

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: 05/07/2019

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
12. Symposium-Lunge am 07.09.2019 in Hattingen – Impfprophylaxe gegen Pneumokokken und Grippeviren	1
COPD wird häufiger diagnostiziert	2
Schleimlöser bei chronischer Bronchitis oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung	3
Warum bei der Behandlung von COPD und Asthma auch das Blutbild entscheidend ist	6
Pneumologische Rehabilitation verlängert das Leben	7
Lungenoperation ohne Voll-Narkose.....	9
Hitzestress bei Asthma und COPD – Was tun gegen Atemnot?	10
„Nasaler high flow“: Maskenfreie Beatmung für schwer Lungenkranke	12

12. Symposium-Lunge am 07.09.2019 in Hattingen – Impfprophylaxe gegen Pneumokokken und Grippeviren

Über Pneumokokken, Gripeschutz und weitere Impfungen wird Prof. Dr. med. Kurt Rasche, Direktor der Klinik für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin am HELIOS Klinikum Wuppertal, Klinikum der Universität Witten/Herdecke und Leiter des DKG-zertifizierten Lungenkrebszentrums „Bergisches Lungenzentrum“, das Publikum in seinem Vortrag auf dem Symposium Lungen 2019 aufklären.

Akute Exazerbationen bei COPD sind in mehr als 50 % der Fälle durch Infekte mit Viren oder Bakterien verursacht. Hierbei spielen als bakterielle Erreger die Pneumokokken – das sind die häufigsten Erreger der bakteriell bedingten Lungenentzündung - und als Viren die Grippeviren (Influenzaviren) eine entscheidende Rolle. Zu den wichtigsten Vorbeugemaßnahmen (Prophylaxe) gehören die Pneumokokken-Impfung und die Gripeschutzimpfung. Diese Impfungen können zwar nicht immer den Krankheitsausbruch verhindern, aber in jedem Fall die Schwere des Krankheitsverlaufes lindern.

Eine Impfung erfolgt mit abgetöteten Erregern oder Bruchstücken der Erreger. Diese können keine wirkliche Erkrankung mehr hervorrufen, aber das Immunsystem dazu anregen, auf den jeweiligen Keim spezialisierte Abwehrzellen zu produzieren, die dann eine Art Gedächtnis haben und jederzeit bei Eindringen des Erregers in der Lage sind, Antikörper zu bilden. Häufig müssen diese Impfungen wiederholt werden, um die Grundimmunisierung aufrecht zu erhalten.

Einzelheiten zu den Empfehlungen für die Impfungen gegen Pneumokokken und Grippeviren, aber auch gegen Gürtelrose (Herpes zoster) und Frühsommermeningoenzephalitis (FSME), sowie zu den verfügbaren Impfstoffen und den am meisten gefährdeten Risikogruppen wird Prof. Rasche in seinem Vortrag näher ausführen.

Passend zu diesem Thema hat der COPD Deutschland e.V. in Zusammenarbeit mit 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: 05/07/2019

Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland einen Patientenratgeber mit dem Titel: „Impfprophylaxe bei COPD“ herausgegeben, den Sie sich in den Ausstellungszelten an den Ständen 1 und 33 (Ausstellungsplan siehe Seiten 14-15) kostenlos abholen können.

Quelle: Vortrag von Prof. Dr. med. Kurt Rasche, Direktor der Klinik für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin am HELIOS Klinikum Wuppertal, Klinikum der Universität Witten/Herdecke und Leiter des DKG-zertifizierten Lungenkrebszentrums „Bergisches Lungenzentrum“, 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/2XaaJhM>]

COPD wird häufiger diagnostiziert

Die Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) wird immer häufiger in Deutschland diagnostiziert. Das hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) heute bekannt gegeben.

Demnach sei die geschlechts- und altersstandardisierte COPD-Diagnoseprävalenz „konstant von 5,1 Prozent im Jahr 2009 bis auf 6,4 Prozent im Jahr 2016 gestiegen“, hieß es heute vom Zi. Im Folgejahr bis 2017 sei die Diagnoseprävalenz gleichbleibend gewesen.

Insgesamt habe es eine „relative Zunahme von 25 Prozent“ gegeben. Diese sei sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu beobachten. „Die niedrigere Prävalenz bei Frauen ist vor allem auf den geringeren Raucherinnenanteil in früheren Jahren zurückzuführen“, erklärte das Institut.

Das Zi geht davon aus, dass die Bedeutung von COPD in der vertragsärztlichen Versorgung weiter zunehmen wird. Verändertes Rauchverhalten und verbesserte Luftqualität ließen jedoch erwarten, dass es langfristig auch wieder zu einem Rückgang der Erkrankungslast kommen könnte, meint das Institut.



