

# 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](http://www.copd-deutschland.de)**

**[www.lungenemphysem-copd.de](http://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: 26/06/2019**

## **Inhaltsverzeichnis**

Inhaltsverzeichnis.....	1
12. Symposium-Lunge am 07.09.2019 in Hattingen – Atemtherapie und Lungensport: Übungen zum Mitmachen .....	1
Neuer Patientenratgeber erschienen - Atemnot durch Lungenüberblähung ...	
Lungenemphysem verstehen und handeln.....	3
Schadstoffbelastung am Arbeitsplatz fördert Lungenerkrankungen deutlich .....	4
Kardiovaskuläre Komorbiditäten bei COPD .....	5
PCT-Test erkennt bakteriell bedingte Infekte und spart somit Antibiotika ein .....	6
Das Dampfen nikotinhaltiger E-Zigaretten beeinträchtigt die Selbstreinigung der Atemwege.....	7
Leitlinien-Empfehlungen - Wer braucht Antibiotika bei COPD?.....	8

### **12. Symposium-Lunge am 07.09.2019 in Hattingen – Atemtherapie und Lungensport: Übungen zum Mitmachen**

Techniken zur Verringerung von Atemnot und Verbesserung der Lebensqualität durch Atemtherapie und Lungensport wird Dr. rer. medic. Sebastian Teschler, Physio- und Atmungstherapeut bei der Reha Vital GmbH Essen, in seinem Vortrag auf dem Symposium Lunge 2019 vorstellen.

Die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) geht mit einer Abnahme der körperlichen Belastbarkeit und Lebensqualität einher. Atemnot, Husten und Auswurf dominieren oft den Alltag. Doch Atemtechniken und körperliches Training können Patienten helfen, einer weiteren Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes entgegenzuwirken.

Um festsitzendes Husten-Sekret zu lockern und leichter abhusten zu können, gibt es spezielle Techniken und Hilfsmittel, die im Rahmen spezialisierter Atem-Physiotherapie vermittelt werden. Atemnot lässt sich am besten mit einer Atemtechnik namens „Lippenbremse“ begegnen, deren Ausführung Dr. Teschler im Vortrag genauer erläutern wird. Auch Übungen zum Mitmachen werden angeboten. Dank der Lippenbremse wird die Ausatmung verlängert und die Atemwege werden offengehalten. Die Lippenbremse sollten Patienten vor allem in Situationen benutzen, von denen sie wissen, dass diese anstrengend werden – wie z.B. Bergaufgehen, sich Anziehen oder Einkaufstaschen tragen. Besonders wichtig ist es, die Lippenbremse dann zu benutzen, wenn Angst oder Panik aufkommen sollte. Betroffene sollten sich in diesen Momenten ganz auf die Ausatmung mit der „Lippenbremse“ konzentrieren.

Wer außer Atem kommt, kann sich mit atemerleichternden Körperpositionen wie „Torwartstellung“ und „Kutschersitz“ Linderung verschaffen. Dabei wird Ihr Hauptatemmuskel – das Zwerchfell – durch die sogenannten Atemhilfsmuskeln in seiner Funktion unterstützt. Auch hier kann die Lippenbremse unterstützend wirken. Atemtechniken und atemerleichternde Körperpositionen helfen insbesondere bei



**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: 26/06/2019***

Belastung besser Luft zu bekommen.

Um zu mehr Ausdauer und Leistungsfähigkeit zu gelangen, sind regelmäßige Bewegung und körperliches Training erforderlich. Körperliches Training kann zu einer Verminderung von Atemnot und akuten Krankheitsschüben führen und so zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes und der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten beitragen. Außerdem fördert Training das eigene Selbstbewusstsein. Ausdauertraining beeinflusst nicht nur das Herz-Kreislaufsystem günstig, es wirkt auch hervorragend Bluthochdruck entgegen. Bewegungsverbesserung und Schmerzlinderung sind weitere positive Effekte körperlichen Trainings. Auch Gangunsicherheiten lassen sich durch Training vorteilhaft beeinflussen und nicht zuletzt bildet Training eine wichtige Grundlage zur Gewichtsreduktion. Speziell ausgebildete Sport- und Physiotherapeuten sorgen dafür, dass das Training sicher und in der richtigen Dosierung verläuft. Übungen und Intensität eines Trainings werden individuell auf die Patienten abgestimmt.

