



**Mit dabei:  
TTT-Seminar  
(COBRA) - ein  
Erfahrungsbericht**

**Vogelgrippe -  
Pandemie oder  
Hysterie?**

**Die Ärztgruppe  
Lungenfunktions-  
diagnostik**

**Asthmaschulung  
für Kinder und  
Jugendliche**

**Asthma in der  
Schwangerschaft**

**Serie  
Europäische  
Patienten-  
organisationen:  
Die Lungenliga  
Schweiz (LLS)**





## Ausblick 2006: 47. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie



Prof. Heinrich Worth, Fürth

Liebe Leserinnen und Leser,

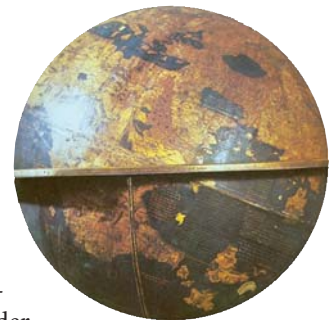
im nächsten Jahr findet in der Zeit vom 29. März bis zum 1. April 2006, der 47. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP) in Nürnberg statt. Ich freue mich, Sie zu diesem wichtigsten pneumologischen Jahresereignis in Deutschland in meine fränkische Wahlheimat einladen zu können. Hier erwartet Sie nicht nur ein interessantes und anspruchsvolles Tagungsprogramm, sondern mit Nürnberg auch das Herzstück einer wirtschaftlich interessanten Region, die in Europa zu den führenden zählt. Eingebettet in malerische Täler und Weinberge, in denen der bekannte fränkische Wein heranreift, hat die Dürer-Stadt mit der mittelalterlichen Kulisse viele Sehenswürdigkeiten zu bieten. Mit 500.000 Einwohnern ist Nürnberg eine Großstadt mit dem reizvollen Kontrast

zwischen der Moderne und den alten Bürgerhäusern, den Kirchen, der Burg und dem fünf Kilometer langen Mauer- ring. Viele Museen mit interessanten Ausstellungen laden zum Besuch ein.

Den Nürnbergern sagt man „Witz“ nach. Allerdings ist dieses Wort im altfränkischen Wortsinn zu verstehen: Es steht für Erfindungsgabe, technisches Geschick und den praktischen Verstand. Man kann die Nürnberger durchaus als gewitzt bezeichnen, denn Ihnen sind viele weltbekannte Erfindungen zuzuschreiben. Abgesehen von den begehrten kulinarischen Erfindungen wie den kleinen Nürnberger Würstl und den Nürnberger Lebkuchen haben auch der Erd- globus und die Taschenuhr in Nürnberg ihren Ursprung. Technischen Neuerungen gegenüber zeigten die Nürnberger immer eine große Aufgeschlossenheit. Im „Mekka der Erfinder“ fuhr in Nürnberg 1835 mit dem „Adler“ die erste deutsche Eisenbahn, hier entstand 1847 das erste bayerische Gaswerk und die Stadt hatte auch als erste in Deutschland eine elektrische Straßen- beleuchtung.



Ein weiteres Beispiel für die Kreativität der Nürnberger ist das im April dieses Jahres er- öffnete neue *CongressCenter Nürnberg (CCN-Ost)*. Es ist eines der modernsten Kongress- gebäude Europas und bietet auf drei lichtdurchfluteten, weitläufigen Ebenen mit Konferenz- und Vortragsräumen so- wie Ausstellungsflächen viel Raum für die verschiedenen Veranstaltungen der DGP.



Das wissenschaftliche Programm der Ta- gung ist wiederum sehr umfangreich und spiegelt die vielfältigen Aktivitäten un- serer pneumologischen Fachgesellschaft wider. Sie haben bei der Vielzahl von Kur- sen, Seminaren und Symposien Gelegen- heit, wertvolle Informationen mitzuneh- men und zum Austausch mit Fach- kollegen.

Eine Reise zum DGP-Kongress 2006 nach Nürnberg lohnt sich! Nutzen Sie das reichhaltige Angebot aus Wissenschaft, Fortbildung und gesellschaftlichem Le- ben, das der Kongress vor der reizvollen Kulisse Nürnbergs bietet.

Ich freue mich darauf, Sie im nächsten Jahr in Nürnberg willkommen zu heißen.

Prof. Dr. med. Heinrich Worth  
Tagungspräsident

## Mit dabei: COPD-Train-the-Trainer-Seminar (COBRA) in Nürnberg - ein Erfahrungsbericht

Patientenschulungen sind, so die Expertenmeinung, ein unentbehrlicher Bestandteil der COPD-Behandlung. Die Einbeziehung der Patientenschulung in das neue „Disease-Management-Programm (DMP) Asthma/COPD“ trägt dieser Anforderung Rechnung. Patienten, die am DMP teilnehmen, müssen an einer Schulung teilnehmen. Die Patientenschulung leistet einen wichtigen Beitrag, das Verständnis für die Erkrankung zu wecken und den täglichen Umgang mit der COPD zu erleichtern. Ein gut geschulter Patient arbeitet aktiv bei der Bewältigung seiner Erkrankung mit. Er lernt, seine Erkrankung selbständig zu kontrollieren, Verschlechterungen früh-

eigenen Praxis zu erleichtern, bietet die Deutsche Atemwegsliga, meist im Rahmen pneumologischer Kongresse, zweitägige Train-the-Trainer-Seminare an. Wir nutzten die Gelegenheit, an einem COBRA Train-the-Trainer-Seminar, das vom 30. September bis zum 1. Oktober 2005 anlässlich der **InterPneu 2005** in Nürnberg stattfand, teilzunehmen.

### Nürnberg, Freitag 30. September und Samstag 1. Oktober 2005

Voller Erwartung und gerüstet mit dem umfangreichen Schulungsmaterial, das die Deutsche Atemwegsliga schon vor dem Seminar zur Verfügung gestellt hat, finden sich 24 Teilnehmer in einem

Hauptverursacher der COPD und die Raucherentwöhnung als wichtigster Einstieg in die Behandlungsstrategien.

In kleinen Seminargruppen, bestehend aus je einem Trainer und acht Seminarteilnehmern, findet ein praxisnahes Training statt. Die Trainingseinheiten beinhalten praktische Ratschläge und Anregungen zur Organisation und Durchführung einer Schulung, das Lehrverhalten wird mit Hilfe von kurzen Lehrproben trainiert und die Teilnehmer nutzen die Zeit zum intensiven Erfahrungsaustausch.



Dr. Claudia Münks-Lederer, Fürth



zeitig zu erkennen und in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt darauf zu reagieren.

Das in der Medizinischen Klinik I am Klinikum Fürth entwickelte und in Kooperation mit der Deutschen Atemwegsliga verbreitete Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem **COBRA** (Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Emphysem - Ambulantes Schulungsprogramm für COPD-Patienten) orientiert sich an den aktuellen Leitlinien der Deutschen Atemwegsliga zur Behandlung der COPD. COBRA ist ein vom Bundesversicherungsamt zugelassenes DMP-fähiges Schulungsprogramm für COPD-Patienten. Um niedergelassenen Ärzten die Einführung der COPD-Schulung in der

Tagungshotel am Nürnberger Flughafen ein. Das Trainerteam um Prof. Worth, die vier Trainer Frau Dr. Münks-Lederer, Herr Dr. Schacher, Herr Dr. Goehl und Herr Dr. Krafft sowie die Physiotherapeutin Frau Linz führen uns in den nächsten zwei Tagen durch ein anspruchsvolles Programm.

Im Verlauf des Seminars wechseln sich theoretische und praktische Teile ab. Die Dozenten vermitteln in ihren Vorträgen zunächst die wichtigsten Inhalte zum Krankheitsbild, zu Diagnostik und Therapie. Dabei spielen das Verhalten bei Exazerbationen und Notfällen sowie die nicht medikamentöse Therapie in Form des körperlichen Trainings eine wichtige Rolle. Besonders am Herzen liegt unseren Trainern das Thema „Rauchen“ als

### Der Seminarstart

Nach der Begrüßung betont Prof. Dr. Worth, wie wesentlich es ist, die Inhalte des Trainerseminars patientengerecht zu vermitteln. COPD-Patienten, so Prof. Worth, lassen sich wesentlich schwerer motivieren, an einer Schulung teilzunehmen und dabei zu bleiben als Asthma-Patienten.

Erste Erfahrungen mit Patientenschulungen, insbesondere von COPD-Patienten führten vor Jahren noch zu enttäuschenden Ergebnissen. Mut macht jedoch die Evaluation von COBRA, die z. Zt. von der Fürther Arbeitsgruppe durchgeführt wird. Es zeigt sich, dass geschulte Patienten tatsächlich wesentlich besser über ihre Erkrankung Bescheid wissen als ungeschulte Patienten (74 %

zu 14 % im Wissenstest). Zudem zeigt die Untersuchung, dass leichte und schwere Exazerbationen in der geschulten Gruppe signifikant zurückgehen, ebenso wie Krankenhausaufenthalte und nicht geplante Arztbesuche. Die geschul-



Dr. Oliver Göhl, Zirndorf

ten Patienten berichten darüber hinaus über eine deutliche Verbesserung ihrer Lebensqualität. Die Ergebnisse der Evaluation sollen beim DGP 2006 in Nürnberg vorgestellt werden.

### **CODP: Schulungsziele, Definition, Auslöser, Raucherentwöhnung, Umgang mit Medikamenten und Peak-Flow-Metern**

Der nun folgende Vortrag vermittelt die wichtigsten Schulungsziele, mit denen wir die Patienten motivieren können, am Ball zu bleiben. Dazu zählen:

- Verbesserung des Wissens über die Erkrankung und Steigerung der Akzeptanz,
- Linderung der Symptome,
- Verringerung des Fortschreitens der Erkrankung,
- Steigerung der körperlichen Belastbarkeit,
- Erlernen des Zusammenhangs zwischen COPD und Tabakrauchen,
- Erkennen einer Verschlechterung,
- Anleitung zur Selbsthilfe.

Zur COPD-Patientenschulung gehören die Themen „Rauchen“ und „Raucherentwöhnung“ zwingend dazu. Die Hauptursache für COPD ist in 90 % der Fälle das Rauchen. Bei nur 10 % der Erkrankungen spielt eine andere Ursache eine Rolle. Besonders wichtig für die Raucherentwöhnung sind Motivationsstrategien, die individuell sein müssen. Wichtig zu wissen: Auch wer spät aufgehört profitiert, denn Rauchverzicht hat immer positive Folgen für den Betroffenen. Doch der Weg aus der Sucht ist bekanntermaßen nicht einfach, auch wenn dies die Therapiemaßnahme Nr. 1 bei den fünf Grundsäulen der Therapie sein sollte.

Frau Dr. Münks-Lederer fasst zusammen wie Schulungsteilnehmer das Gelernte am besten behalten:

- 20 % durch Hören,
- 30 % durch Sehen,
- 50 % durch Hören und Sehen,
- 70 % worüber man selbst spricht,
- 90 % von dem was man selbst tut!**

Nun sind wir an der Reihe: Eine Teilnehmerin übernimmt am Flipchart

zunächst die Begrüßung und die Vorstellungsrunde. Die übrigen Teilnehmer dürfen die Patienten darstellen. Mit Hilfe der Unterrichtskarten als „Spickzettel“ können wir die Lehrproben in den folgenden Trainingseinheiten absolvieren.

### **Unterrichtsmaterialien zu COBRA**

- Unterrichtskarten mit den wichtigsten Trainingsinhalten für 6 Unterrichtseinheiten à ca. 60 Minuten
- begleitende Schulungsunterlagen
- Schulungs-CD
- COPD Leitlinie der Deutschen Atemwegliga e. V.
- Kurzfassung/Kitteltaschenversion der Leitlinie
- COPD Patientenratgeber der Deutschen Atemwegliga
- COPD-Tagebuch
- COPD-Pass mit Notfallplan

Teilnehmer und Trainer diskutieren im Anschluss gemeinsam über die Lehrprobe. Der Austausch in der kleinen Runde ist sehr angenehm. Kritik ist immer positiv und konstruktiv und wird nur als Anregung für die Patientenschulung verstanden. Unsere Trainerin gibt uns wertvolle Tipps, wie wir unsere Schulungen in Zukunft vorbereiten und auch selbst durchführen können. Wir sind alle äußerst motiviert und engagiert, was aber nicht heißt, dass es nicht auch Gelegenheit gibt, im Kreise der „Patienten“ zu schmunzeln oder auch herzlich zu lachen.