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: 05/07/2019

COPD gehört zu den Erkrankungen, denen in einem Disease Management Programm (DMP) in der gesetzlichen Krankenversicherung besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird.

--

[@uelle Deutsches Ärzteblatt] [<https://bit.ly/2NhaMDY>]

Schleimlöser bei chronischer Bronchitis oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung

Hintergrund der Fragestellung

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und die chronische Bronchitis sind langfristige Atemwegserkrankungen. Sie verursachen Symptome wie Kurzatmigkeit, Husten und übermäßigen Auswurf. Bei Personen mit COPD und chronischer Bronchitis kann es zu Schüben der Krankheit kommen (Exazerbationen), wenn sich ihre Symptome verschlechtern.

Schleimlöser (Mukolytika) sind oral einzunehmende Arzneimittel, die den Auswurf lösen könnten und es so erleichtern, ihn abzuhusten. Schleimlöser könnten andere nutzbringende Auswirkungen auf Lungeninfektionen und Entzündungen haben und könnten die Häufigkeit von Schüben der Krankheit mindern, welche Menschen mit COPD und chronischer Bronchitis erleben. Es gibt auch Schleimlöser, die inhaliert werden können. Allerdings haben wir uns in diesem Review nicht mit diesen Schleimlösern beschäftigt.

Studienmerkmale

Wir suchten nach Studien mit einer Dauer von mindestens zwei Monaten, in denen nach dem Zufallsprinzip entschieden wurde, ob eine Person einen Schleimlöser oder ein Placebo erhielt. Nicht berücksichtigt wurden Studien mit Kindern oder Menschen mit anderen Atemwegserkrankungen wie Asthma und Mukoviszidose.

Wir fanden 38 Studien, die wir in unseren Review einschlossen. Diese Studien schlossen insgesamt 10.377 Erwachsene mit COPD oder chronischer Bronchitis ein. Die Studien verwendeten eine Vielzahl von schleimlösenden Wirkstoffen, darunter N-Acetylcystein, Carbocystein und Erdosteine, und dauerten zwischen zwei Monaten bis drei Jahren. Die Schleimlöser wurden zwischen einmal und dreimal pro Tag über den Mund eingenommen. Diese Studien maßen mehrere verschiedene Endpunkte, um herauszufinden, ob das Medikament nützlich war - einschließlich Schüben der Krankheit, Krankenhauseinweisungen, Lebensqualität, Lungenfunktion und Nebenwirkungen.

Hauptergebnisse

Wir fanden heraus, dass Menschen, die Schleimlöser einnahmen, weniger wahrscheinlich



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: 05/07/2019

einen Schub der Krankheit erlebten als diejenigen, die Placebo einnahmen. Ungefähr acht Menschen müssten das Medikament neun Monate lang einnehmen, um eine weitere Person vor einem Schub der Krankheit zu schützen. Dieses Ergebnis basierte auf 28 Studien mit 6.723 Personen. Die vor längerer Zeit (1970er bis 1990er Jahre) durchgeführten Studien zeigen jedoch einen größeren Nutzen als die neueren Studien. Kürzer andauernde Studien schienen auch einen größeren Nutzen zu zeigen als länger andauernde Studien. Dies könnte daran liegen, dass die neueren Studien größer waren und zeigen könnten, dass Schleimlöser weniger nutzbringend sind, als es die früheren Studien gezeigt haben. Oder es könnte sein, dass nur Studien, die Schleimlöser als nutzbringend darstellten, vor den 2000er Jahren veröffentlicht wurden, als es dann einen Anstoß gab, alle Studienergebnisse zu berichten, unabhängig davon, ob sie einen Nutzen zeigten oder nicht.

Menschen, die Schleimlöser einnahmen, hatten jeden Monat weniger Tage mit Beeinträchtigungen (d.h. Tage, an denen sie ihre normalen Aktivitäten nicht ausüben konnten), der Unterschied war aber ziemlich klein- weniger als ein halber Tag pro Person und Monat. Es war auch etwa ein Drittel weniger wahrscheinlich, dass sie ins Krankenhaus eingeliefert wurden, obwohl dieses Ergebnis auf nur fünf Studien basiert, die diese Informationen lieferten.

Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass Schleimlöser keinen wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität oder Lungenfunktion haben. Die Menschen, die Schleimlöser einnahmen, hatten nicht mehr unerwünschte Nebenwirkungen als Menschen, die Placebo einnahmen. Aber wir konnten uns nicht sicher sein, welche Auswirkungen sie auf die Sterblichkeit während des Studienzeitraums hatten, da bei 3.527 Teilnehmern an Studien, die Sterblichkeit untersucht und berichtet hatten, nur 37 Todesfälle auftraten.

