sie unter diesem Link abrufen.

Wir behalten uns vor, diesen Newsletter jederzeit ganz oder teilweise einzustellen.

Sollte der Newsletter nicht von Ihnen persönlich abonniert worden sein, so können Sie ihn unter nachfolgendem Link abbestellen:

[Newsletter abmelden](#)

Mit freundlichen Grüßen
Patientenorganisation
Lungenemphysem-COPD Deutschland
Heike und Jens Lingemann