Sprechen Sie Ihren Arzt auf die Teilnahme an einer Lungensportgruppe, Atemphysiotherapie und Krankengymnastik am Gerät an. Ihr Arzt kann Ihnen diese Leistungen verschreiben. Nach entsprechender Untersuchung und Abklärung Ihrer Beschwerden wird er Ihnen eine Vorordnung ausstellen. Die Krankenkassen übernehmen in der Regel die Kosten.

Für Betroffene mit einer sehr stark eingeschränkten Lungenfunktion ( $FEV_1 < 35\%$  des Sollwertes) kann der behandelnde Arzt Verordnungen für Atemtherapie nun auch budgetfrei ausstellen. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt darüber und wenden Sie sich an Ihren Physiotherapeuten.

Passend zu diesem Thema hat der COPD Deutschland e.V. in Zusammenarbeit mit der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland einen Patientenratgeber mit dem Titel: „Lungensport, Medizinische Trainingstherapie und Atemtherapie...bei COPD, Lungenemphysem und Lungenfibrose“ herausgegeben, den Sie sich in den Ausstellungszelten an den Ständen 1 und 33 kostenlos abholen können.

Quelle: Vortrag von Dr. rer. medic. Sebastian Teschler, Physio- und Atmungstherapeut bei der Reha Vital GmbH Essen, 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](mailto: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](mailto:verein@copd-deutschland.de)



**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: 26/06/2019***

--

[@uelle Lungenärzte im Netz] [<https://bit.ly/2wW4WNa>]

## **Neuer Patientenratgeber erschienen - Atemnot durch Lungenüberblähung ... Lungenemphysem verstehen und handeln**

...mehr Wissen über das Lungenemphysem

Bisher werden in der Patientenliteratur, aber meist auch in der wissenschaftlichen Literatur, COPD und Lungenemphysem gemeinsam dargestellt.

Viele Patienten kennen jedoch nur unzureichend die Abgrenzungen und Gemeinsamkeiten der Krankheitsbilder.

Dennoch ist einem „nur“ als Lungenemphysem diagnostizierten Patienten oft nicht klar, dass seine Erkrankung übergeordnet als COPD bezeichnet wird und fühlt sich bei der Benennung einer COPD nicht angesprochen.

Dass nicht die chronische obstruktive Bronchitis, sondern insbesondere das Lungenemphysem Auslöser für die Atemnot ist, wissen ebenfalls nur wenige der Betroffenen.

Der neue Ratgeber arbeitet speziell die besonderen Merkmale und Charakteristika des Lungenemphysems heraus, um so ein besseres Verständnis für die Erkrankung, die damit einhergehenden Veränderungen und dessen Behandlungsoptionen zu ermöglichen.

Inhalte

Folgende Themen finden Sie im neuen Ratgeber:

- ◆ Symptom Atemnot
- ◆ Strukturelle Veränderungen der Lunge
- ◆ Körperliche Veränderungen?
- ◆ Verschiedene Formen des Lungenemphysems
- ◆ Diagnostische Möglichkeiten
- ◆ COPD und/oder Lungenemphysem
- ◆ Therapieoptionen
- ◆ Lungenvolumenreduktion
- ◆ Atmung, Mobilität und Lebensqualität
- ◆ Selbsthilfe

12. Symposium-Lunge

Passend zum Ratgeber finden Sie Vortragsthemen beim 12. Symposium-Lunge, welches am 07. September 2019 von 09:00 bis 17:00 Uhr erneut in Hattingen/NRW stattfinden wird:

„Unterschiedliche Formen des Lungenemphysems (COPD, Alpha-1, Altersemphysem)“  
Professor Dr. med. Dr. rer. nat. Robert Bals, Homburg



**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: 26/06/2019**

und

„Chirurgische und bronchologische Verfahren zur Verkleinerung des Lungenemphysems“  
Professor Dr. med. Heinrich Worth, Fürth

Herausgeber des Ratgebers ist die Patienten-Bibliothek.