Qualität der Evidenz

Wir haben moderates Vertrauen in die von uns dargestellten Ergebnisse. Unser Vertrauen wird durch die Ergebnisse der einzelnen Studien, die sehr unterschiedlich aussehen, und der Mischung aus älteren und neueren Studien, die wir gefunden haben, geschwächt. In einigen Fällen gab es auch nicht genügend Daten, um sicher zu sein, ob die Schleimlöser besser oder schlechter waren oder die gleiche Wirkung hatten wie Placebo.

Schlussfolgerungen

Schleimlöser scheinen nützlich zu sein, um Schübe der Krankheit, Tage mit Beeinträchtigung und Krankenhauseinweisungen bei Menschen mit COPD oder chronischer Bronchitis zu verringern, und sie scheinen nicht mehr Nebenwirkungen zu verursachen. Sie scheinen jedoch keinen großen Einfluss auf die Lebensqualität oder Lungenfunktion zu haben, und wir konnten uns nicht sicher sein, welche Auswirkungen sie auf die Sterblichkeit haben.

--

[@uelle The Cochrane Collaboration] [<https://bit.ly/2RAZtoB>]



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: 05/07/2019

Warum bei der Behandlung von COPD und Asthma auch das Blutbild entscheidend ist

Bestimmte Entzündungszellen im Blut (sog. Eosinophile) können ein guter Marker dafür sein, welche Therapie für einen Patienten mit COPD oder Asthma am besten geeignet ist. Patienten, die viele Eosinophile im Blut aufweisen, erleiden häufig akute Verschlechterungen (Exazerbationen), die aber mit inhalativen Steroiden gut in den Griff zu bekommen sind. Darauf machen die Lungenärzte des Verbands Pneumologischer Kliniken (VPK) aufmerksam.

Patienten mit der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) sind gefährdet, akute Verschlechterungen (sog. Exazerbationen) zu erleiden, die mit einer Verschlimmerung der Symptome (Husten, Auswurf und vor allem Atemnot), einhergehen und auch aufgrund von Begleiterkrankungen zu einem lebensbedrohlichen Gesundheitszustand führen, der oft im Krankenhaus behandelt werden muss. „Jede Exazerbation hat einen ungünstigen Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf, beschleunigt den Lungenfunktionsverlust und fördert das Auftreten erneuter Exazerbationen und stationärer Behandlungen. Umso wichtiger ist es, weitere Exazerbationen womöglich zu verhindern und dazu die richtige Therapie-Entscheidung zu treffen“, erklärt Dr. med. Thomas Voshaar, Vorstandsvorsitzender des Verbands Pneumologischer Kliniken (VPK) und Chefarzt des Lungenzentrums am Krankenhaus Bethanien in Moers. Inhalative Steroide zur Behandlung schlagen allerdings nur bei einem Teil der COPD-Patienten gut an. Insbesondere bei Patienten, die eine hohe Zahl an bestimmten Entzündungszellen im Blut haben (sog. Eosinophile), können sie die Häufigkeit der Exazerbationen effektiv verringern. „Das liegt daran, dass Exazerbationen heterogen - also die Ursachen vielfältig sind. Nur ein Teil der akuten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes ist durch Bakterien oder Viren bedingt. Es scheint so, dass auf der einen Seite Patienten mit hohen Eosinophilen-Zahlen häufiger exazerbieren, aber auf der anderen Seite auch besser auf inhalierbares Kortison ansprechen“, erläutert Dr. Voshaar.

Auch Asthmatiker mit vielen Eosinophilen sprechen gut auf inhalative Steroide an

Studien haben gezeigt: Je höher die Zahl an Eosinophilen im Blut, umso besser sprechen COPD-Patienten auf eine Therapie mit inhalativen Steroiden an. Das gilt insbesondere für eine Senkung der Häufigkeit von Exazerbationen. Beim Asthma bronchiale ist die regelmäßige Inhalation von Kortison in niedrigen Dosen schon seit sehr langer Zeit die Basis der Behandlung für alle Asthma-Formen. Es scheint aber auch beim Asthma so zu sein, dass die Effektivität der Wirkung in einem Zusammenhang mit der Zahl der eosinophilen Zellen steht.

Eosinophile kennzeichnen eine systemische Entzündung

Eosinophile sind neben Cytokinen und anderen Entzündungsmarkern Kennzeichen einer systemischen – also den gesamten Organismus betreffenden - Entzündung, die meist mit weiteren Begleiterkrankungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergeht. Akute Exazerbationen sollten dennoch auch immer Anlass dazu sein, die bisherigen medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapiemaßnahmen (wie z.B. Raucherentwöhnung, Schulungen) zu



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: 05/07/2019

überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Bluteosinophile können als Marker für die richtige Therapie dienen

Es zeichnet sich mittlerweile ab, dass eosinophile Entzündungszellen im Blut ein guter Marker dafür sein können, welche Therapie für einen Patienten mit COPD oder Asthma am besten geeignet ist. „Mithilfe solcher Biomarker lässt sich die medikamentöse Behandlung an den jeweiligen Phänotyp des Patienten anpassen“, betont Dr. Voshaar. Während der Nachweis von Eosinophilen im Sputum sich noch nicht überall etabliert hat, sind Blutuntersuchungen nicht nur einfacher, sondern auch mit weniger Zeitaufwand und größerem Erfolg durchzuführen.