## Theorie und Praxis wechseln sich ab

### Das Programm des COBRA Train-the-Trainer-Seminars:

#### 1. Tag

- **Einführung und Vorstellung der Teilnehmer**
- **Plenarvortrag zur ersten Doppelstunde**  
COPD: Definition, Auslöser, Raucherentwöhnung  
Handhabung der Dosier-Aerosole  
Peak-flow-Meter: Handhabung, Peak-flow-Tagebücher
- **Arbeit in den Seminargruppen mit praktischem Training**
- **Sport bei COPD** (Praktische Übungen)

#### 2. Tag

- **Plenarvortrag zur 2. Doppelstunde**  
Arzneimitteltherapie der COPD Teil 1
- **Seminargruppen zur 2. Doppelstunde**
- **Plenarvortrag zur 3. Doppelstunde**  
Arzneimitteltherapie der COPD Teil 2  
COPD und körperliche Aktivität
- **Seminargruppen zur 3. Doppelstunde**
- **Atemübungen - Entspannung**
- **Plenarvortrag zur 4. Doppelstunde**  
Ärztlich kontrollierte Selbstmedikation  
Die Exazerbation  
Der Notfall
- **Seminargruppen zur 4. Doppelstunde**
- **Abschlussbesprechung/Abreise**

Die Themen „Rauchen“ und „Raucherentwöhnung“ erweisen sich als schwierig. Wir bekommen einen guten Überblick über die diversen Entwöhnungsprogramme und medikamentöse Unterstützungsmöglichkeiten wie Nikotin-pflaster, -kaugummis und Tabletten. Vor allem den Nichtrauchern wird bewusst, welche Herausforderung das Thema „Raucherentwöhnung“ für die Patientenschulung sein kann.

## Sport und Entspannung!

Nach der ersten anstrengenden Trainingsrunde gönnt man uns dann am Freitagabend zum Abschluss noch ein wenig Entspannung. Zunächst erläutert Dr. Goehl, wie wichtig körperliches Training und individuelle Trainingsziele für COPD-Patienten sind. Im Anschluss absolviert Frau Linz gemeinsam mit uns zu angenehmen ruhigen Klängen einige, für COPD-Patienten sehr wichtige, Entspannungsübungen.

## Therapiestrategien bei der Patientenschulung

Am Samstag starten wir zunächst wieder mit einem theoretischen Teil. Den umfangreichen Teil „Therapie“ haben unsere Trainer in zwei Schulungseinheiten eingeteilt. Dr. Münks-Lederer und Herr Dr. Schacher machen uns bewusst, dass an der Patientenschulung Patienten mit unterschiedlichen COPD-Schweregraden teilnehmen.

In Kleingruppen haben wir Gelegenheit, das Gelernte an unseren fiktiven Patienten anzuwenden. Ganz wichtig ist dabei auch einmal die Gelegenheit zu haben, alle wichtigen Inhalationsgeräte – vor allem Dosieraerosole, Pulverinhalatoren und Inhalationshilfen in der Hand zu halten, zu erläutern und zu testen. Auch hier gibt es einige „Aha-Erlebnisse“. Die Anschaffung der gängigsten Systeme für unsere Schulung steht auf der großen Aufgabenliste.

## Atemübung und Entspannung

Die Teilnehmer treffen sich nach der Trainingseinheit wieder mit Frau Linz. Angefangen bei Atemwahrnehmung lernen wir verschiedene wichtige Techniken kennen: Atemwahrnehmung, die dosierte Lippenbremse, atemerleichternde Körperstellungen, Brustkorbmobilisation, Techniken zur Sekretmobilisation. Praktische Demonstrationen und die schriftlichen Begleitunterlagen sind eine wichtige Hilfe für die Vorbereitung der Patientenschulung.

## Exazerbation und Notfall

Dr. Schacher vermittelt uns den Umgang mit kritischen Situationen. Ganz wichtig ist die frühzeitige Erkennung erster Anzeichen einer Exazerbation. In einem Notfallplan muss festgehalten werden, wie sich der Patient in der entsprechenden Situation verhalten soll, wann und wie er sich selbst helfen kann und wann

es notwendig ist, einen Notarzt einzuschalten.

Auch in der letzten Trainingseinheit lernen wir, wie wichtig das richtige Verhalten für die Patienten im Notfall sein kann. Die Teilnehmer fassen noch einmal zusammen, was für den Notfall wichtig ist: Peak-Flow-Messung und -Protokoll, Notfallplan der Atemwegliga und die erforderlichen Medikamente. Nicht zu vergessen die richtige Telefonnummer des Notarztes, die stets zur Hand sein sollte.

## Abschlussbesprechung

Zum Abschluss hält bei erfolgreicher Teilnahme jeder Teilnehmer das Zertifikat der Atemwegliga in den Händen. Nach diesen intensiven Trainingstagen fühlen wir uns geschafft aber zufrieden. Wir haben viel gelernt sowohl in der Theorie als auch in der Praxis und nehmen eine Menge mit. Wir haben vor allem auch erfahren, wo unsere Stärken



und Schwächen liegen und wissen, wo es gilt, Kenntnisse zu vertiefen und was für die erste eigene Schulung vorzubereiten ist.

Das COBRA Train-the-Trainer-Seminar war anstrengend, hat aber unser Wissen erweitert, unser Fähigkeiten verbessert und zudem auch Spaß gemacht. Unsere professionellen und äußerst engagierten Trainer erhalten von den Teilnehmern in der abschließenden „Manöverkritik“ nur Lob und ein herzliches Danke!

Für das Liga-Journal besuchte Dr. Gabriele Vogels-Scheele (iKOMM) das Train-the-Trainer-Seminar.

Die Termine für die nächsten Train-the-Trainer Seminare COPD und Asthma sind auf der Homepage der Deutschen Atemwegliga ([www.atemwegliga.de](http://www.atemwegliga.de)) aufgeführt.

## Pandemie oder Hysterie? Informationen zum Thema Vogelgrippe

Eines ist gewiss: Die Vogelgrippe ist nicht neu. Sie ist eine seit über 100 Jahren bekannte Erkrankung bei Vögeln, und sie war schon immer weltweit verbreitet. Auch das Problem menschlicher Influenza-Pandemien (Pandemie = weltweite Verbreitung eines Krankheitserregers) ist kein Neues: Im vergangenen Jahrhundert kam es 1918, 1957 und 1968 zu Grippewellen, die zu vielen Millionen Todesopfern führten.



Allerdings: In diesen Tagen erfahren selbst Menschen, die es nicht interessiert, zwangsläufig fast täglich etwas anderes über die Vogelgrippe - nüchterne Zahlen wechseln mit der Schilderung von Schreckensszenarien, und auch in ernst zu nehmenden Medien ist gar nicht selten von einer neuen „Super-Grippe“ die Rede, die die gesamte Menschheit bedroht. Diese Entwicklung nehmen wir zum Anlass, einmal genauer hinzusehen: Was ist tatsächlich „dran“ an der Vogelgrippe, und was genau bereitet gerade in der letzten Zeit den Wissenschaftlern und Ärzten besonderes Kopfzerbrechen?

Auslöser der aviären Influenza (Vogelgrippe) ist das Influenza-A-Virus, das in 16 Unterarten (sog. H-Subtypen) vorkommt. Als „Klassische Geflügelpest“ bezeichnet man eine besonders schwer verlaufende Form der Vogelgrippe, die durch hochpathogene aviäre Influenzavirusstämme hervorgerufen wird. Als besonders aggressiv sind die so genannten A/H5N1-Viren bekannt. Diese Viren kommen in Zugvögeln, insbesondere Enten, relativ häufig vor. Im Gegensatz zu den nicht oder nur geringfügig erkrankenden Zugvögeln verläuft die In-

fektion bei Hausgeflügel mit schweren allgemeinen Krankheitszeichen. Der Erreger wird von kranken Tieren mit dem Kot und mit Körperflüssigkeiten aus Schnabel und Augen ausgeschieden. Eine Ansteckung der Stallgenossen erfolgt extrem rasch; nicht selten erkranken und sterben bei Hühnern und Puten innerhalb weniger Tage sämtliche Tiere eines Bestandes.

### Die Vogelgrippe nicht nur beim Tier: Warum Wissenschaftler eine Abnahme der Sterblichkeit erkrankter Menschen beunruhigend finden

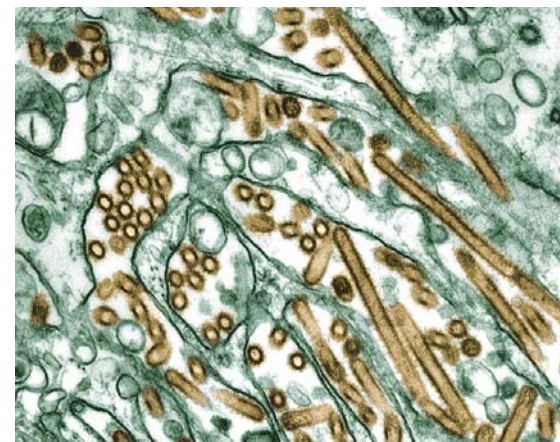
Für den Menschen besteht ebenfalls die Gefahr einer Ansteckung mit dem A/H5N1-Virus, jedoch kam das in der Vergangenheit zumeist bei besonders exponierten Personen und fast ausschließlich als Zoonose vor. Dies bedeutet, dass die Krankheit vom Tier auf den Mensch übertragen wird. Eine Übertragung des Erregers von Mensch zu Mensch galt lange Zeit als äußerst selten. Genau hier bahnen sich möglicherweise Veränderungen an, die die Sorgen der Wissenschaftler zu rechtfertigen scheinen. Nachfolgend einige Zahlen und Fakten.

In Hongkong wurden 1997 erstmalig 18 Infektionen des Subtyps A/H5N1 beim Menschen nachgewiesen, sechs der infizierten Patienten verstarben. Bei einer anderen Unterart der Vogelgrippe (H7N7) kam es 2003 in den Niederlanden zu einem Ausbruch mit 83 Erkrankungen und einem tödlichen Verlauf. Beide Male fand die erstmalige Übertragung der Vogelgrippe durch direkten Tierkontakt statt. Es schien nachfolgend jedoch auch zu einer Übertragung von Kranken auf andere Personen gekommen zu sein, bei denen sich der weitere Krankheitsverlauf mild gestaltete.

Seit Ende Dezember 2003 wurden der WHO 112 labordiagnostisch gesicherte Erkrankungen beim Menschen gemeldet, wovon 57 tödlich verliefen. Von den vier betroffenen Ländern Indonesien, Kambodscha, Thailand und Vietnam mit Erkrankungen war Vietnam mit 90 menschlichen Erkrankungsfällen, darunter 40 Toten, am schwersten betroffen (Stand November 2005). Anfang des

Jahres 2005 traten zudem in Nordvietnam A/H5N1-Infektionen gehäuft innerhalb einzelner Familien auf, wobei als Besonderheit festgestellt wurde, dass sich nur der erste Fall über den unmittelbaren Kontakt mit Geflügel infiziert hatte - danach erkrankte Familienmitglieder mussten sich auf anderem Wege infiziert haben. Weiterhin wurde festgestellt, dass die Grippe aktuell weniger oft tödlich verläuft: Seit Anfang des Jahres starben „nur“ 34 Prozent der Infizierten, während vorher die Todesquote bei bis zu 80 Prozent lag.

Eine Abnahme der Letalität (Sterblichkeit) bei Virusinfektionen ist typisch und zugleich beunruhigend: Sie ist nämlich rein biologisch gesehen immer dann zu beobachten, wenn Viren sich an einen neuen Wirt anpassen. Und ist das Virus einmal von Mensch zu Mensch übertragbar, so wächst die Gefahr einer weltweiten Ausbreitung, der Pandemie.



Colorierte Durchsicht-Elektronenmikroskopie des Vogelgrippevirus H5N1 (braun) nach Wachstum auf Nährzellen (grün)

### Sich wandelnde Viren: Wie kommt es überhaupt zur Pandemie?

Bekannt ist, dass sich alle Influenzaviren stetig verändern. Bezeichnet wird dies als „Antigendrift“. Diese Antigendrift macht beispielsweise eine alljährliche Anpassung der Impfstoffe gegen die saisonale Influenza notwendig.