Medienpartner ist der COPD - Deutschland e.V.

Der Ratgeber kann ab sofort beim [COPD - Deutschland e.V.](#) und bei der Patienten Bibliothek angefordert werden.

--

[@uelle Lungenärzte im Netz] [ <https://bit.ly/2Kx1JwC> ]

### **Schadstoffbelastung am Arbeitsplatz fördert Lungenerkrankungen deutlich**

Durch das Einatmen von Partikeln, Gasen, Dämpfen oder Rauch am Arbeitsplatz erkrankt möglicherweise mehr als jede zehnte Person an einer nicht krebsbedingten Lungenerkrankung. Darauf weisen die European Respiratory Society und der American Thoracic Society in einer gemeinsamen Erklärung hin, die im American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine veröffentlicht wurde.

Ein Team internationaler Atemwegsexperten aus Medizin und Wissenschaft wertete für die Stellungnahme zahlreiche Studien aus, in denen der Zusammenhang zwischen beruflicher Schadstoffbelastung und Lungenerkrankungen untersucht wurde. Im Fokus stand dabei eine Reihe von Krankheitsbildern: Von Asthma über die chronische obstruktive Lungenerkrankung COPD und Fibrose bis hin zu ausgewählten Infektionskrankheiten.

Das Ergebnis der Analysen: Ist man beruflich schädlichen Substanzen in der Atemluft ausgesetzt, trägt dies zu einem wesentlichen Teil zur Entstehung von nichtkrebsbedingten Lungenerkrankungen bei. Die Experten schätzen, dass etwa 16 Prozent der Asthma- und 14 Prozent der COPD-Erkrankungen auf Schadstoffbelastungen am Arbeitsplatz zurückgingen. Bei idiopathischer Lungenfibrose betrug der Anteil mit beruflicher Belastung etwa 26 Prozent, bei Sarkoidose und anderen granulomatösen Erkrankungen 30 Prozent. Die Auswertung der Infektionskrankheiten ergab, dass etwa zehn Prozent der ambulant erworbenen Pneumonien bei Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter auf Schadstoffe am Arbeitsplatz zurückzuführen sind und etwa zwei Prozent der Tuberkulose-Fälle bei Arbeitern mit Silikatstaub-Exposition.  
„Prävention und Bewusstsein verbessern“

Nach Ansicht der internationalen Experten sind berufliche Belastungen mit schädlichen Gasen, Dämpfen oder Partikeln in der Luft wichtige und häufig übersehene Faktoren, die zur Entstehung von Atemwegserkrankungen beitragen. Gleichzeitig könnten gerade diese Gefahren aber relativ einfach verändert bzw. vermieden werden.

Das Bewusstsein für den Einfluss von Schadstoffen am Arbeitsplatz auf Lungenerkrankungen müsse daher sowohl in der klinischen Praxis, als auch in der Politik geschärft werden. Medizinerinnen und Mediziner sollten neben der Krankheit immer auch



**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: 26/06/2019**

die berufliche Situation ihrer Patientinnen und Patienten im Blick haben. Zudem seien Präventionsstrategien dringend erforderlich.

--

[@uelle Lungeninformationsdienst] [ <https://bit.ly/2FmTsH5> ]

### **Kardiovaskuläre Komorbiditäten bei COPD**

Schwere COPD, schlechtere Herzprognose

COPD-PatientInnen leiden nicht selten auch unter anderen Komorbiditäten, am häufigsten treten dabei kardiovaskuläre Erkrankungen auf. Unsicherheiten entstehen dann meist aufgrund der Medikation und deren Wechselwirkungspotenzial.