--

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

Warum bei der Behandlung von COPD und Asthma auch das Blutbild entscheidend ist

Bestimmte Entzündungszellen im Blut (sog. Eosinophile) können ein guter Marker dafür sein, welche Therapie für einen Patienten mit COPD oder Asthma am besten geeignet ist. Patienten, die viele Eosinophile im Blut aufweisen, erleiden häufig akute Verschlechterungen (Exazerbationen), die aber mit inhalativen Steroiden gut in den Griff zu bekommen sind. Darauf machen die Lungenärzte des Verbands Pneumologischer Kliniken (VPK) aufmerksam.

Patienten mit der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) sind gefährdet, akute Verschlechterungen (sog. Exazerbationen) zu erleiden, die mit einer Verschlimmerung der Symptome (Husten, Auswurf und vor allem Atemnot), einhergehen und auch aufgrund von Begleiterkrankungen zu einem lebensbedrohlichen Gesundheitszustand führen, der oft im Krankenhaus behandelt werden muss. „Jede Exazerbation hat einen ungünstigen Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf, beschleunigt den Lungenfunktionsverlust und fördert das Auftreten erneuter Exazerbationen und stationärer Behandlungen. Umso wichtiger ist es, weitere Exazerbationen womöglich zu verhindern und dazu die richtige Therapie-Entscheidung zu treffen“, erklärt Dr. med. Thomas Voshaar, Vorstandsvorsitzender des Verbands Pneumologischer Kliniken (VPK) und Chefarzt des Lungenzentrums am Krankenhaus Bethanien in Moers. Inhalative Steroide zur Behandlung schlagen allerdings nur bei einem Teil der COPD-Patienten gut an. Insbesondere bei Patienten, die eine hohe Zahl an bestimmten Entzündungszellen im Blut haben (sog. Eosinophile), können sie die Häufigkeit der Exazerbationen effektiv verringern. „Das liegt daran, dass Exazerbationen heterogen - also die Ursachen vielfältig sind. Nur ein Teil der akuten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes ist durch Bakterien oder Viren bedingt. Es scheint so, dass auf der einen Seite Patienten mit hohen Eosinophilen-Zahlen häufiger exazerbieren, aber auf der anderen Seite auch besser auf inhalierbares Kortison ansprechen“, erläutert Dr. Voshaar.

Auch Asthmatiker mit vielen Eosinophilen sprechen gut auf inhalative Steroide an



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: 05/07/2019

Studien haben gezeigt: Je höher die Zahl an Eosinophilen im Blut, umso besser sprechen COPD-Patienten auf eine Therapie mit inhalativen Steroiden an. Das gilt insbesondere für eine Senkung der Häufigkeit von Exazerbationen. Beim Asthma bronchiale ist die regelmäßige Inhalation von Kortison in niedrigen Dosen schon seit sehr langer Zeit die Basis der Behandlung für alle Asthma-Formen. Es scheint aber auch beim Asthma so zu sein, dass die Effektivität der Wirkung in einem Zusammenhang mit der Zahl der eosinophilen Zellen steht.

Eosinophile kennzeichnen eine systemische Entzündung

Eosinophile sind neben Cytokinen und anderen Entzündungsmarkern Kennzeichen einer systemischen – also den gesamten Organismus betreffenden - Entzündung, die meist mit weiteren Begleiterkrankungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergeht. Akute Exazerbationen sollten dennoch auch immer Anlass dazu sein, die bisherigen medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapiemaßnahmen (wie z.B. Raucherentwöhnung, Schulungen) zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Bluteosinophile können als Marker für die richtige Therapie dienen

Es zeichnet sich mittlerweile ab, dass eosinophile Entzündungszellen im Blut ein guter Marker dafür sein können, welche Therapie für einen Patienten mit COPD oder Asthma am besten geeignet ist. „Mithilfe solcher Biomarker lässt sich die medikamentöse Behandlung an den jeweiligen Phänotyp des Patienten anpassen“, betont Dr. Voshaar. Während der Nachweis von Eosinophilen im Sputum sich noch nicht überall etabliert hat, sind Blutuntersuchungen nicht nur einfacher, sondern auch mit weniger Zeitaufwand und größerem Erfolg durchzuführen.

