

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: 23/08/2019

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
Ankündigung Symposium-Lunge 2019	1
12. Symposium-Lunge am 07.09.2019 in Hattingen - Methoden zur Verkleinerung eines Lungenemphysems	3
12. Symposium-Lunge am 07.09.2019 in Hattingen - Hilfsmittelgeräte zur Durchführung einer Langzeit Sauerstofftherapie.....	4
Zahl der COPD-Diagnosen deutlich angestiegen	6
Idiopathische Lungenfibrose: Behandlung mit Pentraxin-2.....	7
12. Symposium-Lunge am 07.09.2019 in Hattingen - Nicht-invasive Beatmungstherapie kann die Lebensqualität und -erwartung steigern.....	8
Asthma-Antikörper kann COPD-Exazerbationen nicht verhindern.....	10
COPD: Entfernung emphysematöser Bereiche lässt Patienten wieder durchatmen ..	11
Zunahme von COPD mit regionalen Unterschieden	12

Ankündigung Symposium-Lunge 2019 am 07.09.2019 in Hattingen

„COPD und Lungenemphysem - Prophylaxe, Diagnostik und Therapien“
lautet das Motto des diesjährigen, mittlerweile 12. Symposium-Lunge

Das Symposium-Lunge ist eine jährlich im September stattfindende, ganztägige Veranstaltung, die von Patienten für Patienten durchgeführt wird.
Herzstück des diesjährigen Kongresses, der am Samstag, den 07. September 2019 von 9:00-17:00 Uhr in Hattingen/NRW stattfindet, bilden - wie in jedem Jahr - die 10 Vorträge von namhaften Pneumologen.

Themen der Veranstaltung sind in diesem Jahr:

Die Erkrankungen COPD, Lungenemphysem, Alpha 1 Mangel,

Die Erkrankungen ACOS und Asthma,

mögliche Begleiterkrankungen,

Akute Verschlimmerung (Exazerbation) und stationäre Behandlung,

Lungensport und Atemtherapie,

Impfprophylaxe,

inhalative Verabreichung von Medikamenten

Hilfsmittelgeräte zu Durchführung einer Langzeit-Sauerstofftherapie

Nicht-invasive Beatmungstherapie (NIV) kann Lebensqualität und Lebenserwartung steigern

Chirurgische und bronchologische Verfahren zur Verkleinerung des Lungenemphysems

<https://www.copd-deutschland.de/symposium-2019/programm-2019>

Darüber hinaus werden 5 Workshops angeboten zu den Themen:

Praktische Tipps für den Umgang mit Atemnot. Was können Sie selber tun?

Reisen mit Langzeit-Sauerstofftherapie. Welche Möglichkeiten gibt es?



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: 23/08/2019

Ernährung bei chronischen Atemwegserkrankungen

Pneumologische Rehabilitation: Zugangswege, Voraussetzungen, Therapiespektrum und Ziele der Maßnahme

Was sind Bronchiektasen? Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Aufgrund der großen Resonanz, finden die Workshops in diesem Jahr erstmals im Foyer statt.

<https://www.copd-deutschland.de/symposium-2019/workshops-2019>

Wie in den zurückliegenden Jahren, wird die Veranstaltung von einer großen Ausstellung umrahmt, auf der sich Betroffene, Angehörige und Interessierte umfassend informieren können.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, kostenlos verschiedene Tests und Gesundheitschecks durchführen zu lassen:

<https://www.copd-deutschland.de/symposium-2019/gesundheitschecks-2019>

Veranstalter des Symposium-Lunge ist der [COPD-Deutschland e.V.](#), Mitveranstalter ist die [Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland](#).

Die Initiative dazu kam von Jens Lingemann, der als Betroffener zusammen mit seiner Frau Heike Lingemann die Symposien plant und durchführt.

Der Eintritt zur öffentlichen Veranstaltung ist frei, Voranmeldungen sind nicht möglich.

Für Betroffene, welche eine Langzeit-Sauerstofftherapie durchführen, ist die kostenlose Befüllung der gängigen Flüssigsauerstoff Mobilgeräte ganztägig gewährleistet.

Das erste Symposium-Lunge fand im September 2007 statt.

Etwa 1.300 Besucher waren aus dem gesamten Bundesgebiet und dem benachbarten Ausland nach Hattingen gekommen. Bei den Folgeveranstaltungen in den Jahren 2008 - 2018 kamen teilweise mehr als 2.800 Besucher zum Symposium.

Diese Besucherzahlen macht deutlich, welchen Stellenwert das Symposium-Lunge mittlerweile für Patienten mit Atemwegserkrankungen, deren Angehörige und Interessierte hat und dies auch künftig haben wird, zumal die Anzahl der Betroffenen laut Prognosen der WHO weiterhin zunehmen soll.