Weiterhin gibt es noch tiefgreifendere, drastischere Veränderungen im Erbmateriale der Viren, die so genannte

„Antigenshift“: Eine gleichzeitige Infektion beispielsweise mit Vogel- und menschlichen Influenza-A-Viren im Menschen oder im Schwein führt zu einer Mischung und Neukombination des viralen Erbguts. Dieses so genannte „Reassortment“ führt zur Bildung eines neuen Krankheitserregers. Genau hier liegt die Gefahr: Ein neues Virus wird von der Immunabwehr des Organismus nicht erkannt, da dieser nicht auf den Erreger vorbereitet ist. Schlimmste Folge wäre eine ungehemmte Ausbreitung des Virus im Körper, verbunden mit einer hohen Ansteckungsrate anderer Organismen.

**Das Influenza-A/H5N1-Virus als Auslöser der nächsten Grippe-Pandemie? Eine dringende Frage kann nicht eindeutig beantwortet werden**

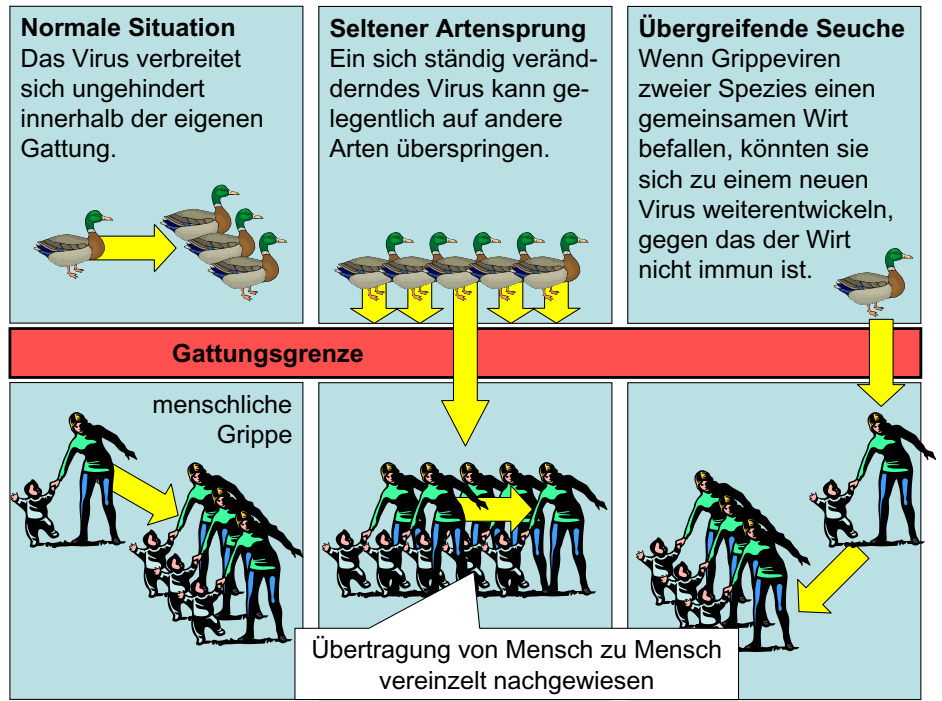
Ein WHO-Team analysierte die Lage Anfang Mai in Manila im Rahmen einer Konferenz. Das A/H5N1-Virus hat bis dato noch zu keinen größeren Ausbrüchen beim Menschen geführt. Ebenso wenig wurden anhaltende Übertragungen des Virus von Mensch zu Mensch oder gar ein genetisches Reassortment in einem der betroffenen Länder registriert. Molekularbiologische Untersuchungen haben jedoch ergeben, dass sich das Virus im Verlauf der letzten Monate genetisch verändert hat. Noch bestehen allerdings keine eindeutigen Anhaltspunkte, dass die Mutation in Richtung einer leichteren Übertragbarkeit vom Geflügel auf den Menschen und von Person zu Person gegangen ist. Das Fazit der Fachleute fiel daher noch vorsichtig aus: „Die Übertragung von Mensch zu Mensch ist nicht zweifelsfrei bewiesen. Jedoch scheinen die Veränderungen des Krankheitsbildes mit dieser Möglichkeit in Einklang zu stehen“. Auch sollen sich alle Länder der Erde auf eine Grippe-Pandemie vorbereiten, und zwar „so schnell wie möglich“. [1]

Fazit: Ob das nordvietnamesische Influenza-A/H5N1-Virus der Auslöser der nächsten Grippe-Pandemie sein wird, ist nicht sicher; auch über die mögliche Schwere einer Pandemie, wenn sie denn kommt, lässt sich nur mutmaßen.

Alexander S. Kekulé, Professor für Medizinische Mikrobiologie an der Universität Halle und als Seuchenexperte Mitglied der Schutzkommission beim Bun-

desminister des Innern, warnt jedoch eindringlich davor, die Vorbereitung auf eine mögliche Pandemie auf die leichte Schulter zu nehmen. Für ihn ist eines sicher: Dass es eine große Pandemie ge-

Viren im Körper verhindern und damit die Anzahl der Komplikationen senken. Tamiflu® ist von der WHO als derzeit effektivster Wirkstoff beurteilt worden [3].



ben wird – ob jetzt oder in zwanzig Jahren. In Deutschland würden möglicherweise 6 bis 22 Millionen Menschen so krank, dass sie ärztlich behandelt werden müssten, davon bis zu 600.000 stationär. Je nach Szenario gäbe es weltweit bis zu 100 Millionen Tote. Prof. Kekulé hält den vorliegenden Entwurf eines Pandemieplans der Bundesregierung für noch unvollständig und fordert die Verantwortlichen zum Handeln auf. [2]

**Von der Suche nach einem Impfstoff, der nur vielleicht funktioniert: Behandlungsansätze bei Vogelgrippe**

Alle medizinischen Erkenntnisse in Bezug auf die Vogelgrippe beruhen auf In-vitro-Studien und Tierversuchen mit dem Influenzavirus, da keine ausreichenden klinischen Erfahrungen bei Vogelgrippekranken vorliegen. Untersuchungen der WHO haben gezeigt, dass die gegenwärtig zirkulierenden Influenza-A/H5N1-Viren zwar gegen die M2-Protein-Hemmer, aber noch nicht gegen den Neuraminidasehemmer Oseltamivir (Tamiflu®) resistent sind. Diese Medikamente sollen die weitere Ausbreitung der

Allerdings geben Experten zu bedenken, dass selbst dieser Wirkstoff im Ernstfall nur vielleicht funktioniert.

Warum ist dies so? Prof. H. Schmitz, Abteilung Virologie vom Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin weist darauf hin, dass möglicherweise der Pandemie-Auslöser gar nicht aus dem tierischen Erreger A/H5N1 entstehen wird, sondern eventuell aus einem menschlichen Influenzastamm, gegen den noch gar kein Impfstoff entwickelt werden konnte. Selbst wenn das Influenza-A/H5N1-Virus zum menschlichen Grippevirus mutiert, geben Impfskeptiker zu bedenken, tritt die Pandemie möglicherweise erst in z. B. fünf Jahren auf. Bis dahin wäre das Virus so weit mutiert, dass die alten Vakzine nicht mehr verwendet werden könne. Dennoch hält Prof. R. Kurth, Präsident des Robert Koch-Instituts, diese Argumentation für „virologisch und immunologisch nicht ausreichend begründbar“. Er plädiert dafür, dieses Risiko auf sich zu nehmen, selbst wenn ein produzierter Impfstoff später „suboptimal“ sein könne. [4]

Das amerikanische National Institutes of Health (NIH) teilte gleichfalls mit, dass eine Testreihe mit Hunderten Probanden zufrieden stellend verlaufen sei. Auch hier konnte allerdings nur ein grober Vorläufer des Impfstoffs eingesetzt werden, eben weil nicht bekannt ist, wie der



echte Pandemie-Erreger einmal aussehen wird. Der Prototyp würde zwar eine A/H5N1-Infektion nicht verhindern, ließ man verlauten, aber dennoch einen gewissen Schutz bieten. Und durch die Produktionserfahrung ließe sich im Ernstfall ein Impfstoff schnell adaptieren. [5, 6]

Stoppen ließe sich das Virus vielleicht auch, indem man bedrohte Geflügelbestände impft. In der Bundesforschungsanstalt für Tiergesundheit auf der Insel Riems an der Ostseeküste ist es einer deutschen Arbeitsgruppe unter Leitung von Prof. T. Mettenleiter und Dr. Fuchs gelungen, einen Impfstoff gegen die Vogelgrippe zu entwickeln, der auf einen Schutz der Geflügelpopulation abzielt. Erste Tests bestätigten seine Wirksamkeit. Im Blut der Tiere bildeten sich nach der Impfung Antikörper, ein wirksamer Schutz gegen das Virus. Laut Prof. Mettenleiter sind jedoch zeitaufwändige Versuche notwendig, bevor ein solcher Impfstoff in die Zulassung gehen kann, z. B. hinsichtlich einer effizienten Produktion in Gewebekultur. Die Herstellung dieses Impfstoffs sei gegenwärtig noch so teuer, dass sich die Pharmakonzerne kaum um eine Zulassung bemühten. [7]

## **Vorbeugen ist wichtig: Diagnose und Verlauf der Vogelgrippe und Tipps für den Reisenden**

Den Verdacht auf eine mögliche Vogelgrippe erhebt der Arzt auf Grund der Beschwerden (Fieber, Husten, Atemnot), Angaben über Aufenthalt in einer Gefahrenregion, Kontakt zu Geflügel und des Ergebnisses der körperlichen Untersuchung. Erhärtet wird die Verdachtsdiagnose durch Influenzaschnelltests, mit denen Virusbestandteile im Speichel der Erkrankten nachgewiesen werden können. Beweise liefern spezielle Untersuchungen (so genannte Polymerasekettenreaktion PCR), die in dafür ausgerüsteten Labors durchgeführt werden.

Die Erkrankung beginnt etwa zwei bis fünf Tage nach der Ansteckung und verläuft ähnlich einer schweren Grippe mit hohem Fieber, Kopf- und Halsschmerzen, Husten, Gliederbeschwerden und Lungenentzündung. Ca. 50 % der Kranken leiden unter Durchfall, Übelkeit und Bauchschmerzen. Als Komplikation tritt häufig ein Lungenversagen auf. Etwa die Hälfte der Kranken starb bisher.

Reisende und Personen, die sich aus beruflichen Gründen in der betroffenen Region aufhalten, sollten den Kontakt zu Geflügel vermeiden, da der Erreger vor allem über Kot und Sekrete infizierter Tiere übertragen wird. Internationale Flugreisende sollten darüber informiert sein, dass auch kleine Mengen von Geflügelfleisch und Geflügelerzeugnissen grundsätzlich nicht eingeführt werden dürfen. Der aktuelle Grippeimpfstoff der saisonalen Grippeimpfung schützt zwar nicht gegen eine Influenza-A/H5N1-Infektion, eine gleichzeitige Infektion mit menschlichen Influenzaviren und dem Vogelgrippevirus A/H5N1 birgt jedoch die Gefahr einer Neukombination beider Viren und damit das Risiko der Entstehung eines von Mensch zu Mensch übertragbaren Virus: So kann für Personen, die in den betroffenen Regionen Kontakt zu Geflügel haben könnten, die Influenza-Schutzimpfung mit dem aktuell zugelassenen Impfstoff erwogen werden.