Nahezu alle COPD-PatientInnen leiden im Krankheitsverlauf unter Komorbiditäten. Etwa 98% der Betroffenen haben wenigstens eine Komorbidität, fast 54% sogar mehr als vier. Circa ein Drittel der COPD-PatientInnen leidet ebenso unter einer kardiovaskulären Begleiterkrankung. Interessanterweise scheint dieser Zusammenhang aber auch umgekehrt zu gelten, denn ebenso leiden ein Drittel der HerzpatientInnen ebenfalls unter einer COPD.

Die COPD verschlechtert darüber hinaus die kardiale Prognose. Dies wird beispielsweise damit begründet, dass COPDler nach wie vor bei Entlassung aus der Klinik nur selten eine adäquate Herzinsuffizienztherapie erhalten. So zeigte die ECHOS-Studie, dass eine schwere COPD mit einer schlechteren Herzprognose einherging als eine leichtere Form der COPD oder das Fehlen einer solchen.

Die Copenhagen-City-Heart-Studie ergab zudem, dass Menschen mit COPD etwa 5 bis 10 Jahre früher versterben, was sehr eng mit einer erhöhten Herzfrequenz von 85+ Schlägen pro Minuten zusammenhängen könnte. Damit gilt die COPD dann auch als unabhängiger Prädiktor für die Sterblichkeit.

Aus Studien, wie dem VALIANT-Trial, ist ferner bekannt, dass Kombinationen der klassischen ICS/LABA-Medikation mit Betablockern möglich sind und sogar die Prognose deutlich verbessern können. So reduzierten Betablocker nicht nur die Rehospitalisierungsrate bei PatientInnen mit COPD, sondern auch deren Exazerbationsraten.

Eine große Herausforderung der COPD und ihrer kardiovaskulären Komorbiditäten bleibt jedoch die Dyspnoe als gemeinsames Symptom beider Erkrankungen. Häufig werden dadurch bei PatientInnen mit einer COPD die Dyspnoe-Symptome auf Basis einer zeitgleich bestehenden Herzerkrankung nicht erkannt.

--

[@uelle: esanum GmbH] [ <https://bit.ly/2WYv3hc> ]



**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: 26/06/2019**

### **PCT-Test erkennt bakteriell bedingte Infekte und spart somit Antibiotika ein**

Sicher zwischen bakterieller und viraler Infektion differenzieren und damit Antibiotika einsparen: Das geht, betont der Pneumologe Dr. Justus de Zeeuw, der in einem Medizinischen Versorgungszentrum im Rolshover Hof, Köln-Poll, niedergelassen ist.

Welche Bedeutung hat für Sie der Procalcitonin-Test?

Dr. Justus de Zeeuw: Bei Atemwegsinfekten werden viel zu oft Antibiotika verordnet. Zum Ersten wirken sie nicht, weil es sich in der Regel um Virusinfekte handelt. Zum Zweiten verursachen sie Nebenwirkungen, etwa indem sie das Mikrobiom des Darms schädigen, was übrigens die Infektanfälligkeit der Lunge steigert – das heißt, es ist sogar kontraproduktiv. Zum Dritten entstehen dadurch Resistenzen. Ziel muss also sein, Antibiotika nur einzusetzen, wenn es sinnvoll ist. Dabei hilft der Procalcitonin-Test. Er trennt sehr gut zwischen bakterieller und nicht-bakterieller Infektion.

Wie verlässlich ist der Test?

Dr. de Zeeuw: Bleibt der Test negativ, hat der Patient ziemlich sicher keine bakterielle Infektion. Das ist beim C-reaktiven Protein (CRP) völlig anders. Ist der Infekt gerade erst im Anfangsstadium, kann es noch normal ausfallen. Es gibt allerdings auch beim PCT einen Graubereich – nicht negativ, nicht eindeutig zu hoch. Dann rede ich mit dem Patienten offen darüber. Wer unbedingt ein Antibiotikum will, bekommt eines.