Umfassende Informationen, Zusammenfassungen, Fotostrecken, Filmbeiträge und [DVD-Mitschnitte](#) der 11 bisher stattgefundenen Symposien stehen im Internet zur Verfügung.

Sämtliche Informationen zum 12. Symposium-Lunge entnehmen Sie bitte der Homepage des [Veranstalters](#) bzw. des [Mitveranstalters](#).

Quelle: Jens Lingemann

COPD-Deutschland e.V. und Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland



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: 23/08/2019

12. Symposium-Lunge am 07.09.2019 in Hattingen - Methoden zur Verkleinerung eines Lungenemphysems

Chirurgische und bronchologische Verfahren zur Verkleinerung eines Lungenemphysems wird Prof. Dr. med. Heinrich Worth, Vorsitzender der AG Lungensport in Deutschland e.V. im Facharztforum Fürth, in seinem Vortrag auf dem Symposium Lunge 2019 vorstellen.

Das schwere Lungenemphysem wird in der Lungenfunktionsuntersuchung anhand eines erhöhten Residualvolumens festgestellt, also des Lungenvolumens, welches nach maximaler Ausatmung in der Lunge verbleibt. Liegt dieses über 175 % des Wertes, der bei Lungengesunden gemessen wird, spricht man von einem schweren Lungenemphysem. Für diese Patientinnen und Patienten mit schwerem Emphysem bestehen nach Ausschöpfung aller medikamentöser und nichtmedikamentöser Maßnahmen, insbesondere der pneumologischen Rehabilitation, die Möglichkeit einer chirurgischen Entfernung oder endoskopischen Ausschaltung überblähter Lungenbezirke.

Die chirurgische Lungenvolumenreduktion (LVRS) beim Lungenemphysem beinhaltet die Entfernung von stark emphysematös veränderten Lungenbezirken mit dem Ziel, die Überblähung zu vermindern und dadurch die Atemnot zu lindern, die Lungenfunktion zu verbessern und die Leistungsfähigkeit der Atemmuskeln zu steigern. Gegenüber der medikamentösen Therapie verbessert die LVRS bei Patienten mit schwerem oberlappenbetontem Lungenemphysem und geringer Belastbarkeit nach präoperativer Rehabilitation Belastbarkeit und Lebenserwartung. Es können nur Patienten für die LVRS berücksichtigt werden, bei denen präoperativ eine Rehabilitation erfolgte und alle medikamentösen Therapieoptionen ausgeschöpft wurden. Weiterhin ist eine mehrmonatige Abstinenz des Tabakrauchens erforderlich.

Ziel der bronchologischen (endoskopischen) Lungenvolumenreduktion (LVRB) ist die Verringerung der Überblähung bei schwerem Emphysem unter Vermeidung der bei den chirurgischen Verfahren deutlich höheren Sterblichkeit. Durch die Verminderung der Überblähung werden die Funktion von Lunge und Atemmuskeln verbessert, die Atemnot gelindert sowie Belastbarkeit und Lebensqualität gesteigert. Für die LVRB wurden endobronchiale Ventile, endobronchial applizierbare Klammern aus Nitinolstahl (Coils), Stents, heißer Dampf sowie Hydrogelschaum in Frage.

In Deutschland werden in Abhängigkeit von der Emphysemverteilung in den beiden Lungen, die durch eine Dünnschichtcomputertomographie (HR-CT) mit Hilfe unterschiedlicher Softwareprogramme analysiert werden kann, in erster Linie Ventile und Coils implantiert. Von großer Bedeutung für die Auswahl des Verfahrens ist die Unterscheidung zwischen einem heterogenen (unterschiedlich stark ausgeprägtes Emphysem in verschiedenen Lungenbezirken) und einem homogenen Emphysem (gleichmäßige Verteilung des Emphysems in verschiedenen Lungenabschnitten). Bei homogenem Emphysem werden in erster Linie Coils, beim heterozygoten Emphysem vorwiegend Ventile eingesetzt.

Die besten Ergebnisse bei der endobronchialen Ventilapplikation werden bei heterogenem



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: 23/08/2019

Emphysem erreicht, wenn keine Luftverbindung zwischen benachbarten Lappen (kollaterale Ventilation) besteht. Bei Patienten mit geringer kollateraler Ventilation und erhaltenen Lappengrenzen lassen sich Lebensqualität, körperliche Belastbarkeit und Lungenfunktion deutlich besser und nachhaltiger steigern als bei Patienten, bei denen keine erhaltene Lappengrenzen bzw. eine kollaterale Ventilation vorhanden sind. Hauptkomplikation der Ventilimplantation ist der nach dem Eingriff auftretende Pneumothorax in bis zu 25% der Fälle.