--

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

Pneumologische Rehabilitation verlängert das Leben

Die kurzfristigen Effekte einer pneumologischen Rehabilitation sind zwar gut untersucht, zur langfristigen Wirksamkeit gibt es bisher aber nur wenige Daten. Wichtig ist, dass die initialen Erfolge zum dauerhaften Mehr an körperlicher Aktivität führen. Dazu sollte der Patient immer wieder motiviert werden.

Sind Wiederholungen einer pneumologischen Rehabilitation (PR) sinnvoll? Dieser Frage wurde in einer Studie nachgegangen. Tatsache ist, dass die verbesserten Parameter wie die 6-Minuten-Gehstrecke nach 12 bis 24 Monaten auf das Ausgangsniveau zurückkehren. Verglichen wurden COPD-Patienten, die zwei oder drei PR innerhalb von zwölf Jahren erhalten hatten.

Nach jedem Reha-Programm verbesserten sich die Patienten klinisch relevant. Doch es gab einen signifikanten Unterschied zwischen dem Effekt der ersten und zweiten PR im Vergleich zur dritten PR. „Die krankheitsspezifische Lebensqualität war nach der ersten und zweiten PR signifikant verbessert, aber nach der dritten PR gab es keine relevante Steigerung mehr“, berichtete Professor Klaus Kenn von der Schön Klinik Berchtesgadener Land in Schönau beim Pneumo Update in Wiesbaden.



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: 05/07/2019

Erhaltungsprogramme

Doch was kann man tun, um die PR-Effekte langfristig zu erhalten? Dazu wurde eine Studie mit 143 COPD-Patienten konzipiert, die nach achtwöchiger PR entweder in eine Interventionsgruppe mit einem dreijährigen Erhaltungsprogramm oder eine Kontrollgruppe mit Standardversorgung randomisiert wurden.

Die Interventionsgruppe wurde sehr intensiv von einem Physiotherapeuten telefonisch und im Rahmen regelmäßiger Klinikbesuche motiviert und kontrolliert, wobei die Übungen zu Hause mit Fahrradergometer und Trainingsgewichten durchgeführt wurden.

In der Interventionsgruppe verbesserte sich im ersten und zweiten Jahr nach der PR die körperliche Leistungsfähigkeit, im dritten Jahr nahm sie jedoch wieder leicht ab. „In einer Metaanalyse konnte aber ein klinisch relevanter Vorteil für ein Erhaltungsprogramm im Hinblick auf respiratorisch bedingte Klinikaufenthalte gezeigt werden“, sagte Kenn.

Kognitive Defizite sind bei COPD-Patienten keine Seltenheit. Etwa 40 Prozent sind betroffen. Ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und der kognitiven Funktion fand sich aber nicht.

Die von kognitiven Einschränkungen betroffenen Patienten waren gleichmäßig auf alle GOLD-Stadien verteilt. „Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, diese Defizite bei Erstellung von Therapieplänen zu berücksichtigen und diese an die individuellen Fähigkeiten anzupassen“, so Kenn.

Bei kognitiv beeinträchtigten COPD-Patienten ist auch die Compliance schlechter und die PR wird häufiger abgebrochen. Und auch bei der Diagnostik gibt es Probleme, genauer gesagt beim Verstehen von Atemmanövern zur korrekten Einschätzung der Lungenfunktion oder bei der Leistungsdiagnostik. Letztere wird dann vorzeitig abgebrochen, was zu einer Unterschätzung der Belastbarkeit führt.

Das Problem ist, dass die kognitiven Defizite im klinischen Alltag und auch bei der pneumologischen Basisdiagnostik nicht direkt ins Auge fallen. Deshalb müssen Betroffene mittels Tests identifiziert werden. Angesichts der Häufigkeit sollten diese bei allen COPD-Patienten erfolgen.

Kognitive Defizite sind häufig

Diskutiert wird, ob es bei kognitiv beeinträchtigten COPD-Patienten bei körperlicher Belastung zu einer im Vergleich mit kognitiv gesunden COPD-Patienten stärkeren Abnahme der zerebralen Sauerstoffversorgung kommt. In einer prospektiven Studie fand sich in beiden Gruppen bei der fahrradergometrischen Belastung ein milder bis moderater Abfall der Sauerstoffsättigung, der aber bei kognitiv limitierten Patienten häufiger und stärker auftrat.

Doch der stärkere Abfall der Sauerstoffsättigung führte nicht zur Reduktion der zerebralen Sauerstoffversorgung. Auch wurden am Ende der Belastung vergleichbare Intensitäten von Dyspnoe angegeben.



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: 05/07/2019

In einer Längsschnittstudie wurde die Mortalität von PR-„Completers“ und „Non-Completers“ verglichen. Auch wurde die Korrelation zwischen dem Erfolg der PR gemessen an der Zunahme der Gehstrecke und dem Überleben untersucht.