Detaillierte Angaben und Links zur Vorbeugung von Vogelgrippe und zum Verhalten im Falle eines Ausbruchs mit pandemischen Viren finden sich im Pandemieplan Ausland des Auswärtigen

Amts, zum Download unter: [www.auswaertiges-amt.de/www/de/infoservice/download/pdf/laenderinfos/pandemieplan.pdf](http://www.auswaertiges-amt.de/www/de/infoservice/download/pdf/laenderinfos/pandemieplan.pdf)

## **Weiterführende Informationen zur Vogelgrippe sind im Internet zu finden unter**

Auswärtiges Amt: [www.auswaertiges-amt.de/www/de/laenderinfos/gesundheitsdienst](http://www.auswaertiges-amt.de/www/de/laenderinfos/gesundheitsdienst)

Center for Disease Control: [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

Robert-Koch-Institut: [www.rki.de](http://www.rki.de)  
Weltgesundheitsorganisation (WHO): [www.who.int](http://www.who.int)

## **Quellenangaben**

- [1] WHO intercountry consultation: 'Influenza A/H5N1 in humans in Asia'. Manila, Philippines, 6–7 May 2005,
- [2] Prof. A. Kekulé, Medizinische Mikrobiologie Univ. Halle, Countdown für eine Katastrophe, Die Zeit - Wissenschaft, 23/2005,
- [3] WHO: Falldefinition Influenzavirus A/H5N1 (Vogelgrippe, aviäre Influenza), Stand: 01.08.05,
- [4] Prof. H. Schmitz, Prof. R. Kurth in: Die Zeit – Wissenschaft 35/2005: Der Tod auf leisen Schwingen,
- [5] National Health Institut (NHI), USA: H. Yen et al., Virulence may determine the necessary duration and dosage of oseltamivir treatment for highly pathogenic A/Vietnam/1203/04 (H5N1) influenza virus in mice, Journal of Infectious Diseases, 2005,
- [6] National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), USA: Announces Contracts to Develop Vaccine against H5N1 Avian Influenza, 27.05.2004,
- [7] Friedrich-Loeffler-Institut (FLI), Inst. f. Molekularbiol. Prof. Dr. Thomas C. Mettenleiter und Dr. Walter Fuchs: Riemser Forscher entwickeln neuartigen Impfstoff gegen Vogelgrippe. 17.08.05,
- [8] Auswärtiges Amt, Länderinfos/Gesundheitsdienst: Merkblatt zur Vogelgrippe, Stand: 18.08.05,
- [9] Friedrich-Loeffler-Institut (FLI), OIE und Nationales Referenzlabor für aviäre Influenza Institut für Virusdiagnostik: Klassische Geflügelpest (Hochpathogene Form der Aviären Influenza). Stand: 29.08.2005,
- [10] Robert-Koch-Institut: Aviäre Influenza in Südostasien: Zur aktuellen Situation. Epidemiologisches Bulletin Nr. 9, 04.03.05.

## Die Ärztgruppe Lungenfunktionsdiagnostik e. V. unter der Schirmherrschaft der Deutschen Atemwegsliga - eine erfolgreiche Patenschaft!

Die Messung der Lungenfunktion ist neben der Anamnese und der klinischen Untersuchung das wichtigste Instrument zur Diagnose chronisch obstruktiver Atemwegserkrankung und Differenzierung zwischen Asthma und COPD. Die Lungenfunktionsdiagnostik verfolgt im Wesentlichen drei Ziele:

1. Die Erkennung von Atemwegserkrankungen, aber auch Erkrankungen der Lunge selbst, sowie Atmungsstörungen durch Fehlregulation z. B. der Atempumpe.
2. Die Verlaufskontrolle chronischer Atemwegserkrankungen.
3. Die Überprüfung der Wirksamkeit der medikamentösen Therapie und evtl. Dosisanpassung der verabreichten Therapeutika.

Die Lungenfunktionsprüfung ist nach entsprechender Einweisung relativ einfach, so dass diese Untersuchung vom entsprechend ausgebildeten medizinischen Fachpersonal durchgeführt werden kann. Leider fristet die Spirometrie in der apparativen Diagnostik immer noch ein Schattendasein – im Gegensatz zum EKG. So plädierte z. B. Prof. Nolte bereits in den späten 80er Jahren, dass ein Spirometer in jede hausärztliche Praxis gehöre. Doch Anspruch und Wirklichkeit klaffen weit auseinander.

Im Jahr 1989 traf sich erstmalig eine kleine Gruppe von Pneumologen aus Klinik und Praxis in Koblenz zur Gründung eines Referententeams. Dr. Harald Mitfessel, niedergelassener Pneumologe aus Remscheid gründete zusammen mit einigen Berufskollegen die „Ärztgruppe Lungenfunktionsdiagnostik“. In interaktiven Workshops wird seitdem Lungenfunktionsdiagnostik Allgemeinmedizinern, Internisten, Pädiatern und auch Arzthelferinnen vermittelt. So wurden seit 1990 mittlerweile ca. 2.200 Seminare durchgeführt, davon 1.600 Basisseminare, 400 Aufbau-seminare, 140 Pädiaterseminare und zahlreiche Kongressveranstaltungen. Geschult wurden bis heute ca. 40.000 Personen, davon 17.500 Ärztinnen und Ärzte sowie mehr als 22.000 Arzthelferinnen und Krankenschwestern. Dr. Mitfessel ist seit Anbe-

ginn Vorsitzender dieser Gruppe, der ca. 90 niedergelassene Pneumologen und Kinderpneumologen als Referenten angehören. Im Gespräch mit dem Liga Journal beschreibt er die Aufgaben und Ziele der „Ärztgruppe LUFU“.



Dr. Harald Mitfessel, Remscheid

**Liga Journal:** Welchen Status hatte die Spirometrie in der hausärztlichen Praxis vor der Gründung der Ärztgruppe Lungenfunktionsdiagnostik?

**Dr. Mitfessel:** Um es ganz krass auszudrücken: In vielen Praxen war Ende der 80er Jahre „Spirometrie“ noch ein Fremdwort. In weniger als 20 % der Hausarztpraxen war ein Spirometer vorhanden, jedoch im Gegensatz dazu verfügte jeder Allgemeinmediziner über ein EKG-Gerät. Diesen Zustand muss man allerdings historisch betrachten. Die Spirometrie fristete schon immer in der ärztlichen Ausbildung ein Nischendasein. Sie ist bis heute kein Thema für evtl. Pflichtveranstaltungen in der universitären Ausbildung und auch nicht in der Klinik. Natürlich hat sich in den vergangenen 15 Jahren auch hier ein Wandel vollzogen, doch hat die Lungenfunktionsmessung bis heute nicht den Standard des EKGs erreicht.

**Liga Journal:** Welche Ziele verfolgt die Ärztgruppe Lungenfunktionsdiagnostik seit Ihrer Gründung?

**Dr. Mitfessel:** Das Problembewusstsein der Lungenfunktion soll, wie auch deren Akzeptanz, im Sinne einer Qualitätsoptimierung und der besseren Patientenbetreuung gesteigert und verbessert werden, mit dem Ziel der Früherkennung und rechtzeitigen Therapieeinleitung. Unser oberstes Ziel besteht darin, die Lungenfunktion als einfache und praktikable Diagnosemethode darzustellen. In unseren Seminaren werden die Arzthelferinnen von einer erfahrenen Kollegin in die Methodik der Untersuchung eingewiesen. Zeitgleich werden den Ärzten die wichtigsten Parameter vermittelt und anhand von standardisierten Befunden die Diagnose abgeleitet. Sehr wichtig ist uns hierbei die optische Begutachtung der Fluss-Volumen-Kurve. Aus dem Kurvenverlauf lassen sich sowohl Messfehler, als auch pathologische Befunde direkt ablesen.

Weiterhin ist es uns sehr wichtig, die teilnehmende Praxis als Team zu schulen. Der Arzt kann die Untersuchung an seine Helferin delegieren, muss sich jedoch auf die korrekte Durchführung verlassen können. Die Arzthelferin ihrerseits erfährt durch die Schulung eine besondere Qualifikation und Aufwertung ihrer Tätigkeit.

Letztlich bemühen wir uns, verschiedene Kurstypen anzubieten, um möglichst allen Teilnehmern gerecht zu werden.

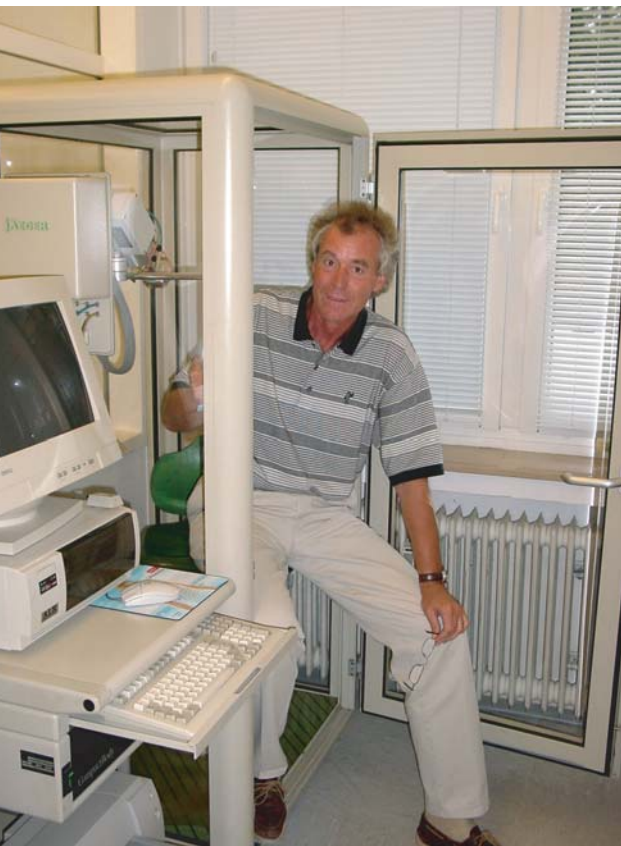
**Liga Journal:** Hat sich etwas verändert? Welchen Stellenwert hat die Spirometrie heute in der hausärztlichen Praxis?

**Dr. Mitfessel:** Natürlich sind unsere Bemühungen nicht ohne Wirkung geblieben. Bei der Zahl von über 17.000 Ärzten, die mittlerweile unsere Seminare besucht haben, kann man einen steigenden Stellenwert der Lungenfunktion in der Praxis feststellen. Es ist allerdings noch zu früh um zu sagen, Lungenfunktionsmessungen seien Standard innerhalb der Diagnostik von Atemwegserkrankungen in der hausärztlichen Praxis.

Eine weitere Dynamik ist mit der Implementierung von Disease Management Programmen (DMPs) für Atemwegspatienten zu erwarten. Hier gibt es eine feste Verankerung der Lungenfunktions-

prüfung im Rahmen der standardisierten Diagnostik.

In der Pädiatrie ist die Spirometrie nach wie vor unterrepräsentiert. Dabei spielt



die Funktionsprüfung der Atemwege eine wichtige Rolle in der Kindervorsorge. Bedenken Sie, dass Atemwegserkrankungen und Allergien zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zählen. Hier würde eine frühzeitige Erkennung und frühzeitige Therapie sowohl die Lebensqualität der Kinder erhöhen, als auch zur Kostensenkung im Gesundheitswesen beitragen. Wir hoffen, dass sich dieses Bild wandeln wird, nachdem jetzt die Bezeichnung „Kinderpneumologe“ offiziell anerkannt ist.

**Liga Journal:** Ab welchem Alter kann man mit einem Kind einen Lungenfunktionstest durchführen?

**Dr. Mitfessel:** Hier gibt es keine Altersgrenze; da muss man ganz pragmatisch herangehen: wenn ein Kind einen Luftballon aufblasen kann, ist es auch in der Lage, die Atemmanöver zur Bestimmung von Vitalkapazität und FEV1 umzusetzen.

Eine wichtige Rolle spielt hierbei eine gut geschulte Helferin, die einerseits mit der Messung hundertprozentig vertraut ist,

andererseits den jungen Patienten motivieren kann, bei der Messung optimal mitzuarbeiten. Dies gilt übrigens nicht nur für Kinder; gerade bei Erwachsenen ist die Helferin der Garant dafür, dass eine verwertbare Fluss-Volumen-Kurve dargestellt wird.

**Liga Journal:** Bei der hohen Teilnehmerzahl tritt doch sicherlich irgendwann eine Sättigung ein. Welche Perspektiven sehen Sie für die Zukunft?