Endobronchiale Coils, die in etwa Klammern oder Heftzwecken aus Nitinolstahl entsprechen, wurden entwickelt, um mechanisch das emphysematös veränderte Lungengewebe zu komprimieren und dadurch Gewebsspannungen in der Umgebung des Emphysems wiederherzustellen. Ziel ist es, in den behandelten Lungenlappen 10-14 Coils zwischen den Segmentbronchien und der Pleura zu implantieren. Die am häufigsten auftretenden Nebenwirkungen nach Implantation von Coils sind leichte Blutungen, die in der Regel spontan zum Stillstand kommen und nur in den seltensten Fällen interventionsbedürftig sind.

Passend zu diesem Thema hat der COPD Deutschland e.V. in Zusammenarbeit mit der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland zwei Patientenratgeber herausgegeben, die Sie sich in den Ausstellungszelten an den Ständen 1 und 33 kostenlos abholen können. (Ausstellungsplan siehe Seiten 14-15)

Quelle: Vortrag von Prof. Dr. med. Heinrich Worth, Vorsitzender der AG Lungensport in Deutschland e.V. im Facharztforum Fürth 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/2P6Nly7>]

12. Symposium-Lunge am 07.09.2019 in Hattingen - Hilfsmittelgeräte zur Durchführung einer Langzeit Sauerstofftherapie



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: 23/08/2019

Welche Hilfsmittelgeräte aktuell für eine Langzeit-Sauerstofftherapie zur Verfügung stehen, wird Prof. Dr. med. Susanne Lang, Chefärztin der Medizinischen Klinik II am SRH Wald-Klinikum Gera und Präsidentin der Mitteldeutschen Gesellschaft für Pneumologie und Thoraxchirurgie e.V., in ihrem Vortrag auf dem Symposium Lunge 2019 erläutern.

Voraussetzung für die Verordnung der richtigen Geräte und Hilfsmittel sind eine ärztliche Untersuchung mit Bestimmung der Blutgase und der Sauerstoffsättigung in Ruhe, unter körperlicher Belastung und eventuell auch während des Nachtschlafes.

Welche Möglichkeiten gibt es für die Langzeit-Sauerstofftherapie?

Konzentratoren reichern Sauerstoff aus der Umgebungsluft an. Dazu benötigen sie Strom über eine Steckdose (Standgeräte) oder über Akku (mobile Geräte). Je nach Typ machen sie mehr oder weniger Geräusche beim Betrieb. Stationäre Geräte wiegen meist zwischen 8 und 19 kg und können gerollt werden. Sie liefern eine Sauerstoffzufuhr von bis zu 10 Litern pro Minute.

Sauerstoffgasdruckflaschen: Kleine Sauerstoffflaschen werden wenig mobilen Versicherten meist als Ergänzung der Versorgung mit Heimkonzentrator überlassen. Der Vorrat in der Sauerstoffflasche bestimmt den Bewegungsspielraum des Nutzers. Flüssigsauerstoff muss in Tanks verschlossen werden, da er sich an der Luft schnell verflüchtigt. Die Tanks gibt es in kleiner Größe (für den häuslichen Gebrauch) bis zu sehr großer Ausführung (z.B. für Kliniken). Die häuslichen Systeme verfügen über einen Aufsatz, über den ein kleines mobiles Gerät gefüllt werden kann, das je nach Größe und Flussrate bis zu 20 Stunden Mobilität gewährleistet. Da aus den Tanks ständig kleinere Mengen an Flüssigsauerstoff verdampfen, müssen sie immer wieder nachgefüllt werden, auch wenn sie nicht regelmäßig genutzt werden. Der logische Nachteil mobiler Flüssigsauerstoffgeräte im Vergleich zu den Konzentratoren besteht also in dem zwingend notwendigen Zugang zu einer Flüssigsauerstoff-Nachfüllstation.

Art der Sauerstoffgabe

Die Gabe von Sauerstoff über die Nase durch eine Sonde ist die mit Abstand häufigste Anwendungsform. Daneben gibt es auch Sauerstoffmasken oder in Einzelfällen kann Sauerstoff über eine Trachealkanüle gegeben werden. Verschiedene Angebote für den individuellen Bedarf sind ebenfalls verfügbar, wie weiche Sonden, Brillen mit eingearbeitetem Schlauch, Zuführungsschläuche etc. Für Patienten mit hohem Sauerstoffbedarf stehen Reservoirsysteme zur Verfügung. Bei Problemen mit der Trockenheit, die durch den Luftstrom entsteht, können Befeuchter eingesetzt werden.

Demandssysteme

Mit Hilfe eines Sparventils bzw. Atemtriggers kann die Nutzungsdauer einer Sauerstoffflasche verlängert werden. Demandssysteme kommen auch bei Mobilkonzentratoren und tragbaren Flüssigsauerstoffbehältern zum Einsatz. Es werden feinfühligere elektronische und schwerer auslösende pneumatische Demandssysteme unterschieden, die Sauerstoff nur bei Bedarf abgeben. Daher wird empfohlen, verschiedene Demandssysteme auf deren Eignung zum Auslösen zu testen. Im Zweifelsfall kommt nicht mehr genug Sauerstoff aus dem Gerät. Daher muss immer eine individuelle Testung der Oxygenierung (in Ruhe und unter Belastung) erfolgen, bevor ein



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: 23/08/2019

Demandsystem verwendet wird.