Gibt es einen Point-of-Care-Test?

Dr. de Zeeuw: Ja, allerdings benötigt man für solch eine patientennahe Diagnostik eine spezielle Qualifikation, die im Normalfall nur Labormediziner haben. Der übliche PCT-Test erfordert jedoch keinen großen Aufwand: Sie nehmen mit einem normalen Serumröhrchen Blut ab und schicken es ans Labor. Das Ergebnis kommt am gleichen, spätestens am nächsten Tag.

Aber das zehrt natürlich am Laborbudget ...

Dr. de Zeeuw: Nein, eben nicht. Der PCT-Test ist in diesem Fall budgetneutral, weil er genau für diese Indikation, zur Klärung „Antibiotikum: ja oder nein“, von der KBV unterstützt wird. Dies ist durch die EBM-Symbolziffer 32004 dokumentiert.

Was sagen Sie dem Patienten?

Dr. de Zeeuw: Das Arzt-Patienten-Gespräch wird durch den PCT-Test enorm erleichtert. Patienten erwarten ja, dass wir etwas für sie tun – und sei es die Verordnung eines Antibiotikums. Bevor man da lange fruchtlos diskutiert, zückt man im Zweifel schon mal den Rezeptblock. Nun kann ich dem Patienten sagen: Wir machen jetzt erst einmal einen Labortest und schauen, ob Sie tatsächlich ein Antibiotikum brauchen. Dann fühlt er sich ernst genommen und ist am Ende zufrieden und erleichtert, wenn er keine Tabletten schlucken muss. Der PCT-Test ist für mich nicht nur ein Instrument zur Sicherung meiner



**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: 26/06/2019**

Diagnose, sondern auch ein Tool für mehr Patientenzufriedenheit. Ich verordne 80 % weniger Antibiotika, seit wir den Test regelmäßig nutzen.

--

[@uelle Lungenärzte im Netz ] [ <https://bit.ly/2Y8PwBs> ]

### **Das Dampfen nikotinhaltiger E-Zigaretten beeinträchtigt die Selbstreinigung der Atemwege**

Nikotinhaltige Liquids entziehen dem Schutzfilm in den Atemwegen Wasser und verringern die Schlagfrequenz der Flimmerhärchen, die eigentlich den Abtransport eingedrungener Schadstoffe bewerkstelligen sollen. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Studie aus den USA, auf die die Lungenärzte der Deutschen Lungenstiftung hinweisen.

Der Konsum von E-Zigaretten, die Liquids mit Nikotin enthalten, hemmt einen wichtigen Selbstreinigungsmechanismus in den Bronchien - die sog. mukoziliäre Clearance. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Studie aus den USA (siehe American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, Online-Veröffentlichung am 7.6.2019), auf die die Lungenärzte der Deutschen Lungenstiftung hinweisen. „Den Studienautoren zufolge entziehen nikotinhaltige Liquids dem Schutzfilm in den Atemwegen Wasser, so dass er weniger viskos und damit zäher und klebrig wird.