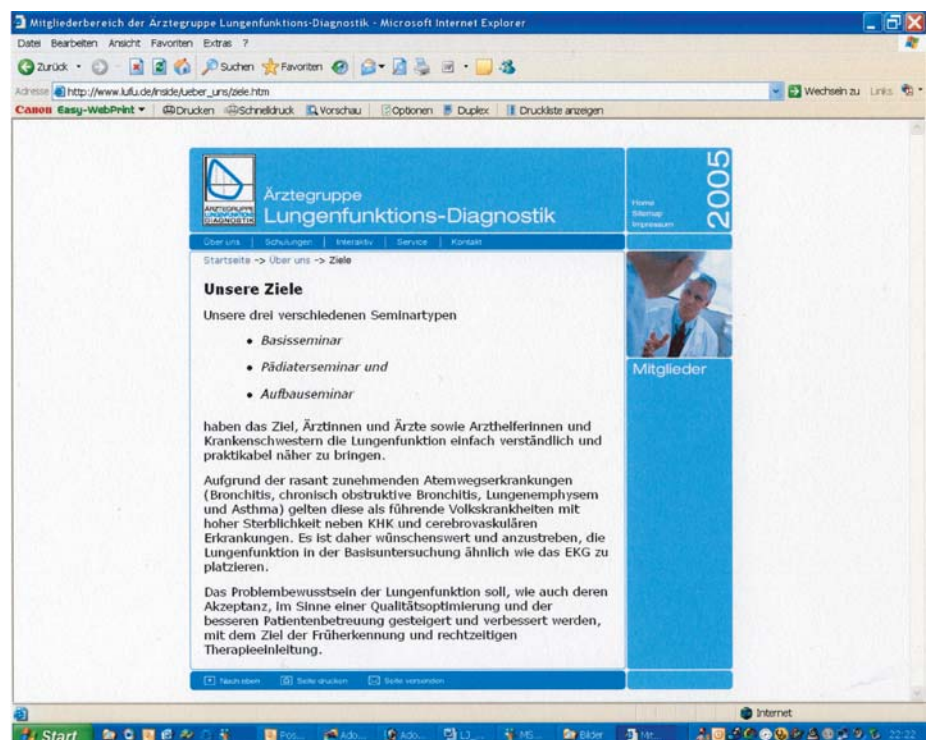
**Dr. Mitfessel:** Natürlich können wir nicht immer weiter Basisseminare anbieten, sollten die Teilnehmerzahlen sinken. Interessanter Weise haben wir einige Kollegen schon mehrfach auf unseren Veranstaltungen gesehen, um die Inhalte weiter zu vertiefen, oder eine neue Mitarbeiterin an das Thema heranzuführen. Wir führen auch jährliche Arbeitstreffen mit allen Referenten durch. Hierbei diskutieren wir das bestehende Konzept und suchen gemeinsam nach neuen Fortbildungsthemen. So sind auch die Aufbauseminare entstanden, die nur von Ärzten besucht werden. Hier werden -

Grundkenntnisse vorausgesetzt - interessante und zum Teil auch diffizile Befunde gemeinsam diskutiert und mögliche Diagnosen gestellt. Am Ende dieses Kurses wird eine Lernerfolgskontrolle

durchgeführt. Die Teilnehmer, die diesen Test erfolgreich absolvieren, erhalten ein Zertifikat der Deutschen Atemwegsliga. Unser neuestes Angebot ist ein Aufbau-seminar für Ärzte und Helferinnen. Voraussetzung hierfür ist der Besuch eines Basisseminars. Hier steht die Auswertung von Fluss-Volumen-Kurven im Mittelpunkt der Diskussion. Besonders die Arzthelferinnen haben hier die Möglichkeit, ihre Kenntnisse im Bereich der Lungenfunktion zu vertiefen. In den Basisseminaren erlernen die Helferinnen im Wesentlichen das Handling der Geräte. In diesem Aufbauseminar werden sie u. a. an die optische Begutachtung der Kurven herangeführt.

**Liga Journal:** Die Deutsche Atemwegsliga hat 1993 die Schirmherrschaft über die Ärztgruppe Lungenfunktionsdiagnostik übernommen. Was bedeutet diese „Patenschaft“ für Sie?

**Dr. Mitfessel:** Die Schirmherrschaft der Atemwegsliga bedeutet für unsere Arbeit eine wesentliche Bereicherung. Unsere Seminare erfahren eine Qualitätssicherung und die Zertifizierung im Rahmen der Lernerfolgskontrollen durch die Atemwegsliga wertet die Seminare zusätzlich auf. Wir freuen uns, dass die Atemwegsliga erst kürzlich den Fragebogen zur Erlangung des Zertifikates überarbeitet hat. Damit sind wir sicher, in unseren Seminaren aktuelles Wissen zu vermitteln.



Wir führen unsere Ärztgruppe mittlerweile als eingetragenen Verein. Dies war wichtig im Vorfeld der DMP Verhandlungen. Hierbei hat uns die Schirmherrschaft der Deutschen Atemwegsliga natürlich sehr geholfen. Wir gehen davon aus, dass unsere Seminare und der Fragebogen zur Lernerfolgskontrolle nach Einführung der DMPs als Standard anerkannt werden.

**Liga-Journal:** Herr Dr. Mitfessel, wir danken Ihnen für das Gespräch und wünschen Ihnen und allen Mitgliedern der Ärztgruppe Lungenfunktions-

diagnostik e. V. auch weiterhin viel Erfolg.

Die Ärztgruppe Lungenfunktionsdiagnostik e. V. führt Fortbildungskurse als Grund- und Aufbau Seminare auf regionaler Ebene durch. Das Fortbildungsangebot umfasst folgende Seminartypen:

- Basisseminare für Ärzte und Helferinnen
- Aufbau Seminare nur für Ärzte
- Spezielle Kurse für Pädiater, und, ganz aktuell

- Aufbau Seminare für Ärzte und Helferinnen

Die aktuellen Kurstermine in Ihrer Nähe können Sie bei der Geschäftsstelle unter der Rufnummer 02242 – 91 23 07 erfragen. Weitere Informationen über die Ärztgruppe Lungenfunktionsdiagnostik sind im Internet unter [www.lufu.de](http://www.lufu.de) erhältlich. Bei den Aufbau Seminare wird eine Lernerfolgskontrolle durchgeführt. Bei bestandener Testat erhalten Sie neben der Teilnahmebescheinigung auch ein Zertifikat der Deutschen Atemwegsliga.

## Asthmaschulung für Kinder und Jugendliche

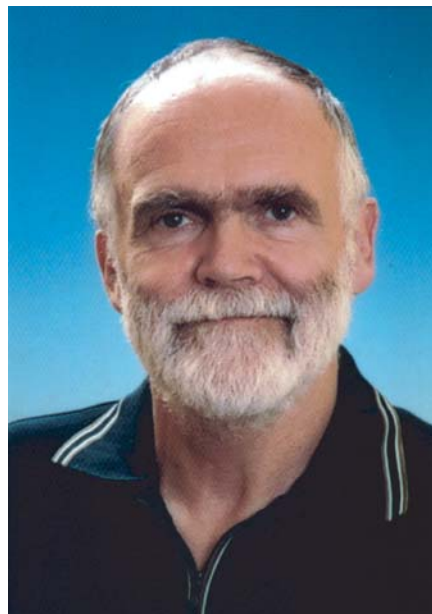
1994 wurde die Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. (AGAS) gegründet. Sie hält jährlich einmal eine wissenschaftliche Jahrestagung ab. Die AGAS umfasst alle Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Kinderkrankenschwestern, Physiotherapeuten o.ä.), die im Rahmen der Asthmaschulung tätig sind. Der interdisziplinäre Charakter der AG spiegelt die Interdisziplinarität der Schulung wider.

Asthmaschulung wird verstanden als eine pädagogisch-psychologische Intervention, um handlungsrelevantes Wissen an Kinder, Jugendliche und deren Familien zu vermitteln. Daneben sind aber auch Verhaltenstraining, Verbesserung der Körperelbstwahrnehmung und Umgehen mit den körperlich empfundenen Symptomen (insbesondere Früh Symptome), eine Besserung des emotionalen Umgangs (insbesondere der Asthmaangst) und auch eine Verringerung der Auswirkung im familiären sowie sozialen Bereich integrale Bestandteile.

Die AGAS hat einheitliche Standards im Rahmen der Qualitätssicherung entwickelt (Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität; Handbuch „Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen“, 2. Auflage 2003, Zuckschwerdt Verlag).

Die Ausbildung zum Asthmatrainer umfasst eine Hospitation bei einer dafür zertifizierten Schulung, ein interdisziplinäres Theorie Seminar (40 Unterrichtseinheiten) und eine Supervisions Schulung. Die Theorieausbildung erfolgt an einer an der AGAS akkreditierten Asthmaakademie.

Asthmatrainer können werden: Ärzte für Kinderheilkunde, außerdem Internisten, Allgemeinärzte, praktische Ärzte und Pneumologen mit entsprechender, mindestens zweijähriger Berufserfahrung



Dr. Rüdiger Szczepanski, Osnabrück

in der Behandlung asthmakranker und allergiebetreffener Kinder. Psychologen/Pädagogen, Physiotherapeuten/Sporttherapeuten, Kinderkrankenschwestern, Arzthelferinnen, Erzieherinnen können ebenfalls bei entsprechender beruflicher Erfahrung das Zertifikat erwerben (Einzelheiten s. Handbuch Qualitätsmanagement).

Das Schulungsprogramm ist hinsichtlich der Effektivität und Effizienz evaluiert. Die ambulante Durchführbarkeit ist nachgewiesen. Das Programm der AGAS wurde von den gesetzlichen Krankenkassen eingereicht als Schulungsprogramm im Rahmen des Disease-Management-Programmes. Ende September 2005 wurde das Programm vom Bundesversicherungsamt akkreditiert als einziges Programm für Kinder- und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr. Die Akkreditierung basiert auf den vorliegenden wissenschaftlichen Daten und einer Analyse (Küver et al., 2004, Zts. f. Ä. Fb. u. Qual. Sich. im Geshw.).

In den vergangenen Jahren wurden über 2400 Asthmatrainer nach den Kriterien der AGAS ausgebildet. Bundesweit werden in jedem Jahr – vor Einführung des DMP! – 12.000 bis 15.000 Familien geschult.

Die Arbeitsgemeinschaft führt jährlich eine wissenschaftliche Tagung durch. Die nächste Tagung findet am 21./22. April 2006 in Davos statt (Zusammen mit der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitis Schulung).

(Organisation und Informationsmaterial über DI-TEXT, Frank Digel, Gregor-Vosen-Str. 46, 50374 Erfstadt-Bliesheim, Tel.: 02235 / 922494 / Fax: 922495, [Digel.F@t-online.de](mailto:Digel.F@t-online.de), [www.ditext.de](http://www.ditext.de))

Einzelheiten zu Durchführung und Terminen der Trainerausbildung kann jede Akademie und das Sekretariat der AGAS geben ([www.asthmaschulung.de](http://www.asthmaschulung.de)).

Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V.  
Sekretariat: Frau Beate Heße  
c/o Kinderhospital Osnabrück  
Iburger Straße 187  
49082 Osnabrück  
Tel.: 0541/5602-213 / Fax: 5829985

Dr. med. Rüdiger Szczepanski  
1. Vorsitzender

## Infoserie Atemwegserkrankungen Teil 4: Asthma in der Schwangerschaft

Eine Schwangerschaft ist für viele Frauen eine Zeit der freudigen und zum Teil auch bangen Erwartung. Für den Verlauf der Schwangerschaft wünscht man sich möglichst wenig Komplikationen und am Ende natürlich, dass der Nachwuchs gesund und munter ist. Allergien und Asthma können den Verlauf der Schwangerschaft erschweren. Es gibt allerdings durchaus Möglichkeiten, die Beschwerden in den Griff zu bekommen und eine überwiegend unbeschwerte Schwangerschaft zu erleben.



Frauen, die unter chronischen Erkrankungen wie z. B. Asthma leiden, stellen sich viele Fragen:

- Muss ich auf eine Schwangerschaft und auf ein Kind verzichten?
- Bedeutet eine Schwangerschaft mit Asthma ein zusätzliches Risiko für mich?

- Verschlimmert sich durch eine Schwangerschaft mein Asthma?
- Kann mein Kind geschädigt werden?
- Darf ich meine Medikamente weiter anwenden?
- Wird mein Kind auch unter Asthma leiden?
- Darf ich nach der Entbindung stillen?
- etc.

Eine Schwangerschaft kann das Asthma auf verschiedene Weise beeinflussen. Statistiken zeigen, dass sich bei etwa je einem Drittel der Frauen das Asthma verbessert, verschlechtert bzw. nicht verändert. Asthma kann bei einer Schwangerschaft auch erstmals auftreten.

### Vor der Schwangerschaft

Asthma ist kein Grund, auf Kinder zu verzichten. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass das Komplikationsrisiko bei Frauen mit gut kontrolliertem Asthma im Vergleich zu gesunden Frauen nur geringfügig erhöht ist. Bei ungenügend kontrolliertem Asthma können allerdings verschiedene Komplikationen auftreten.

Empfehlenswert für eine Asthmaticerin ist, bereits vor der Schwangerschaft den Gynäkologen und Lungenfacharzt zu einem Beratungsgespräch aufzusuchen. Mithilfe der Ärzte können das richtige Verhalten während der Schwangerschaft abgestimmt und viele Unsicherheiten bereits im Vorfeld ausgeräumt werden. Die ärztliche Betreuung schwangerer Asthmaticerinnen verläuft engmaschig, so dass auf Veränderungen der Atemwegserkrankung rechtzeitig reagiert werden kann.