Es sollte beachtet werden, dass die Einstellung von einem Gerät nicht ohne erneute Testung auf ein anderes übertragen werden kann. Aufgrund der unterschiedlichen Geräteeigenschaften ist es auch nicht ausreichend, den Ruhebedarf eines Patienten an Sauerstoff zu ermitteln und den Bedarf unter Belastung mit einem Pauschalwert festzulegen.

Welche Fragen sollte man stellen, um die richtige Versorgung zu finden?

Reicht ein Konzentrator oder ist Flüssigsauerstoff nötig? Wieviel Mobilität ist vorhanden? Welches Gewicht kann man tragen? Wie viele Stunden muss das Gerät am Stück durchhalten? Kann ein Demandsystem verwendet werden? Sauerstoff nur nachts? Wird eine Urlaubsversorgung gewünscht? Fliegen, Autofahren?

Passend zu diesem Thema hat der COPD-Deutschland e.V. in Zusammenarbeit mit der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland drei Patientenratgeber herausgegeben, die Sie sich in den Ausstellungszelten an den Ständen 1 und 33 kostenlos abholen können. (Ausstellungsplan siehe Seiten 14-15).

Quelle: Vortrag Prof. Dr. med. Susanne Lang, Chefärztin der Medizinischen Klinik II am SRH Wald-Klinikum Gera und Präsidentin der Mitteldeutschen Gesellschaft für Pneumologie und Thoraxchirurgie e.V., 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/2OkvFig>]

Zahl der COPD-Diagnosen deutlich angestiegen

Die Diagnoseprävalenz der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) ist von 5,1 Prozent im Jahr 2009 auf 6,4 Prozent im Jahr 2016 gestiegen und blieb im Folgejahr auf dem gleichen Niveau. Dies entspricht einer Zunahme von 25 Prozent in acht Jahren, wie das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) heute mitteilte.

Betroffen sind der Zi-Analyse zufolge vor allem ältere Menschen. Während die Diagnoseprävalenz in der Altersgruppe der 40- bis 44-Jährigen 2017 bei 1,3 Prozent lag, rangierte



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: 23/08/2019

sie bei den 85- bis 89-Jährigen bereits bei 14 Prozent. Ein höheres Erkrankungsrisiko bei Männern sei unter anderem auf das Raucherverhalten und häufigere berufliche Exposition gegenüber Schadstoffen zurückzuführen.

Da die Erkrankung altersassoziiert sei und die Bevölkerung in Deutschland immer älter werde, sei davon auszugehen, dass die Erkrankungszahlen in den nächsten Jahren weiter ansteigen, prognostiziert das Zi. Regional bestehen den Wissenschaftlern zufolge erhebliche Unterschiede in der Häufigkeit. So sind zum Beispiel Niedersachsen und Thüringen besonders betroffen.

Die Auswertung erfolgte anhand der bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten für die Jahre 2009 bis 2017 mit jährlich mehr als 40 Millionen gesetzlich Krankenversicherten über 40 Jahre.

--

[@uelle Deutsches Ärzteblatt] [<https://bit.ly/2L2IIzV>]

Idiopathische Lungenfibrose: Behandlung mit Pentraxin-2

Eine Behandlung mit Pentraxin-2 kann bei Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose (IPF) den Rückgang der Lungenfunktion verlangsamen. Das zeigen die Ergebnisse zweier Studien. Auch den 6-Minuten-Gehtest beeinflusst die Therapie positiv.

Bereits 2018 berichteten Forschende in der Fachzeitschrift „JAMA“ über ihre randomisierte, doppelblinde Phase-2-Studie, in der sie eine Behandlung mit dem Pentraxin-2-Protein und einem wirkstofffreien Placebo verglichen. 117 Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose nahmen an der Studie teil. 24 Wochen lang erhielten sie alle 28 Tage entweder eine intravenöse Therapie mit Pentraxin-2 oder das Placebo. Um einen möglichen Behandlungseffekt des Medikaments zu messen, prüften sie den Verlauf der forcierten Vitalkapazität (FVC) in beiden Gruppen. Nach 28 Wochen nahm der FVC-Wert in der Placebogruppe im Schnitt um 4,8 Prozent ab, mit Pentraxin-2 ging er nur um 2,5 Prozent zurück – ein statistisch eindeutiger Unterschied.