Mangelhafte Clearance macht anfällig

Eine Fehlfunktion der Selbstreinigung in den Bronchien (mukoziliäre Clearance) ist auch das Kennzeichen einiger Lungenerkrankungen wie z. B. COPD, Asthma und Mukoviszidose. „Eine mangelhafte Selbstreinigung macht die Lungen anfälliger für Schadstoffwirkungen und Infektionen“, erläutert Prof. Andreas. So lässt sich bei jungen E-Zigaretten-Konsumenten, die bisher keine Tabakzigaretten geraucht haben, beobachten, dass sie - ähnlich wie Tabakraucher - ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer chronischen Bronchitis haben. Bei regelmäßiger Schadstoffexposition produzieren die Schleim produzierenden Becherzellen in der Atemwegschleimhaut zur Schadstoffabwehr immer mehr Schleim, während die Flimmerhärchen zunehmend ausfallen, sodass der Schleim mit den Schadstoffen nicht mehr abtransportiert werden kann. Letztendlich versucht der Organismus sich dann der Schadstoffe durch vermehrtes Husten zu entledigen. Aus einer chronischen Bronchitis kann sich allerdings im Lauf der Zeit auch eine COPD entwickeln, die nicht mehr umkehrbar und mit einem erhöhten Lungenkrebsrisiko verbunden ist. „Ex-Zigarettenraucher, die auf die vermeintlich gesünderen E-Zigaretten umgestiegen sind, verhindern durch das Dampfen die Selbstreinigung ihrer Atemwege und damit die Regeneration ihrer geschädigten Lungen. Auch das durch die in den Lungen verbleibenden Schadstoffe zusätzlich erhöhte Krankheitsrisiko dürfte sich bei E-Zigarettdampfern nicht wesentlich senken lassen. Demgegenüber stehen nachweislich effektivere Methoden zur Verfügung, um sich das Rauchen abzugewöhnen, wie spezielle Tabakentwöhnungsprogramme mit einer Kombination aus psychologischen, ärztlichen und medikamentösen Maßnahmen“, betont Prof. Andreas.

Von wegen sicher und sauber!



**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: 26/06/2019**

Dampfen ist also keine sichere und saubere Alternativmethode zum Rauchen von Zigaretten, wie oft vermeintlich behauptet wird. Darauf weist auch eine weitere aktuelle Studie hin, die nachgewiesen hat, dass einige der in den Liquids enthaltenen Aromastoffen den Blutgefäßen direkt schaden und die Gefäßneubildung wie auch die Wundheilung beeinträchtigen (siehe Journal of the American College of Cardiology, Online-Veröffentlichung im Juni 2019). „Besonders schädlich sollen die künstlichen Aromen Zimt, Menthol, Karamell und Vanille in E-Zigarettenliquids sein“, warnt Prof. Andreas. Im letzten Jahr schon hatte eine andere Studie nachgewiesen, dass durch das Dampfen erhebliche Mengen an Krebs erregenden Stoffen wie z. B. Formaldehyd in die Lungen aufgenommen werden und dann auch dort verbleiben (siehe Toxics 2018, Band 6/3, Seite: 46). Die durchschnittliche Konzentration von Aldehyden im Atem ist laut der Studie nach dem Dampfen etwa zehneinhalb Mal höher als vor dem Dampfen. Zudem ist die Konzentration von Formaldehyd in der Atemluft nach dem Verdampfen um ein Hundertfaches niedriger als in direktem E-Zigaretten-Dampf. „Beides deutet daraufhin, dass beim Dampfen erhebliche Mengen an Karzinogenen in die Atemwege gelangen und auch dort absorbiert werden“, erklärt Prof. Andreas.

--

[@uelle Lungenärzte im Netz] [ <https://bit.ly/2N4R8Lq> ]

### **Leitlinien-Empfehlungen - Wer braucht Antibiotika bei COPD?**

Die meisten akuten Exazerbationen einer COPD können ambulant behandelt werden. Antibiotika sollten allerdings nur bei ausgewählten Patienten zum Einsatz kommen.

Wenn Patienten mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) plötzlich mehr Luftnot haben als sonst, dann ist das prinzipiell verdächtig auf eine akute Exazerbation. Weitere Zeichen sind die Zunahme von Husten, Sputumvolumen und Sputumpurulenz.

Die Exazerbation ist laut Leitlinie der Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) definiert als „akute Verschlechterung der Atemwegssymptomatik, die eine zusätzliche Therapie erforderlich macht“. Die deutsche COPD-Leitlinie fordert außerdem, dass die Verschlechterung mindestens zwei Tage anhält.