Der Verzicht auf das Rauchen sollte für eine Asthmaticerin im eigenen Interesse eine Selbstverständlichkeit sein. Dem Kind zuliebe sollte man bereits vor der Schwangerschaft ganz auf das Rauchen verzichten und auch nach der Geburt des Kindes nicht wieder damit beginnen!

Falls ein allergisches Asthma vorliegt und die Allergieauslöser (z. B. Tierhaare) be-

kannt sind, sollten diese vermieden werden.

Die Asthmatherapie sollte man während der Schwangerschaft auf keinen Fall abbrechen. Der behandelnde Arzt überprüft die richtige Einstellung der Medikamente vor und auch während der Schwangerschaft und erstellt einen schriftlichen Therapieplan. Wichtig ist auch, zu besprechen, woran eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu erkennen ist und wie man darauf reagieren kann.

Die tägliche Kontrolle und Dokumentation des Peak-Flow-Wertes (maximaler Atemstoß) mit einem Peak-Flow-Meter gibt der Schwangeren gute Hinweise, wenn sich ihr Asthma verschlechtert.

Grundsätzlich gelten für Asthmapatientinnen während der Schwangerschaft die gleichen Therapieziele und -empfehlungen wie außerhalb der Schwangerschaft.

### Behandlungsziele:

- Symptomfreiheit tagsüber und in der Nacht,
- bestmögliche Lungenfunktion,
- Vermeidung einer krankheitsbedingten Einschränkung der körperlichen Aktivität,
- Prävention von Exazerbationen,
- Vermeiden von Nebenwirkungen der Asthmamedikation
- und im Falle einer Schwangerschaft: **Geburt eines gesunden Kindes!**

Diese Ziele sind nur dann zu erreichen, wenn das Asthma auch während der Schwangerschaft konsequent behandelt wird. Die häufigsten Fehler, die zu einer Verschlechterung der Situation führen, sind eine Unterschätzung des Schweregrades und eine unzureichende Therapie. Ein schlecht behandeltes Asthma schadet dem Ungeborenen mehr als gezielt und konsequent eingesetzte Medikamente.

### Medikamente zur Asthma-behandlung

Ziel der medikamentösen Behandlung des Asthmas in der Schwangerschaft ist



nicht nur die Beschwerdefreiheit, sondern auch das normale Heranwachsen des Kindes zu gewährleisten. Dazu gehört auch die Versorgung mit genügend Sauerstoff, denn der Fötus benötigt für sein normales Wachstum und seine Entwicklung eine ausreichende Sauerstoffversorgung. Unzureichend behandeltes Asthma führt zu einem Abfall des Sauerstoffgehaltes im Blut der Mutter und auch im Blut des Kindes.

Die wichtigste Grundlage zur Behandlung des Asthmas ist die Behandlung der in den Atemwegen vorherrschenden Entzündung. Die wirksamsten entzündungshemmenden Medikamente sind Abkömmlinge des Kortisons. Kortison wird in der Asthmatherapie als **Dauermedikation**, d. h. regelmäßig, eingesetzt und im Allgemeinen als Spray oder Pulver inhaliert. Das Medikament gelangt per Inhalation ohne Umweg über den Blutkreislauf direkt in die Lunge. Daher wird nur eine geringe Menge des Wirkstoffs benötigt und Nebenwirkungen treten nur selten auf. Bei schwerem Asthma kann man auf Kortison in Tablettenform manchmal nicht verzichten. Auch in der Schwangerschaft kann die Einnahme von Kortison-Tabletten erforderlich sein.

Weitere entzündungshemmend wirksame Medikamente sind die Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten (Montelukast).

Stufenplan für bislang nicht behandelte erwachsene Asthmapatienten		
Schweregrad	Bedarfsbehandlung	Dauerbehandlung
Beschwerden weniger als 1 mal pro Woche tagsüber und weniger als 2 mal pro Monat nachts	Raschwirksame Beta-Sympathomimetika (Anticholinergika)	Keine.
Leicht		Kortison zum Einatmen: niedrige Dosis.
Mittelschwer		Kortison zum Einatmen: niedrige bis mittlere Dosis und langwirksames Beta-Sympathomimetikum (ggf. als feste Kombination). Alternative, ggf. auch zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kortison zum Einatmen: hohe Dosis,</li> <li>• Montelukast,</li> <li>• Theophyllin mit verzögerter Wirkstofffreisetzung,</li> <li>• Beta-Sympathomimetikum als Tablette mit verzögerter Wirkstofffreisetzung.</li> </ul>
Schwer		Kortison zum Einatmen: hohe Dosis und langwirksames Beta-Sympathomimetikum (ggf. als feste Kombination). Zusätzlich (falls erforderlich): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Theophyllin mit verzögerter Wirkstofffreisetzung,</li> <li>• Kortison als Tablette in der niedrigsten Dosis, die dem Patienten hilft,</li> <li>• evtl. Montelukast.</li> </ul>
Wenn die Erkrankung über längere Zeit stabil ist, wird versucht, die Medikamente schrittweise zu verringern. Werden die Beschwerden jedoch stärker, muss die Dosis der Medikamente gesteigert werden.		

Da bislang noch nicht genügend Erfahrungen mit einer Anwendung in der Schwangerschaft vorliegen, sollte eine Behandlung mit Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten während der Schwangerschaft nicht begonnen werden. Sie kann fortgeführt werden, wenn Behandlungserfolge erzielt wurden, die sich mit anderen Medikamenten nicht erreichen ließen.

Langwirksame Beta-Sympathomimetika und Theophyllin erweitern die Atemwege und schützen über längere Zeit vor Atemnot.

Bei plötzlicher Atemnot führen rasch-wirksame Beta-Sympathomimetika zu einer schnellen Erweiterung der Bronchien. Wenn diese Medikamente im Bedarfsfall eingesetzt werden, spricht man von einer **Bedarfsbehandlung**.

Mit einer Hyposensibilisierung sollte man nicht während der Schwangerschaft beginnen. Sie kann allerdings fortgesetzt werden.

### **Der Asthmaanfall in der Schwangerschaft**

Die medikamentöse Behandlung eines Asthmaanfalls erfolgt in der Schwangerschaft in gleicher Form wie bei nicht schwangeren Asthmatikerinnen. Ein akuter schwerer Asthmaanfall ist als Notfall zu betrachten, der eine Behandlung in der Klinik erfordert.

Besonders zu achten ist auf einen ausreichenden  $O_2$ -Druck (Sauerstoffgehalt) im mütterlichen Blut, damit die Entwicklung des Kindes



nicht durch einen Sauerstoffmangel beeinträchtigt wird.

Die Patientin sollte in folgenden Situationen sofort einen Arzt aufsuchen:

- wenn die Behandlung nicht wirkt,
- der Behandlungserfolg nicht anhält,
- die Beschwerden zunehmen,
- die Kindsbewegungen abnehmen.

### **Therapie in der Stillzeit**

Keine Angst vor dem Stillen! Stillen wirkt sich positiv auf die Entwicklung des Kindes aus. Nach der Entbindung sollte das Neugeborene möglichst 6 Monate lang ausschließlich gestillt werden. Die Asthmatikerin kann die Asthmabehandlung in der Stillzeit wie bisher fortsetzen.

### **Nebenwirkungen**

Es scheint durch die Anwendung von Asthmamedikamenten nicht vermehrt zu angeborenen Missbildungen zu kommen. Langzeituntersuchungen haben gezeigt, dass die meisten Asthmamedikamente für den Einsatz in der Schwangerschaft und Stillzeit geeignet sind.

Das aktuelle Informationsblatt „Asthmatherapie in der Schwangerschaft und Stillzeit“ sowie weitere Information zu diesem Thema erhalten Sie bei der Deutschen Atemwegsliga e. V. (Kontaktdaten: s. Impressum)



## Serie

# „Europäische Patientenorganisationen stellen sich vor“

Europa wächst zusammen. Wir haben daher einmal über den Tellerrand gesehen und uns gefragt: Welche Unterstützung erfahren unsere europäischen Nachbarn bei der Prävention und beim Umgang mit Atemwegserkrankungen und welche Patientenorganisationen gibt es? Wie arbeiten diese Organisationen, welche Schwerpunkte werden gesetzt, wie wird der Patient in seiner Organisation betreut? Was ist anders als bei uns?

Wir haben recherchiert und unseren Nachbarn Fragen gestellt. Auf diesem Weg sind wir auf interessante Antworten gestoßen, die wir Ihnen als Leser des Liga-Journals natürlich nicht vorenthalten wollen. Mit der vorliegenden Ausgabe startet also unsere neue Reihe „Europäische Patientenorganisationen stellen sich vor“.

Der Leser wird sicher eine Menge Wissenswertes über die verschiedenen Patientenorganisationen Europas erfahren. Und vielleicht, dies wünschen wir uns ganz besonders, wird unsere Reihe den einen oder anderen zur Kontaktaufnahme und zum Dialog mit den Nachbarn anregen – denn nur wer sich austauscht, der kann auch voneinander lernen.

## Teil 1: Die Lungenliga Schweiz (LLS) - ein Portrait

„Leben heißt atmen“ – auf dieses Motto stößt der Interessierte zuerst, wenn er sich auf der gut strukturierten Internetseite über die Lungenliga Schweiz informieren möchte. Die nicht gewinnorientiert arbeitende Organisation versteht sich übrigens eher als Fachdenn als reine Patientenorganisation. Sie bildet eine Einheit, bestehend aus den Lungenligen der einzelnen Schweizer Kantone, aus deren Beratungsstellen, und einem Dachverband in Bern, der die Aktivitäten der Ligen koordiniert.

Sie ist die älteste Hilfsorganisation für Lungenkranke in der Schweiz und wurde 1903 unter dem Namen „Schweizerische Zentralkommission gegen die Tuberkulose“ gegründet. Damals bekämpfte sie die sich in den Städten rasch ausbreitende Tuberkulose. Als die Zahl der an Tuberkulose Erkrankten in der Schweiz seit den 60er-Jahren stark rückläufig war und andere Lungenkrankheiten wie Asthma, chronische Bronchitis, Lungenemphysem und allergische Erkrankungen der Atemwege zunahmen, wurden die Tätigkeiten erweitert.

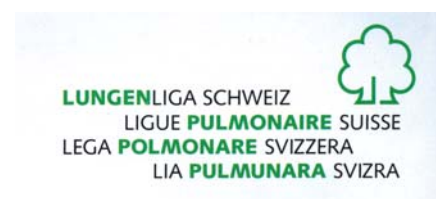
Im Jahr 1998 professionalisierte die Organisation ihre Strukturen, indem sich die Ligen unter dem Dach der „Lungenliga Schweiz (LLS)“ enger zusammenschlossen. Die Organisation stützt sich auf eine leistungsfähige Struktur haupt-

amtlich Tätiger und fördert deren Zusammenarbeit in ideeller und administrativer Hinsicht. Präsident der Lungenliga ist seit dem Jahr 2004 Herr Dr. Otto Piller aus Alterswil/FR.

### **Zusammenarbeit mit anderen Organisationen wird groß geschrieben - auch auf internationaler Ebene**

Die Lungenliga Schweiz arbeitet eng mit der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP), der Fachgesellschaft für Lungenfachärzte, zusammen. Damit die Lungenligen – ergänzend zur Instruktion der Ärzte – in allen Regionen Asthma-Patientenschulungen anbieten können, haben die Lungenliga und die SGP gemeinsam Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die Mitarbeiter der Lungenligen entwickelt. Patienten sollen nach einheitlichen Richtlinien einzeln oder in Gruppen beraten oder geschult werden.

Auch ist die Lungenliga Trägerin der von ihr 1997 gegründeten Genossenschaft LOX-Flüssigsauerstoff: Die Genossenschaft bezweckt die gesamtschweizerische, qualitativ einwandfreie Versorgung der Patienten mit Flüssigsauerstoff. Die Lungenliga bietet für Sauerstoffpatienten zudem medizinisch betreute Ferienreisen an.



Darüber hinaus arbeitet die Lungenliga eng mit verwandten Organisationen zusammen, z. B. der Krebsliga, der Arbeitsgemeinschaft für Tabakprävention (AT) oder der Stiftung „aha!- Allergie, Haut und Asthma“. Die schweizerische Elternvereinigung für asthma- und allergiekrankte Kinder (SEAAK) wurde in diesem Jahr in die Lungenliga integriert.