Jetzt wurden die Ergebnisse der anschließenden Open-Label-Verlängerungsstudie veröffentlicht: 111 Patientinnen und Patienten, die die erste Studie abgeschlossen hatten, nahmen daran teil. Alle erhielten Pentraxin-2 über weitere 19 Monate. Hauptziel der Studie war es, die langfristige Sicherheit und Verträglichkeit des Wirkstoffs zu testen. Hierfür werteten die Forschenden die unerwünschten Ereignisse aus. Nach Aussage der Studienautoren entsprachen diese im Wesentlichen den langfristigen Folgen einer IPF. „Ergebnisse sprechen für weitere Studien mit mehr Teilnehmenden“

Außerdem wurde untersucht, wie sich die Pentraxin-2-Behandlung weiter auf die Lungenfunktion und den 6-Minuten-Gehtest auswirkt. Bei allen Teilnehmenden zeigten sich dabei positive Effekte. Diese wurde besonders in der Gruppe deutlich, die erst in der Verlängerungsstudie Pentraxin-2 erhielt. Bei ihnen ging die forcierte Vitalkapazität im ersten Studienteil, also unter Placebo, um etwa 9 Prozent zurück, unter Pentraxin-2 war es anschließend im gleichen Zeitraum nur noch etwa 1 Prozent. Ähnliches ergab der 6-Minuten-Gehtest. Mit Placebo verringerte sich die zurückgelegte Wegstrecke um 55



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: 23/08/2019

Meter, 6,5 Meter waren es anschließend mit Pentraxin-2.

Aus den Ergebnissen ziehen die Forschenden eine positive Bilanz: Die Langzeitbehandlung mit Pentraxin-2 sei bei Personen mit IPF gut verträglich und beeinflusse die Lungenfunktion und die 6-Minuten-Gehstrecke positiv. Weitere Studien mit mehr Personen sollten daher folgen, so die Wissenschaftler.

Die Studie wurde von der pharmazeutischen Industrie finanziert.
Was ist Pentraxin-2?

Pentraxin-2 ist ein körpereigener Stoff, der verhindert, dass sich Vorgängerkellen zu sogenannten Fibrozyten entwickeln. Dieser Zelltyp steht im Verdacht für die krankhaften Gewebsveränderungen bei IPF eine Rolle zu spielen. Studien zeigen, dass die Pentraxin-2-Werte im Blut von IPF-Patienten erniedrigt sind. In präklinischen Studien am IPF-Tiermodell hat Pentraxin-2 bereits gute Erfolge gezeigt.

--

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

12. Symposium-Lunge am 07.09.2019 in Hattingen - Nicht-invasive Beatmungstherapie kann die Lebensqualität und -erwartung steigern

Die positiven Effekte einer nicht-invasiven Beatmungstherapie (NIV) für COPD-Patienten, deren Atemmuskulatur überlastet ist, erläutert PD Dr. med. Thomas Köhnlein, niedergelassener Facharzt für Innere Medizin, Pneumologe und Schlafmedizin im Facharztzentrum Teuchern, in seinem Vortrag auf dem Symposium Lunge 2019.

Bei Patienten mit der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung COPD führt die ständige Verengung (Obstruktion) der Atemwege dazu, dass die Belastung der Atemmuskulatur stark ansteigt: Jeder Atemzug der Betroffenen ist mit erhöhtem Kraftaufwand verbunden. Wenn die Kapazität der Atemmuskulatur nicht mehr ausreicht, kommt es zu einer unbewussten Abflachung der einzelnen Atemzüge und zu einer erhöhten Atemfrequenz. Allerdings wird durch die schnellere, abgeflachte Atmung weniger Sauerstoff aufgenommen und vor allem wird das Kohlendioxid, das kontinuierlich im Körper entsteht, nicht mehr vollständig abgeatmet. Das Kohlendioxid kann sich im Körper ansammeln und dann zahlreiche Stoffwechselfvorgänge empfindlich stören. Konkret bedeutet das für die Patienten eine noch schlechtere körperliche Belastbarkeit und eine höhere Anfälligkeit für Infekte und Exazerbationen.

Die einzige Therapie für die überlastete Atemmuskulatur ist eine mechanische Beatmung. Bei Patienten mit schwerer COPD erfolgt das heute meistens in Form von nicht-invasiver Beatmung (NIV): Mit Hilfe von Masken, die im Bereich von Mund und Nase luftdicht abschließen, können die Patienten für einige Stunden täglich mit einem speziellen Beatmungsgerät zu Hause (außerklinisch) beatmet werden. Nach bisherigem Wissen profitieren nur Patienten mit weit fortgeschrittenem Krankheitsbild von dieser Therapieform, eine Verallgemeinerung auf alle COPD-Patienten ist nach heutigem



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: 23/08/2019

Wissensstand nicht möglich.