„Die Ergebnisse sind eindeutig, die Überlebenszeit bei Completern war signifikant länger als bei Non-Completern“, so Kenn. Jeder Meter Verbesserung bei der Gehstrecke reduzierte das Sterberisiko um 0,4 Prozent.

Wird eine Verbesserung von 50 Metern durch die PR erreicht, sinkt dadurch die Mortalität um 17,6 Prozent. Die Verbesserung der Gehstrecke war einer besserer prognostischer Prädiktor als die FEV1.

--

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

Lungenoperation ohne Voll-Narkose

Minimal-invasive Thoraxchirurgie und moderne Anästhesie ermöglichen ein Lungen-OP-Verfahren ohne Vollnarkose. Dadurch können die negativen Effekte und Risiken der Intubation und invasiven Beatmung ebenso wie die Auswirkungen einer tiefen Narkose vermieden oder vermindert werden.

Direkt nach der Lungenoperation war Karlheinz Vetter (81) ansprechbar, konnte sich selbst auf den Rücken drehen und selbständig vom OP-Tisch wieder in sein Bett rutschen. Schmerzen hatte er keine. „Ich bin einfach wieder aufgewacht“, erzählt der erste Patient, der sich auf eine minimal-invasive Thoraxchirurgie mit einem neuen OP-Verfahren ohne Vollnarkose am Klinikum Darmstadt eingelassen hat. „Ich habe sofort Ja gesagt und war überzeugt, dass das eine gute Sache ist.“

Anfang Mai haben Dr. Alexander Grebe, seit gut einem Jahr am Klinikum Darmstadt und stellvertretender Sektionsleiter Thoraxchirurgie, und der Oberarzt der Anästhesie, Michael Hübscher, erstmals am Klinikum Darmstadt eine sogenannte „non-intubated, uniportal VATS-Resektion“ eines Tumors in der Lunge ohne Voll-Narkose vorgenommen - das heißt dessen chirurgische Entfernung erfolgte bei einem nicht beatmeten, also spontan atmenden Patienten, minimal-invasiv (über einen Schnitt von ca. 3 cm Länge) und videoassistent (VATS ist die Abkürzung aus dem Englischen Video Assisted Thoracoscopic Surgery). Der Eingriff verlief problemlos und der Patient war mit der Operation und dem unkomplizierten dreitägigen stationären Aufenthalt sehr zufrieden.

Durch Verbesserung und Weiterentwicklung der Operationstechniken, der chirurgischen Instrumente und der Kameratechnik können bereits seit einiger Zeit Operationen im Brustkorb minimal-invasiv mit wenigen kleinen Schnitten durchgeführt werden. Durch das Gewebe schonende Vorgehen erholen sich die Patienten nach der Operation oft schneller, haben weniger Schmerzen und sind früher wieder mobil. Um eine Operation noch schonender zu gestalten, können in bestimmten Fällen auch vergleichsweise komplexe Operationen an der Lunge ohne eine tiefe Narkose in Spontanatmung, also ohne das Einführen eines Beatmungsschlauches in die Luftröhre, 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: 05/07/2019

Dadurch können die negativen Effekte und Risiken der Intubation und Beatmung auf die Atemwege und die Lunge ebenso wie die Auswirkungen einer tiefen Narkose auf Kreislauf, Atmung und das zentrale Nervensystem vermieden oder vermindert werden.

Dr. Grebe und Michael Hübscher haben dieses Verfahren vor kurzem in Hannover trainiert. Damit der Patient die Operation nicht bei Bewusstsein miterlebt und keine Schmerzen verspürt, kommen eine Kombination von regionalen Anästhesieverfahren mit der Verabreichung von das Bewusstsein dämpfenden Medikamenten zum Einsatz. Über einen thorakalen Periduralkatheter können Lokalanästhetika in die Nähe des Rückenmarkes und der Nervenwurzeln verabreicht werden und bewirken dann eine Schmerzausschaltung. Damit der Patient die Operation nicht als unangenehm wahrnimmt, können unter kontinuierlicher Kontrolle des Kreislaufes, der Herzfähigkeit, der Atmung und der Gehirnfunktionen sedierende, d.h. dämpfende Medikamente verabreicht werden, die zu einem leichten Schlaf führen. Oberarzt Michael Hübscher hat den Patienten während der gesamten Operation betreut und die Vitalfunktionen überwacht, genauso wie bei einer Operation in Narkose. Bei Bedarf kann auch noch während solch einer Operation eine Narkose mit Intubation eingeleitet werden, wenn dies notwendig werden sollte.

Die sedierenden Medikamente versetzten den Patienten nur in einen leichten Schlaf. Operateur Dr. Alexander Grebe entfernte während des Eingriffs einen Lungentumor über einen drei Zentimeter großen Schnitt und hatte dabei die Bewegung der atmenden Lunge immer über die minimal-invasiv eingesetzte Kamera im Blick.