Weiterhin engagiert sich die Lungenliga Schweiz aktiv in Ländern, in denen Betroffene dringend Hilfe benötigen – z. B. in Benin (West-Afrika) oder in Osteuropa zwecks Tuberkulosebekämpfung. Sie ist Mitglied bei der Internationalen Union gegen die Tuberkulose und Lungenkrankheiten (UICTMR) und der Europäischen Vereinigung der Asthma- und Allergie-Organisationen (EFA).

### **Lungentelefon und Luftholtage - aktuelle Kampagnen der Lungenliga**

Aktuelle Schwerpunkte der Arbeit der Lungenliga Schweiz sind neben der Vermietung und dem Verkauf von Atemhilfsgeräten, die Tabakprävention, die



Verbesserung der Innen- und Außenluft sowie die Allergie- und Infektionsprävention. Darüber hinaus betreibt die Lungenliga die gesamtschweizerische Umsetzung des Gedankens der Selbsthilfe für Atemwegserkrankte.

Erwähnenswert ist ein neuer kostenloser Dienst der Lungenliga Schweiz, das so genannte „Lungentelefon“: Einmal in der Woche beantworten hier unter einer

Hotline-Nummer Ärzte Fragen zu Lunge und Atemwegen.

Unter dem Motto „Luftholtage – Ferien für Atembehinderte und Lungenkranke“ wurden im letzten Jahr zwei Reisen durchgeführt. Von den Teilnehmern wurde nicht nur der wohltuende Effekt der Meeresluft geschätzt, sondern auch die Geselligkeit, das Angebot zur Atemgym-

nastik und die Gesprächsrunden zu Alltagsfragen.

Gemeinsam mit 28 anderen Organisationen nahm die Lungenliga im Mai 2005 an der nationalen Tabakpräventionskampagne des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit (BAG) in Bern teil. Diese griff erneut das aktuelle Thema Passivrauchen auf. Inzwischen weiß die große Mehrheit der Schweizer Bevölkerung (67%) über die Gefahren des Passivrauchens Bescheid. Dies belegt eine An-



fang dieses Jahres veröffentlichte Erhebung des BAG. Die Kampagne will dazu motivieren, sich auch am Arbeitsplatz für rauchfreie Luft einzusetzen.

Darüber hinaus fanden anlässlich des diesjährigen Weltasthma-Tages viele regionale Aktivitäten der Schweizer Lungenligen statt. Beispielsweise konnten Passanten in Bern am Stand des „Luftibus“ einen kostenlosen Lungenfunktionstest durchführen lassen oder in Zürich an einem Ballonwettbewerb teilnehmen und sich über Asthma und Allergien informieren. Diese Aktion fand in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital und dem Universitätsspital sowie der SEAAK und der Stiftung Aha! statt.

**Kommunikation und Information**  
Zeitschrift der Lungenliga Schweiz ist das sechsmal pro Jahr erscheinende Magazin vivO2 (ehemals „inspiration“). Das Informationsmagazin wendet sich an Patientinnen und Patienten, Mitglieder und Förderer der Lungenliga. Jede Nummer enthält ein Schwerpunktthema und aktuelle Informationen, Tipps und Anregungen rund um das Thema Atembehinderung und Lungenkrankheiten.

Weiterhin hält die Lungenliga informative und praxisbezogene Broschüren zu aktuellen Themen bereit. So gibt es neben den Broschüren zu den einzelnen Krankheitsbildern wie Asthma, COPD, Tuberkulose, cystische Fibrose und Heimbeatmung auch Broschüren zu Präventionsthemen wie Passivrauchen und Luftverschmutzung. Mit der Broschüre «Aufatmen. Besser atmen, besser leben mit einer Atemwegserkrankung – 100 Alltagstipps» werden jene Fragen und Probleme thematisiert, die Betroffene von Atembehinderungen beim Arzt oder bei anderen Fachpersonen häufig nicht anzusprechen wagen. Die Broschüren können über die Lungenliga bestellt werden und sind gratis erhältlich.

#### Kontakt

Lungenliga Schweiz  
Südbahnhofstrasse 14c  
Postfach  
CH-3000 Bern 14  
Telefon /-fax (0041) 031 378 20 50 /-51  
Mail: [info@lung.ch](mailto:info@lung.ch)  
Homepage: [www.lung.ch](http://www.lung.ch)

## Interview mit Corinne Zosso, Geschäftsführerin des Dachverbandes, Lungenliga Schweiz

**Liga-Journal:** Frau Zosso, Atemwegserkrankungen sind weltweit auf dem Vormarsch. Welche Themen im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen beschäftigen die Schweizer Bürger besonders?

**Frau Zosso:** Die aktuellen Krankheitsthemen in der Schweiz sind Asthma, COPD, chronische Bronchitis und Schlafapnoe. Selbstverständlich beschäftigen die Schweizer Bürger vor allem aber auch Präventionsfragen. So sind Themen wie Passivrauchen und Luftverschmutzung zentrale Fragestellungen.

**Liga-Journal:** Wie ist die Lungenliga Schweiz strukturiert?

**Frau Zosso:** Die Lungenliga Schweiz ist ein Verein, dessen Mitglieder die 24 kantonalen Ligen sind. Ein Kollektivmitglied ist die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie (SGP). Diese Organisation – deren Mitglieder die Lungenfachärzte sind – ist sozusagen unser „medizinisches Gewissen“. Die Lungenliga Schweiz und die SGP sind gegenseitig in ihren Vorständen vertreten und haben einen sehr regen Austausch. Die kantonalen Ligen kümmern sich um die Beratung und Betreuung unserer ca. 60.000 Patientinnen und Patienten.

**Liga-Journal:** Die Lungenliga Schweiz ist auch in der Prävention von Atemwegserkrankungen aktiv. Können Sie uns beispielhaft ein Projekt nennen?

**Frau Zosso:** Wir sind sehr aktiv im Bereich der Tabakprävention. Dort führen wir verschiedene Projekte durch. Ein Ziel der Lungenliga Schweiz ist, dass der Bundesrat die WHO-Rahmenkonvention ratifiziert. Dafür setzen wir uns politisch stark ein. Wir sind sehr engagiert und starten in den einzelnen Kantonen verschiedene Initiativen und Petitionen. Wir haben jetzt gerade einen Tabaklobbyisten angestellt, der im Februar 2006 die Arbeit aufnimmt, und vor allem die Aufgabe hat, sich um die politischen Anliegen im Hinblick auf diese FCTC-Ratifizierung zu kümmern. Weitere Ziele



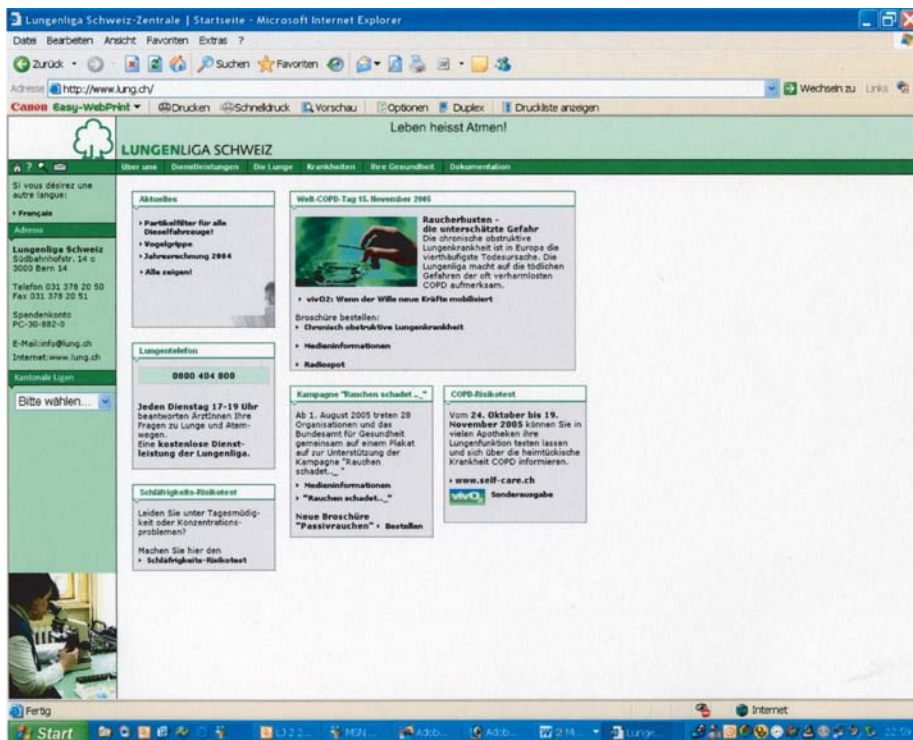
Corinne Zosso

sind die Einführung eines Tabakwerbeverbotes, die Einrichtung rauchfreier Zonen, inklusive Restaurants, und auch Preiserhöhungen.

Zusätzlich führen wir Projekte in der Verhaltensprävention: beispielsweise das Projekt „Kinder vor Passivrauch schützen“. Das ist ein Projekt, welches zum Ziel hat, Kleinkinder vor dem Passivrauch, vor allem in der Familie zu schützen. Weiterhin führen wir ein Projekt zusammen mit der Krebsliga Schweiz und der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention (AT), „Die Ärztliche Rauchentwöhnung“. Hier werden die Ärzte geschult, so dass sie den Patientinnen und Patienten einen Rauchstopp besser empfehlen können.

**Liga-Journal:** In den Leitlinien der Lungenliga wird die Wichtigkeit der Hilfe zur Selbsthilfe bei Patienten mit Atemwegserkrankungen betont. Wie werden bei Ihnen Patienten zur Selbsthilfe befähigt?

**Frau Zosso:** Die kantonalen Ligen führen viele Selbsthilfegruppen. Es ist ja so, dass die klassische Selbsthilfegruppe sich selbst trifft und selbst steuert. Bei uns



gibt es aber auch Selbsthilfegruppen, die von einer Fachperson der kantonalen Liga begleitet werden. Dies ist zum Beispiel für Sauerstoffpatienten sehr wichtig, weil von ihnen selten jemand noch so viel Kraft und Energie hat, eine Gruppe zu leiten. Dort werden dann z. B. Vorträge zu aktuellen Themen organisiert oder auch gemeinsame Anlässe geplant, beispielsweise Treffen der Mitglieder zu einem Kaffee oder gemeinsame Ausflüge, da viele Mitglieder der Gruppen durch ihre Krankheit sozial isoliert sind.

**Liga-Journal:** Welchen Stellenwert hat die Patientenschulung in der Schweiz? Was bietet die Lungenliga dazu an?

**Frau Zosso:** Wir sind im Bereich der Asthma-Patientenschulung sehr aktiv. Hier arbeiten wir eng mit der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP) zusammen. Wir haben ein Schulungskonzept erarbeitet und sind dabei, bereits in diesem Jahr und schwerpunktmäßig im nächsten Jahr regionale Patientenschulungen zu Asthma-Themen anzubieten. Parallel sind wir im Kontakt mit den Krankenkassen zur Übernahme der Finanzierung und machen eine Begleitstudie, um die ersten drei Projektjahre wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren.

**Liga-Journal:** Welche Rolle spielt der Lungensport in der Schweiz?

**Frau Zosso:** Es gibt z. B. Kurse unter dem Namen „Atmen und Bewegen“. Dies sind Kurse, in denen Atempädagoginnen und Atempädagogen mit den Patienten Atemübungen durchführen. Außerdem finden Schwimmkurse für asthmakranke Kinder statt. Spezielle Angebote gibt es auch in den einzelnen Ligen. Ein Beispiel sind die „Power Lungs“, das sind Ruderkurse für asthmakranke Jugendliche. Für stärker erkrankte Personen wird von einigen kantonalen Ligen die ambulante pulmonale Rehabilitation angeboten.

**Liga-Journal:** Welche publikumswirksamen Kampagnen planen Sie zukünftig?

**Frau Zosso:** Wir machen regelmäßige Kampagnen zu den „Gesundheits-Welt-Tagen“: Dies sind: der „Welt-TB-Tag“, der „Welt-Asthma-Tag“, der „Welt-COPD-Tag“ und der „Welt-Tag ohne Tabak“ am 31. Mai. Außerdem sind wir immer im Januar im Bereich des „Schlafapnoe-Syndroms“ aktiv. Ein weiterer Bereich, wo wir uns in Zukunft vermehrt engagieren werden, ist das Thema „Luftverschmutzung“. Dazu haben wir jetzt erstmals eine Broschüre herausgegeben und auch einen Newsletter unserer Zeitschrift diesem Thema gewidmet. Das Thema „Luftverschmutzung“ wird sicher auch ein Bereich sein, in dem wir zukünftig Kampagnen mit anderen Organisationen lancieren werden.