Diese Therapieform ist für den Patienten gewöhnungsbedürftig und muss individuell mithilfe eines Atmungstherapeuten angepasst werden. Dazu ist in der Regel ein stationärer Aufenthalt von drei bis fünf Tagen erforderlich. Aus einer riesigen Auswahl von Beatmungsmasken muss für den individuellen Patienten die richtige gefunden werden. Außerdem gibt es eine Vielzahl von Beatmungsgeräten und Einstellungsmöglichkeiten, die ebenfalls nur durch klinische Testung optimal auf den Patienten angepasst werden können. Die entscheidende Untersuchung, ob die Beatmungseinstellung passt, ist die Messung der Blutgase durch eine kleine Blutprobe. Die Handhabung der Gerätschaften ist für den geschulten Patienten einfach. Die Beatmungsmaske kann jederzeit selbständig an- und abgelegt werden.

Während der maschinellen Beatmung übernimmt das Beatmungsgerät die Arbeit des Zwerchfells. Das Zwerchfell und die weiteren Atemmuskeln werden dadurch in einen Ruhe- und Erholungszustand versetzt. Die Theorie geht davon aus, dass ähnlich wie bei einem Wanderer, der nach einer langen Gehstrecke eine Pause einlegt und seine Beinmuskeln entspannt, auch das Zwerchfell von einer „Auszeit“ profitiert. Wenn die Muskeln nicht beansprucht werden, können sie sich erholen und nach einiger Zeit mit frischer Kraft wiedereingesetzt werden. Im Falle der Atemmuskulatur sollte also nach einer Beatmungsphase von ca. 6 Stunden eine regenerierte Atempumpe zur Verfügung stehen. Der Patient soll dann während seiner normalen Spontanatmung ohne Maske von größerer körperlicher Leistungsfähigkeit und deutlich weniger Luftnot profitieren.

Studien zufolge ist die Langzeit-NIV eines der wenigen Verfahren im Bereich der pneumologischen Therapien, für das ein deutlich positiver Effekt auf die Gesamtsterblichkeit gezeigt werden konnte. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die Lebensqualität in der Kontrollgruppe gleichbleibt, während die Angaben der beatmeten Patienten auf eine relevante (und statistisch signifikante) Besserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hinweisen. Außerdem führt die Beatmung tendenziell zu einer besseren körperlichen Leistungsfähigkeit, die sich mit zunehmender Dauer der Beatmung noch verstärkt.

Passend zu diesem Thema hat der COPD Deutschland e.V. in Zusammenarbeit mit der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland einen Patientenratgeber mit dem Titel: „Nicht-invasive Beatmung - BiPAP bei COPD und Lungenemphysem - Was ist notwendig, was ist medizinisch sinnvoll?“ herausgegeben, den Sie sich in den Ausstellungszelten an den Ständen 1 und 33 kostenlos abholen können. (Ausstellungsplan siehe Seiten 14-15)

Quelle: Vortrag von PD Dr. med. Thomas Köhnlein, niedergelassener Facharzt für Innere Medizin, Pneumologe und Schlafmedizin im Facharztzentrum Teuchern 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



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: 23/08/2019

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/31qmE8G>]

Asthma-Antikörper kann COPD-Exazerbationen nicht verhindern

An der Entzündungsreaktion in den Atemwegen bei Asthma und in manchen Fällen von COPD sind eosinophile Granulozyten beteiligt. Deshalb wurde untersucht, ob der Antikörper Benralizumab, der bereits erfolgreich gegen schweres eosinophiles Asthma eingesetzt wird, auch bei COPD eine Therapieoption sein könnte.

Eosinophile Granulozyten sind eine spezielle Art von Immunzellen, die an bestimmten Entzündungsreaktionen in der Lunge beteiligt sind, so zum Beispiel bei schwerem eosinophilem Asthma. Auch bei etwa vier von zehn Betroffenen mit COPD tritt diese Art der Entzündungsreaktion auf und erhöht hier das Risiko für akute Exazerbationen. Zur Behandlung des schweren Asthmas ist der monoklonale Antikörper Benralizumab zugelassen. Er bindet an spezielle Strukturen der eosinophilen Granulozyten, wodurch diese zerstört und damit inaktiviert werden. Deshalb wurde jetzt untersucht, ob Benralizumab auch bei COPD eine Therapieoption sein könnte (siehe New England Journal of Medicine, Online-Veröffentlichung am 20.5.2019).

In die Studien wurden insgesamt 3910 Betroffene zwischen 40 und 85 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer COPD aufgenommen. Alle litten trotz leitliniengerechter Inhalationstherapie häufig unter akuten Krankheitsverschlechterungen, sogenannten Exazerbationen. Bei 2665 der Teilnehmenden lag die Zahl von eosinophilen Granulozyten im Blut außerdem über 220 pro Mikroliter. Dieser Wert deutet darauf hin, dass diese speziellen Immunzellen an der Entzündung in der Lunge beteiligt sind.

