

Liga-Journal 1/2007



DGP-Kongress 2007
in Mannheim

COPD-Leitlinie 2007

Atemphysiotherapie
und körperliches
Training

Praktische Hilfe-
stellungen für
Patienten

Allergien im
Kindesalter

Serie
Europäische
Patienten-
organisationen:
Astma Fonds
Niederlande



Deutsche Atemwegsliga e.V.



Prof. Dr. med. H. Worth, Fürth

Liebe Leserinnen und Leser,

der diesjährige Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin war wieder eine wichtige Plattform für den wissenschaftlichen Austausch und Diskussionen zu nahezu allen Themen des Fachgebietes Pneumologie. Wie auch in den letzten Jahren nahm die COPD in dem umfassenden Angebot aus Wissenschaft und Fortbildung eine wichtige Position ein. Vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Diskussion über ein generelles Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen und v. a. in der Gastronomie müssen die Pneumologen einmal mehr auf die fatalen Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit der Lunge und den gesamten menschlichen Organismus hinweisen. Mehrere Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer COPD, die bekanntermaßen zu mehr als 90 % durch das Rauchen verursacht wird.

In diese Diskussion passt die neue COPD-Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse haben eine Aktualisierung der COPD-Leitlinie erforderlich gemacht. Die neue Leitlinie wurde in Mannheim im Rahmen der Pressekonferenz der Deutschen Atemwegsliga „Pneumologie aktuell: die COPD-Leitlinie 2007“ vorgestellt. Die nicht medikamentöse Therapie nimmt in der neuen Leitlinie eine besondere Position ein. Dabei stellt körperliches Training, das am besten evaluierte nicht medikamentöse Therapieverfahren dar. Körperliches Training wird in der Langzeittherapie der COPD ab Schweregrad II (mittelgradige COPD) neben der medikamentösen Therapie empfohlen. Außerdem konnte in neueren Untersuchungen gezeigt werden, dass bei Patienten mit COPD die Selbstkontrolle der Erkrankung und die Lebensqualität gesteigert, die Zahl akuter Exazerbationen reduziert

und Krankheitskosten vermindert werden können, wenn sie an einer strukturierten Patientenschulung teilnehmen. Als Schulungsprogramm wird in Deutschland das COBRA-Programm empfohlen, das über die Deutsche Atemwegsliga verbreitet wird. Ein neues „Begleitbuch“ zum Schulungsprogramm mit dem Titel „Meine COPD habe ich im Griff“ (s. S. 7) rundet das Konzept von COBRA ab.

Für Patienten mit COPD stellen wir in diesem Liga-Journal und in den folgenden Ausgaben einige Hilfestellungen, wie z. B. Atemübungen, atemerleichternde Körperstellungen und physiotherapeutische Hilfsmittel vor, die den Umgang mit der Erkrankung COPD erleichtern sollen (s. S. 12).

Prof. Dr. H. Worth

Vorsitzender der Deutschen Atemwegsliga



DGP Kongress 2007 in Mannheim - Fortbildung im Quadrat

Die 48. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin fand in diesem Jahr in der Zeit vom 14. – 17. März im Congress-Centrum-Rosengarten in Mannheim statt. In der Historie der Fachgesellschaft wurden die Jahrestagungen stets am Ort des Kongresspräsidenten ausgerichtet. Pragmatische Gründe sprachen jedoch dafür, den Kongress von der Saar in das zentral gelegene Mannheim zu verlegen.

Mannheim ist vielseitig, bietet eine hervorragende Bildungslandschaft und ist das Zentrum der Metropolregion Rhein-Neckar. Quadrate spielen in der Stadtplanung eine große Rolle: Die Innenstadt ist in Quadrate unterteilt. So findet man das Rathaus z. B. in E5. Eine Besonderheit, die diese Stadt einmalig macht.

Prof. Sybrecht stellte den Kongress unter das Motto: „La science c'est des rencon-

tres“, „Wissenschaft ist Begegnung“. Und es gab vielfältige Austauschmöglichkeiten und Begegnungen für die rund 2.700 Kongressteilnehmer. In über 400 Einzelveranstaltungen – Vorträge, Workshops, Seminare, Symposien – konnten sich die Teilnehmer aus Klinik, Praxis und Forschung über aktuelle Entwicklungen den Fachbereichen „Pneumologie“ und „Beatmungsmedizin“ informieren.

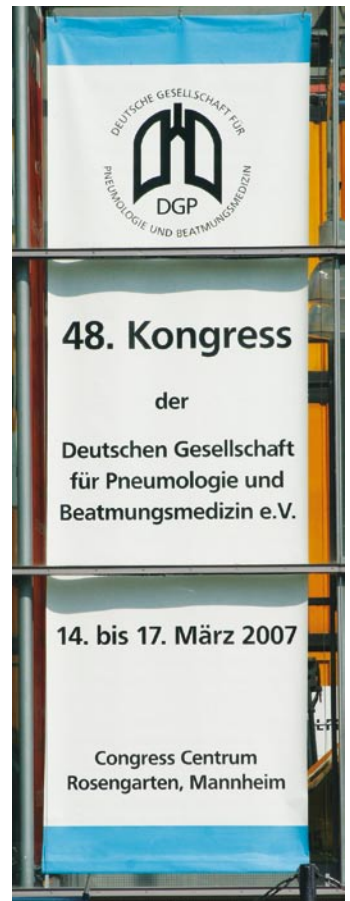
Das Themenspektrum umfasste Grundlagenforschung, schlafbezogene Atmungsstörungen, erregerbedingte Erkrankungen (Tuberkulose), Lungenkrebs sowie die COPD. Nach Meinung der Experten leiden 10 – 15 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland an einer COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) und es wird weltweit eine rasante Zunahme prognostiziert.