**Liga-Journal:** Seit diesem Jahr gibt es in der Schweizer Lungenliga das so genannte „Lungentelefon“: hier können Patienten Fragen zu Atemwegserkrankungen stellen. Wie sind Ihre Erfahrungen mit dem Lungentelefon?

**Frau Zosso:** Es ist für uns sehr hilfreich, weil wir immer viele medizinische Anfragen von Betroffenen haben, sei dies per Mail oder auch telefonisch. Wir arbeiten zwar eng mit den Ärzten zusammen, haben aber keinen Mediziner fest im Hause angestellt. Jetzt können wir die Patientinnen und Patienten auf das Lungentelefon verweisen. Es gibt mehrere Anrufe pro Woche, wobei das Lungentelefon immer zwei Stunden auf Deutsch und zwei Stunden auf Französisch bedient ist. Ende des Jahres wollen wir eine Evaluation durchführen und genau analysieren, wie die Nutzung ist.

**Liga-Journal:** Wir in Deutschland bewundern ja, dass Sie Ihr Engagement im Grunde nicht nur in zwei, sondern sogar in drei Sprachen durchführen. Wie bewältigen Sie diese Aufgabe?

**Frau Zosso:** Das ist oft sehr schwierig und ist ein grosser Aufwand – wir produzieren alles sicher in zwei Sprachen, aber oft auch in drei Sprachen. Beispielsweise gibt es jede Broschüre dreisprachig. Französisch spricht etwa ein Drittel der Schweizer Bevölkerung, Italienisch wird nur im Kanton Tessin gesprochen.

**Liga-Journal:** Ist es auch für deutsche Urlauber möglich, in der Schweiz Kontakt zur Lungenliga aufzunehmen? An wen wendet sich der Interessierte?

**Frau Zosso:** Es kommt dabei darauf an, was das Bedürfnis des Kontaktierenden ist: Wir als Dachorganisation sind für Information und Prävention zuständig. Auf unserer Homepage können unsere Broschüren bestellt werden; diese sind alle gratis bei uns erhältlich. Wenn eine ganz konkrete Anfrage besteht: z. B. wenn jemand irgendwo in den Ferien ist und Probleme hat mit einem Gerät, kann sich diese Person jederzeit an eine örtliche Lungenliga wenden.

**Liga-Journal:** Frau Zosso, wir bedanken uns ganz herzlich für das interessante Interview und wünschen Ihnen und der Lungenliga Schweiz alles Gute für die weitere Arbeit.

## Impressum

### Herausgeber

Deutsche Atemwegsliga e. V.  
Im Prinzenpalais: Burgstraße  
33175 Bad Lippspringe  
Telefon 05252 – 933 615  
Fax 05252 – 933 616  
e-mail:  
Atemwegsliga.Lippspringe@t-  
online.de  
internet: www.atemwegsliga.de

### Redaktion

Dr. Uta Butt (Koordinatorin der  
Deutschen Atemwegsliga)  
Albrecht Habicht (iKOMM)  
Ina Klemke (iKOMM)  
Dr. Ulrich Kümmel (iKOMM)  
Dr. Gabriele Vogels-Scheele  
(iKOMM)

Vi.S.d.P: Dr. Uta Butt

### Konzept und Realisierung

iKOMM • Information und Kom-  
munikation im Gesundheitswesen  
GmbH, Bonn

Namentlich gekennzeichnete Beiträ-  
ge geben in erster Linie die Auffas-  
sung der Autoren und nicht in jedem  
Fall die der Redaktion wieder. Nach-  
druck – auch auszugsweise – nur mit  
schriftlicher Genehmigung der  
Deutschen Atemwegsliga

### Bildnachweis

Titelbild: Bonn Rheinaue  
Sämtliche Bilder iKOMM GmbH,  
Bonn mit Ausnahme von

Seite 2 oben:  
CCN CongressCenter Nürnberg,

Seite 2 rechts und unten:  
Congress- und Tourismuszentrale  
Nürnberg,

Seite 6 rechts:  
Department of Health and Human  
Services, Centers for Disease Control  
and Prevention (CDC), USA, C.  
Goldsmiths, J. Katz, S. Zaki

Seite 11: privat

Seite 17: privat

## Bericht vom Deutschen Lungentag 2005

„Atemnot“ – das war das Motto des 8. Deutschen Lungentages, der dieses Jahr am 24. September stattfand. Atemnot ist ein Gefühl, welches beinahe jeder schon einmal verspürt hat und daher intuitiv versteht. Beim diesjährigen Lungentag wurden schwerpunktmäßig verschiedene Erkrankungen thematisiert, die zur Atemnot führen, wie beispielsweise Asthma oder COPD.



Prof. Karl-Christian Bergmann, Berlin,  
Vorsitzender des Vereins „Deutscher  
Lungentag e. V.“

Nicht anders als in den vergangenen Jahren war auch der diesjährige Lungentag ein äußerst facettenreiches Ereignis: Die bundesweiten Veranstaltungen umfassten nicht nur Informationsstände, Vorträge und Fortbildungen in Kliniken, Praxen und Reha-Einrichtungen, es fanden ebenso an zahlreichen öffentlichen Orten Podiumsdiskussionen, Ausstellungen, „Tage der offenen Tür“ und viele weitere Aktivitäten statt. 194 Veranstalter meldeten in diesem Jahr ihre Aktionen dem Koordinationsausschuss in Bad Lippspringe. Dazu gehörten Aktionen an Kliniken (47), von Ärzten (45), Apotheken (13), Krankenkassen (18), Gesundheitsämtern (8), und Pharmafirmen (68), aber auch Patientenorganisationen (27), Lungensportgruppen (20) und viele andere mehr. Sie alle boten den Besuchern vielfältige Informationen zum Thema „Atemnot“ – nicht selten gingen

die Informationsangebote weit über das Kernthema hinaus.

Stellvertretend für viele andere Ereignisse sei hier vom 8. Lungentag in der Lungenklinik Ballenstedt im Harz berichtet. Die Veranstaltung umfasste zum einen den Tag der offenen Tür in der Klinik mit Vorträgen zum Thema Atemnot und zur Hospiz- und Palliativarbeit der Klinik. Besucher hatten die Möglichkeit, an Führungen durch die Klinik teilzunehmen, um beispielsweise die Schlaflabore und andere medizinische Stationen einschließlich des Intensivbereiches zu besichtigen. Zum anderen konnte der Besucher einen gründlichen Gesundheitscheck durchführen lassen: Dabei wurden nicht nur Sauerstoffsättigung und Lungenfunktion, sondern auch Blutdruck und Herzfrequenz berücksichtigt. Auch wurde eine Raucherberatung angeboten. An zahlreichen Informationsständen ganz unterschiedlicher Anbieter war viel Wissenswertes zu erfahren: Das örtliche Wolterstorff-Gymnasium präsentierte beispielsweise eine Posterausstellung zum Thema „Rauchen und Gesundheit“ und es fand eine Ausstellung von Apotheken, Krankenkassen und der Pharmaindustrie statt. Mittags konnte die Veranstaltung „Atemtherapie zum Mitmachen“ besucht werden. Sogar die Kultur kam an diesem Tag nicht zu kurz: Schon morgens sorgten Gospels für eine Einstimmung der Besucher, nachmittags spielte eine Laiengruppe, und viele Überraschungen für Kinder sorgten für gute Laune.

Der 9. Deutsche Lungentag wird im nächsten Jahr am 23. September unter dem Motto „Sekundenluft“ stattfinden. Der Deutsche Lungentag suchte gemeinsam mit Journalisten eine allgemein verständliche Übersetzung des Lungenfunktionsparameters „FEV<sub>1</sub>“, um die breite Öffentlichkeit besser aufklären zu können. Aus zahlreichen Einsendungen ging der Begriff „Sekundenluft“ als Sieger hervor. Dieser Begriff soll es in Zukunft den Patienten erleichtern, ihren Arzt auf eine Prüfung der Lungenfunktion anzusprechen.

Weitere Informationen zum Deutschen Lungentag erhält der Interessierte im Internet unter [www.lungentag.de](http://www.lungentag.de).

## Termine 1. Halbjahr 2006

18. - 19. Februar 2006	<b>Frankfurt</b>	<b>Refresher-Kurs für Übungsleiter Lungensport</b> AG Lungensport in Deutschland e. V. Programm: <a href="http://www.lungensport.org">www.lungensport.org</a> , Kontakt: <a href="mailto:lungensport@onlinehome.de">lungensport@onlinehome.de</a>
3. - 8. März 2006	<b>Miami Beach USA</b>	<b>62nd Annual Meeting of the American Academy of Allergy, Asthma and Immunology (AAAAI)</b> Programm: <a href="http://www.aaaai.org">www.aaaai.org</a> , Kontakt: <a href="mailto:info@aaaai.org">info@aaaai.org</a>
23. - 25. März 2006	<b>Frankfurt</b>	<b>28. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP)</b> Programm: <a href="http://www.gpp2006.ikomm.info">www.gpp2006.ikomm.info</a> Kontakt: <a href="mailto:gpp2006@ikomm.info">gpp2006@ikomm.info</a>
29. März - 1. April 2006	<b>Nürnberg</b>	<b>47. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP)</b> Information: <a href="http://www.dgp2006.de">www.dgp2006.de</a>
31. März - 1. April 2006	<b>Nürnberg</b>	<b>Train-the-Trainer-Seminar zur ambulanten Schulung von Asthma-Patienten</b> im Rahmen des Jahreskongresses der DGP Information und Anmeldung: <a href="mailto:atemwegsliga.lippspringe@t-online.de">atemwegsliga.lippspringe@t-online.de</a>
8. - 12. Mai 2006	<b>Berlin</b>	<b>Ausbildung zum Übungsleiter Lungensport</b> AG Lungensport in Deutschland e. V. Programm: <a href="http://www.lungensport.org">www.lungensport.org</a> , Kontakt: <a href="mailto:lungensport@onlinehome.de">lungensport@onlinehome.de</a>
19. - 24. Mai 2006	<b>San Diego USA</b>	<b>102nd International Congress of the American Thoracic Society (ATS)</b> Programm: <a href="http://www.thoracic.org">www.thoracic.org</a> Kontakt: <a href="mailto:drichardt@thoracic.org">drichardt@thoracic.org</a>
20. Mai 2006	<b>Ludwigshafen</b>	<b>Deutscher Allergie- und Asthmatag</b> Programm: <a href="http://www.daab.de">www.daab.de</a> Kontakt: <a href="mailto:info@daab.de">info@daab.de</a>
29. Mai - 2. Juni 2006	<b>Duisburg</b>	<b>Ausbildung zum Übungsleiter Lungensport</b> AG Lungensport in Deutschland e. V. Programm: <a href="http://www.lungensport.org">www.lungensport.org</a> , Kontakt: <a href="mailto:lungensport@onlinehome.de">lungensport@onlinehome.de</a>
10. - 14. Juni 2006	<b>Wien Österreich</b>	<b>XXV. Congress of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology (EAACI)</b> Programm: <a href="http://www.congrex.com/eaaci2006">www.congrex.com/eaaci2006</a> Kontakt: <a href="mailto:congrex@congrex.se">congrex@congrex.se</a>
15. -18. Juni 2006	<b>Kopenhagen Dänemark</b>	<b>29th European Cystic Fibrosis Conference</b> Programm: <a href="http://www.europeanconference.org">www.europeanconference.org</a> Kontakt: <a href="mailto:ecfs2006@ics.dk">ecfs2006@ics.dk</a>
22. - 25. Juni 2006	<b>Bad Reichenhall</b>	<b>38. Kolloquium Bad Reichenhaller Forschungsanstalt</b> Wiss. Leitung + Organisation: Prof. Dr. Rainer W. Hauck, Telefon: 08651/772-401
23. - 24. Juni 2006	<b>Bad Reichenhall</b>	<b>Train-the-Trainer-Seminar zur ambulanten Schulung von Asthma-Patienten</b> im Rahmen des Bad Reichenhaller Kolloquiums Information und Anmeldung: <a href="mailto:atemwegsliga.lippspringe@t-online.de">atemwegsliga.lippspringe@t-online.de</a>