Nach dem Zufallsprinzip erhielten die Probanden über 56 Wochen hinweg zusätzlich entweder eine Therapie mit verschiedenen hohen Dosen Benralizumab oder ein wirkstoffreies Placebo. Um einen möglichen Effekt des Antikörpers zu messen, wurde überprüft, wie oft es in den verschiedenen Gruppen zu akuten Exazerbationen kam.

Das Ergebnis: In keiner Benralizumab-Dosierung ging die Zahl an Exazerbationen signifikant zurück, verglichen mit dem Placebo. Art und Häufigkeit von Nebenwirkungen waren bei Antikörper und Placebo ähnlich.

Die Ergebnisse zu Benralizumab stehen im Gegensatz zu Studien mit dem Antikörper Mepolizumab. Dieser greift ebenfalls in die eosinophile Entzündungsreaktion ein, jedoch



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: 23/08/2019

an anderer Stelle. Erste Untersuchungen ergaben, dass Mepolizumab die Zahl an COPD-Exazerbationen senken kann (siehe New England Journal of Medicine, 2017, Band 377, Seite: 1613-1629). Noch ist der Wirkstoff aber nicht für COPD zugelassen.

--

[@uelle Lungenärzte im Netz] [<https://bit.ly/2KLeoL1>]

COPD: Entfernung emphysematöser Bereiche lässt Patienten wieder durchatmen

Es klingt paradox, aber es funktioniert: Schaltet man den überblähten Teil der Lunge von der Luftzufuhr ab, bessert das die Atemnot von COPD-Patienten. Für die Lungenvolumenreduktion hat man chirurgische und endoskopische Techniken zur Verfügung.

Die Behandlung der COPD richtet sich in erster Linie nach den GOLD*-Empfehlungen. Sind die konservativen Maßnahmen ausgeschöpft, kann man eine Lungenvolumenreduktion in Betracht ziehen, erklärt Privatdozent Dr. Daniel P. Franzen vom Interventionellen Lungenzentrum der Klinik für Pneumologie am Universitätsspital Zürich.

Als Erstes erfolgt dann eine Lungenfunktionsprüfung mit Bodyplethysmographie. Als Indikation für den Eingriff gelten ein erhöhtes Residualvolumen (> 175 % des Sollwerts) und ein erhöhter Quotient von Residualvolumen zu totaler Lungkapazität. Die Einsekunden-Kapazität (FEV1) sollte zwischen 15 und 50 % des Solls liegen.
Lungenvolumenreduktion: dem Emphysem die Luft abklemmen

Der Lungenvolumenreduktion zur Besserung von COPD-Dyspnoe liegt ein einfaches Prinzip zugrunde: Im Spätstadium der Erkrankung komprimieren massiv überblähte Gewebeanteile die (noch) gesunden Abschnitte der Lunge und beeinträchtigen auch dort die Atmung. Schneidet man dieses emphysematöse Parenchym durch Resektion oder den Verschluss mit einem Ventil von der Belüftung ab, können sich im Gegenzug die nicht geschädigten Lungenbezirke wieder entfalten und am Gasaustausch teilnehmen. Die Beschwerden der Patienten bessern sich deutlich.
Resektion senkt das Infektionsrisiko

Grundsätzlich kann die Lungenvolumenreduktion operativ erfolgen, wobei die Chirurgen die erkrankten Lungenteile reseziieren. Bei dem anderen Ansatz gehen die Ärzte bronchoskopisch vor und platzieren Ventile in den Bronchien, die den betroffenen Lungenabschnitt belüften. Auf diese Weise kann die Luft aus den überblähten Bereichen ab-, nicht aber neue Luft einströmen. Mittelfristig wird der so behandelte Lungenanteil atelektatisch.

Die Entscheidung zwischen operativem und endoskopischem Vorgehen fällt am besten in einem interdisziplinären Team, in dem u.a. Pneumologen, Endoskopiker und Thoraxchirurgen die individuelle Situation eines Patienten diskutieren, rät Dr. Franzen.

Für eine OP sprechen häufige Infekte aufgrund der COPD (mehr als zwei im



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: 23/08/2019

vorangegangenen Jahr), da die chirurgische Resektion offenbar das Risiko für solche Exazerbationen senkt. Ebenso sind Voroperationen im zu behandelnden Lungenflügel ein Grund für ein erneutes chirurgisches Vorgehen, da vorangegangene Eingriffe die Anatomie unvorhersehbar verändert haben können und die Atelektase mittels Ventil möglicherweise nicht erreicht werden kann.

Vor dem Eingriff gilt es, Kollateralen auszuschließen

Die wichtigste Voraussetzung für einen erfolgreichen Eingriff mithilfe des Ventils ist aber das Fehlen einer Kollateralventilation zwischen dem emphysematös überblähten Lungenbereich und benachbarten Abschnitten. Denn Kollateralen würden den Verschlussversuch konterkarieren, wenn sie den eigentlich ausgeschalteten Lappen auf Umwegen doch wieder belüften.