In den meisten Fällen wird die Exazerbation durch virale Atemwegsinfekte, vor allem mit Rhinoviren, ausgelöst, aber auch bakterielle Infektionen, Feinstaub oder feuchtkaltes Wetter können als Trigger wirken.

Wegen der hohen Komorbidität von COPD-Patienten muss bei plötzlich einsetzender vermehrter Dyspnoe aber auch an andere mögliche Ursachen gedacht werden. Notwendig ist vor allem die differenzialdiagnostische Abgrenzung von akutem Koronarsyndrom, dekompensierter Herzinsuffizienz, Lungenembolie und Pneumonie. Auf laborchemische und mikrobiologische Untersuchungen kann bei leichtgradigen Exazerbationen in der Regel verzichtet werden.

Wer muss ins Krankenhaus?

Der Schweregrad einer Exazerbation bemisst sich nach GOLD an der Art 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: 26/06/2019***

erforderlichen Behandlung. Als schwer gilt eine Exazerbation demnach, wenn sie stationär behandelt werden muss. Eine Krankenhauseinweisung wird empfohlen bei:

schwerer Dyspnoe,  
schlechtem Allgemeinzustand,  
rasch progredienter Symptomatik,  
Bewusstseinstörung,  
Zunahme der Ödeme,  
instabilen Begleiterkrankungen,  
Versagen der ambulanten Therapie und/oder  
Fehlen einer adäquaten hausärztlichen Versorgung.

Viele Patienten gehen bei Exazerbationen gar nicht zum Arzt. Die Autoren der GOLD-Leitlinie fordern daher eine bessere Aufklärung: „COPD-Patienten müssen die Bedeutung von Exazerbationssymptomen verstehen und wissen, wann sie einen Arzt aufsuchen müssen.“ Denn selbst kürzere Episoden haben einen ungünstigen Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf: Sie beschleunigen den Lungenfunktionsverlust und fördern das Auftreten erneuter Exazerbationen und stationäre Behandlungen.

Erst: Bronchodilatation mit SABA

An erster Stelle der medikamentösen Akuttherapie stehen kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika (SABA), die allein oder in Kombination mit kurzwirksamen Anticholinergika (SAMA) gegeben werden können. Welche Devices verwendet werden, ist für den Erfolg offenbar unerheblich, bei starker Kurzatmigkeit können dennoch Vernebler bevorzugt werden.

Empfohlen werden in der deutschen Leitlinie initial 100–200 µg SABA. Wenn das nicht ausreicht, können innerhalb von 10–15 Minuten erneut zwei Hübe inhaliert und zusätzlich SAMA höher dosiert appliziert werden (z.B. 250–500 µg Ipratropiumbromid). Die bisherige Dauertherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika (LAMA), Anticholinergika (LAMA) und ggf. inhalativen Kortikosteroiden soll auch in der Exazerbation fortgeführt werden.

Systemische Kortikosteroide bewirken bei akuten Exazerbationen eine Verbesserung der Lungenfunktion und der Oxygenierung, beschleunigen die Genesung und senken das Risiko eines Therapieversagens. Empfohlen werden täglich 40 mg Prednisolon-Äquivalent oral für fünf Tage; eine Tagesdosis von 50 mg sollte jedoch nicht überschritten werden. Die I.v.-Applikation hat gegenüber der Gabe per os keine Vorteile und geht bei hohen Dosierungen häufiger mit Hyperglykämien einher.

Theophyllin i.v. soll in der Akuttherapie der Exazerbation wegen seines zweifelhaften Nutzens und seiner geringen therapeutischen Breite laut der deutschen Leitlinie nicht mehr eingesetzt werden.

Der Nutzen von Antibiotika bei COPD-Patienten mit ambulant behandelbaren akuten Exazerbationen ist nach wie vor umstritten. Zwar können bei bis zu 50 Prozent der Patienten bakterielle Erreger nachgewiesen werden, deren ätiologische Bedeutung ist jedoch unsicher. Da die meisten Exazerbationen durch Viren ausgelöst werden, sind die



**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: 26/06/2019***

Bakterienisolate vermutlich häufig auf eine Kolonisation oder Superinfektion zurückzuführen.