Minimal-invasive Operations-Verfahren sollten vor allem bei älteren und multimorbiden Patienten eingesetzt werden, denen Vollnarkosen stärker zusetzen würden, bzw. die für eine Vollnarkose überhaupt nicht in Frage kommen. Für den Anästhesisten und den Operateur sei die Arbeit aufwändiger und herausfordernder, gleichwohl kündigt die Sektionsleiterin Thoraxchirurgie, Dr. Jasmin Dei-Anang an, dieses schonende Verfahren grundsätzlich Patienten anzubieten, für die man sich Vorteile im Behandlungsverlauf verspreche. Es gebe aber auch Ausschlusskriterien, die in Vorgesprächen besprochen würden.

--

[@uelle Lungenärzte im Netz] [<https://bit.ly/323vOcw>]

Hitzestress bei Asthma und COPD – Was tun gegen Atemnot?

Sommerliche Hitzewellen können Atembeschwerden verstärken und den Verlauf von Lungenerkrankungen verschlechtern. Doch die Betroffenen können sich schützen!

An heißen Tagen mit Höchstwerten über 25°C steigt die Zahl an Notaufnahmen in deutschen Kliniken sprunghaft an. Mehr noch als Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind dafür chronische Lungenerkrankungen wie Asthma bronchiale und COPD verantwortlich. Wie kommt es dazu?

Hohe Temperaturen erschweren das Atmen



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: 05/07/2019

Besonders die sich anstauende Hitze in Großstädten kann für lungenschädigte Menschen zum Problem werden. Wenn Abgase, hohe Luftfeuchtigkeit und Hitze zusammenkommen, führt dieser „urbane Hitzestress“ schnell zu vermehrten Atembeschwerden bis hin zu ausgeprägter Atemnot.

Die Ursache: Hitzewellen stellen für die Patienten eine zusätzliche körperliche Belastung dar. Temperaturen ab 25°C erschweren das Atmen und erhöhen das Risiko für Atemnot und Krankheitsschübe. An heißen Sommertagen kommt es deshalb wie sonst nur an sehr kalten Wintertagen zu vermehrten Exazerbationen und Notaufnahmen.

So schützen Sie sich an heißen Tagen gegen die Hitze

Setzen Sie sich mit folgenden Fragen auseinander, um sommerliche Hitzewellen bestmöglich zu bewältigen:

1. Wie verhalte ich mich an heißen Tagen?

Um Atemnot bei Hitze vorzubeugen, lassen sich ganz allgemein einige Verhaltenstipps formulieren. Wie Sie für Abkühlung sorgen können und sich ernähren sollten, erfahren Sie in diesem Beitrag:

Die heißen Tage kommen: 5 Tipps für Lungenpatienten

2. Wie kann ich die klimatischen Bedingungen in meiner Wohnung optimieren?

Lüften Sie möglichst dann, wenn die Außentemperaturen noch nicht so hoch sind, also in der Nacht, am frühen Morgen oder am späten Abend. Tagsüber sollten Sie die Fenster geschlossen halten und die Wohnung abdunkeln.

Eine Forschungsgruppe der Charité Berlin hat gezeigt, dass sich eine Raumtemperatur von konstanten 23°C positiv auf den Zustand von COPD-Patienten auswirkt. Für Wohnungen, die sich im Sommer stark aufheizen, kann daher die Anschaffung einer Klimaanlage sinnvoll sein. Wegen einer erhöhten Infektionsgefahr, sollten Sie sich vor dem Kauf jedoch von einem Lungenfacharzt beraten lassen.

3. Was tun bei Atemnot?

Wenn Ihnen an einem heißen Tag das Atmen schwer fällt, bewahren Sie Ruhe und atmen Sie tief und langsam in den Bauch ein. Ziehen Sie sich möglichst an einen kühleren oder klimatisierten Ort zurück und versuchen Sie mithilfe der Lippenbremse, die Atemnot in den Griff zu bekommen. Setzen Sie - nur wenn nötig - Ihr Notfallspray ein.

4. Wohin wende ich mich im Notfall?

Wenn Ihre Erkrankung sich im fortgeschrittenen Stadium befindet, sollten Sie sich auch auf die Möglichkeit vorbereiten, dass sich ihr Zustand nicht so schnell bessert:

Gibt es eine Klinik in der Nähe, die Sie im Notfall kontaktieren können?

Samariterbund oder Rotes Kreuz bieten Senioren und Schwerkranken einen sogenannten



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: 05/07/2019

Hausnotruf an. Mithilfe eines Senders, den man auch am Körper tragen kann, wird per Knopfdruck ein Signal an den nächsten Rettungsdienst gesendet.