Daher müssen die behandelnden Kollegen solche Kollateralen präinterventionell ausschließen, betont der Lungenfachmann. Ohnehin sollten die Endoskopiker einige Tage vor dem endgültigen Eingriff eine „Planungsbronchoskopie“ durchführen, bei der sie Bronchialsekret entnehmen und zur mikrobiologischen Untersuchung einschicken.

In diesem Rahmen können sie dann nach Ballonokklusion des zu verschließenden Lappenbronchus Druck- und Volumenveränderungen in der Lunge über einige Zeit in Echtzeit verfolgen. Dies geschieht mithilfe von Konsolen, die die Hersteller der Ventile entwickelt haben. Außerdem existiert mittlerweile eine spezielle Software, die diese Berechnungen auch aus Thorax-CT-Aufnahmen vornehmen kann.

Am stärksten überblähte Bereiche per CT identifizieren

Und zu guter Letzt stellt sich noch die Frage, wo die Okklusion am sinnvollsten erfolgt. Logischerweise soll der am stärksten überblähte und am wenigsten zum physiologischen Gasaustausch beitragende Lungenabschnitt ausgeschaltet werden. Wie aber identifiziert man diese Bereiche? Auch hier hilft eine quantitative CT-Analyse mit den entsprechenden Rechenprogrammen weiter. Alternativen stellen die Perfusionsszintigraphie oder die Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) dar.

Bei einem homogen über die Lunge verteilten Emphysem ist die Entscheidung schwieriger. Dennoch profitieren letztlich auch diese Patienten von der Ventilbehandlung. Das hat die prospektive randomisierte IMPACT-Studie gezeigt.

--

[@uelle Medical Tribune] [<https://bit.ly/2Nm31er>]

Zunahme von COPD mit regionalen Unterschieden

Wie aktuelle Erhebungen des Versorgungsatlas zeigen, kam es innerhalb der letzten Zehn Jahre zu einem deutlichen Anstieg der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung in Deutschland – mit regionalen Unterschieden.

Daten einer aktuellen Studie von Wissenschaftlern des Versorgungsatlas zeigen eine starke Zunahme der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland. In der Studie wurden die bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten aus den



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: 23/08/2019

Jahren 2009 – 2017 mit mehr als 40 Millionen GKV-Versicherten jährlich ab einem Alter von 40 Jahren analysiert.

Die Prävalenz der COPD ist laut der aktuellen Studie von 5,1% im Jahr 2009 auf 6,6% im Jahr 2016 gestiegen. Dies entspricht einer Zunahme von 25% in acht Jahren. 2017 blieb die Zahl im Vergleich zum Vorjahr weitestgehend unverändert. Mit 2,6 Millionen COPD-Patienten unter den gesetzlich Versicherten (2017) nimmt die Erkrankung einen bedeutenden Anteil in der ambulanten Versorgung ein.

Regionale Unterschiede bei COPD

Die Daten zeigen auch, dass starke regionale Unterschiede bestehen. Beispielsweise waren im Jahr 2017 in Berlin fast doppelt so viele Personen betroffen (8,4%) wie in Baden-Württemberg (4,6%). Insgesamt kam die Erkrankung im Süden Deutschlands weniger häufig vor. Im Süden Bayerns wurde die Lungenerkrankung bei gesetzlich krankenversicherten Personen eher selten festgestellt.

Weitere Häufungen der COPD bestehen außer in Berlin auch in Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. Auch innerhalb der Bundesländer schwankt die Prävalenz. Die niedrigste Diagnoseprävalenz war im Kreis Reutlingen zu verzeichnen (3,1 %, Baden-Württemberg), die höchste im Kreis Osterode (10,6 %, Niedersachsen).

Geschlechts- und Altersunterschiede

Sowohl Frauen als auch Männer waren von der Zunahme der COPD betroffen. Insgesamt sind Männer aber häufiger betroffen. Das erhöhte Erkrankungsrisiko beim männlichen Geschlecht führen die Forscher unter anderem auf den häufigeren Umgang mit Schadstoffen im Beruf zurück. Außerdem rauchen Männer meist mehr als Frauen. Rauchen ist der wichtigste Risikofaktor zur Entwicklung einer COPD.

Vor allem ab dem 40. Lebensjahr nimmt die Bedeutung der Erkrankung mit steigendem Alter konstant zu. In der Altersgruppe von 40 – 44 Jahren wurde die Diagnose COPD im Jahr 2017 bei 1,3% der Studienteilnehmer gestellt, während in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen die Diagnose bereits bei 14% gestellt wurde.

Weiterer Anstieg von COPD prognostiziert

Aufgrund des demographischen Wandels gehen die Wissenschaftler davon aus, dass die Zahl der COPD-Patienten in den kommenden Jahren weiter ansteigen könnte.

--

[@uelle Gelbe Liste] [<https://bit.ly/2NlCePn>]



**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