Farbe des Auswurfs als Kriterium

Nur in einer von vier randomisierten kontrollierten Studien im ambulanten Setting hat eine Antibiotikatherapie besser abgeschnitten als eine Placebobehandlung, mit einer kürzeren Heilungszeit und einem längeren Intervall bis zur nächsten Episode. Wegen der geringen Evidenz für einen Nutzen, verbunden mit dem Risiko von Resistenzbildung und Kolonisation mit *Pseudomonas aeruginosa*, mahnen die deutschen Leitlinienautoren um Professor Claus Vogelmeier von der Universität Gießen/Marburg, die Indikation für Antibiotika kritisch zu stellen (Pneumologie 2018; 72: 253–308). „Die Behandlung muss Patienten mit klinischen Hinweisen auf eine bakterielle Infektion vorbehalten bleiben.“

Als aktuell bestes Kriterium für eine bakterielle Infektion soll die Sputumpurulenz herangezogen werden. Der CRP-Wert sei zur Differenzierung nicht geeignet, der Einsatz von Procalcitonin wird aus pragmatischen Gründen kritisch gesehen. Dementsprechend sollen Antibiotika im ambulanten Sektor nur Patienten verordnet werden, die an mittel- bis schwergradiger COPD leiden und die in der Exazerbation einen gelblich-grünlichen Auswurf haben.

Mittel der Wahl für die kalkulierte Therapie ist in der Regel Amoxicillin beziehungsweise Amoxicillin/Clavulansäure; bei Patienten mit mittelgradigen Exazerbationen können alternativ auch Makrolide oder Doxycyclin eingesetzt werden. Eine Therapiedauer von fünf Tagen ist in der Regel ausreichend, länger als sieben Tage sollte nicht behandelt werden.

Bei wiederholten Exazerbationen mit purulentem Sputum innerhalb von drei Monaten kann wegen des Resistenzrisikos eine Rotation der Substanzklassen erwogen werden. Dauertherapie kontrollieren!

Eine akute Exazerbation sollte immer auch Anlass sein, die Güte der bestehenden medikamentösen und nichtmedikamentösen (z. B. Raucherentwöhnung, Schulung) Dauertherapie zu überprüfen, damit das Auftreten weiterer Exazerbationen verhindert wird. Weil die ersten Wochen nach einer Exazerbation eine besonders vulnerable Phase darstellen, in der es gehäuft zu erneuten Episoden und auch zu kardiovaskulären Ereignissen kommen kann, werden für die Wochen 1–4 Follow-up-Untersuchungen empfohlen.

Geprüft werden sollen die klinische Situation der COPD sowie die Therapie von COPD und Begleiterkrankungen inklusive Inhalationstechnik. Außerdem muss sichergestellt werden, dass die Patienten die Exazerbationsmedikation wieder abgesetzt haben.

Dieser Beitrag erschien zuerst in der Fachzeitschrift CME; Ausgabe 10/2018

Das empfiehlt die deutsche Leitlinie

Bei Exazerbation sollen bevorzugt kurzwirksame inhalative Bronchodilatoren zur Akuttherapie eingesetzt 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: 26/06/2019***

Bei klinisch schwerer Exazerbation sollen systemische Kortikosteroide eingesetzt werden, die Therapiedauer sollte auf 5 Tage und die Dosis auf 50 mg Prednisolonäquivalent/d begrenzt sein.

Antibiotika sollten nur bei klinischen Hinweisen auf eine bakterielle Infektion gegeben werden.

--

[@uelle Ärztezeitung] [ <https://bit.ly/2RqO3Uv> ]



**Newsletter der  
Patientenorganisation  
Lungenemphysem-COPD Deutschland**

**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