Auch ein Notfallplan für Ersthelfer für den Fall, dass ein Patient sich nicht mehr selbst helfen kann, kann sinnvoll sein. Sprechen Sie Ihren Hausarzt auf diese Möglichkeit an!

--

[@uelle Leichter Atmen] [<https://bit.ly/2RvtQwP>]

„Nasaler high flow“: Maskenfreie Beatmung für schwer Lungenkranke

Weniger „Totraum“: Maschine wäscht mit hohem Luftstrom Kohlendioxid aus dem Körper

Leipzig. Ob und wie der "nasale high flow", eine nicht-invasive Beatmungsmöglichkeit ohne Masken, das Leben von COPD-Patienten im fortgeschrittenen Stadium erleichtern kann, wird ab dem kommenden Jahr in einer deutschlandweiten Studie unter Leitung von Prof. Hubert Wirtz, Leiter der Abteilung für Pneumologie am Universitätsklinikum Leipzig (UKL) und Dr. Jens Bräunlich, ehemaliger Oberarzt am UKL und nun Chefarzt der Inneren Medizin am Klinikum Emden, untersucht. COPD ist eine nicht heilbare Lungenerkrankung.

Die Studie mit mindestens 700 Patienten an 25 Zentren in Deutschland soll zeigen, wie sich der Einsatz von "nasalem high flow" in akuten Situationen eignet. Im Gegensatz zu bereits etablierten Beatmungsmöglichkeiten müssen Patienten hier beispielsweise keine Atemmaske tragen, was ihren Handlungsspielraum erweitert. Die Studie ist Teil des Förderprogramms "Klinische Studien" des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und muss nur noch formell von der Ethikkommission geprüft werden. Start ist im März 2020. Die Fördersumme beträgt drei Millionen Euro.

Beim "nasalen high flow" tragen Patienten keine Atemmaske, sondern erhalten Sonden in die Nasenlöcher. Eine kleine Maschine bläst mittels einer Turbine 20 bis 60 Liter Luft pro Minute durch die Sonde. Diese besitzt einen größeren Durchmesser als die üblichen Sauerstoff-Sonden. "Die eingeführte Luft ist dank ausgeklügelter Technik ausgewogen befeuchtet und temperiert und wird kurz vor dem Taupunkt in die Nase eingeführt, denn es darf keinen Unterschied zur Körpertemperatur in der Nase geben", erläutert Prof. Wirtz die Wirkungsweise. Die Technik erlaube dabei auch die präzise Regulierung des Sauerstoffgehalts, erklärt er. So atme der Patient entweder normale Raumluft oder Luft mit deutlich höherem Sauerstoffanteil.

"Beim normalen Ein- und Ausatmen atmen wir immer auch einen gewissen Anteil von 'gebrauchter Luft' ein, was bei gesunden Menschen kein Problem für die Lunge darstellt", erläutert Prof. Wirtz weiter. Bis die Luft in der Lunge ankommt, passiert sie jedoch den so genannten "Totraum", also die Bereiche auf dem Weg der Luft in die Lunge, in denen kein Gasaustausch stattfindet, wie zum Beispiel die Luftröhre. Für Lungenkranke stellt die Kombination aus "gebrauchter Luft" und "Totraum" jedoch ein Problem dar.

Mit der neuen Technik, so UKL-Experte Wirtz, verringere sich der Anteil des "Totraums", zudem verhindere sie das Einatmen "gebrauchter Luft". Der starke Luftfluss von bis zu 60 Litern je Minute spült dabei ständig die oberen Atemwege durch und wäscht so das Kohlendioxid aus dem Körper. "Bei Lungenkranken wird die Atmung dadurch effizienter.



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: 05/07/2019

Man erspart der Lunge regelrecht Arbeit", sagt der Pneumologe. "Das tut den Patienten gut." Weil diese dabei keine Maske tragen müssten, könnten sie ein solches Gerät am Tag länger tragen und anwenden. "Den Patienten ist es möglich, währenddessen zu reden, zu essen und zu trinken", beschreibt Prof. Wirtz die Vorteile.

Erste Studien auf diesem Gebiet haben ergeben, dass sich die nicht-invasive Beatmung mit Maske oder durch "nasalen high flow" bei starker COPD etwa gleich gut auswirken.

Die neue Studie soll diese Ergebnisse oder eventuell sogar die Vorteile der maskenfreien Beatmung bestätigen. Als Co-Studienleiter steht Prof. Hubert Wirtz sein bisheriger Oberarzt Dr. Jens Bräunlich zur Seite, trotz seines Anfang Juni erfolgten Wechsels als Chefarzt an das Klinikum Emden.

--

[@uelle Uniklinikum Leipzig] [<https://bit.ly/2xy9yJT>]



**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