Die Deutsche Atemwegsliga hat sich auch in diesem Jahr wieder aktiv an der Programmgestaltung beteiligt. Neben einer Vielzahl von Vorträgen der Vorstandsmitglieder der Atemwegsliga konnten sich Ärzte und Praxismitarbeiterinnen im Rahmen eines Train-the-trainer Seminars mit dem Schulungsprogramm COBRA auf die Schulung von COPD-Patienten in der Praxis vorbereiten. Nach Einführung des Disease Management Programms Asthma und COPD in den meisten Bundesländern erhält die Patientenschulung eine gewichtigere Bedeutung, was sich in wachsenden Teilnehmerzahlen bei den Seminaren zeigt (lesen Sie hierzu den Beitrag auf Seite 6).

Weiterhin veranstaltete die DGP in Zusammenarbeit mit der Atemwegsliga ein spezielles Patientenforum. Den Besuchern dieser Veranstaltung sollte auf allgemein verständliche Weise der Husten als wichtige Manifestation etlicher Atemwegs- und Lungenkrankheiten näher gebracht werden. Wann ist Husten banal und wann ein Warnsignal für eine ernste Erkrankung? Im Rahmen dieses Forums betonte Prof. Worth die Bedeutung des Lungensports für Patienten mit Atemwegserkrankungen.

Auch für die medizinische Fachpresse hatte die Atemwegsliga Neuigkeiten. „Pneumologie aktuell: Die COPD Leitlinie 2007“ war der Titel einer Pressekonferenz. Hierin berichteten Prof. Vogelmeier und Prof. Worth über die aktuelle Neufassung der COPD-Leitlinie (s. S. 5).

Im kommenden Jahr können die Kongressbesucher Aktuelles aus der Pneumologie in frischer Ostseeeluft erfahren. Prof. P. Zabel aus Borstel lädt zur 49. Jahrestagung der DGP in die Hansestadt Lübeck ein. Interessenten sollten sich den 9. – 12. April 2008 bereits vormerken.



Kongress-Centrum Rosengarten, Mannheim

COPD: Zahlen und Fakten

Unter dem Begriff COPD werden die beiden Erkrankungen „Chronische Bronchitis“ und „Lungenemphysem“ zusammengefasst. Die Abkürzung COPD steht für den englischen Begriff Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Die COPD ist weltweit Hauptursache für chronische Morbidität und Mortalität. Viele Menschen leiden über Jahre hinweg an einer COPD und sterben frühzeitig an der Folgen der Erkrankung. Die COPD ist vermutlich weltweit die vierthäufigste Todesursache¹. Experten erwarten, dass die COPD und die durch diese Erkrankung verursachte Sterblichkeit weiter zunehmen.

Eine chronische Bronchitis liegt nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor, wenn in mindestens zwei aufeinander folgenden Jahren über einen Zeitraum von wenigstens drei Monaten Husten und Auswurf bestehen. Die chronische Bronchitis verursacht aufgrund entzündlicher Veränderungen in den peripheren Bereichen der Lunge eine Einschränkung des Atemflusses. Gleichzeitig oder im Verlauf der COPD wird darüber hinaus die Struktur des Lungengerüsts zerstört (Lungenemphysem). Die Anteile beider Vorgänge können von Patient zu Patient variieren. Die Folgen sind jedoch immer Atemnot und eine Minderung der Leistungsfähigkeit der Betroffenen. Im fortgeschrittenen Stadium einer COPD kann die Atemnot sogar in Ruhe bestehen und zu einer massiven Einschränkung der Lebensqualität der Betroffenen führen.

Neuere Untersuchungen haben gezeigt, dass die COPD außer den entzündlichen Vorgängen in der Lunge eine Vielzahl krankhafter Prozesse außerhalb der Lunge zur Folge hat. Diese Entzündungsvorgänge führen im fortgeschrittenen Stadium zu Begleiterkrankungen wie z. B. Gewichtsverlust, Fehlfunktionen der Skelettmuskulatur, Herzinfarkt, Knochenschwund, Depressionen, Schlafstörungen u. a. Die COPD wird deshalb zwar immer noch primär als Lungenkrankheit verstanden, die den gesamten Organismus betreffenden Effekte und Begleiterkrankungen der COPD müssen aber bei Diagnose und Therapie berücksichtigt werden.

Der Verlauf der COPD ist variabel und nicht bei allen Betroffenen gleich. Generell gilt jedoch, dass die Krankheit fortschreitet, solange die Patienten den

Auslösern der Erkrankung fortdauernd ausgesetzt sind. Eine Vermeidung der Auslöser kann, selbst wenn deutliche Zeichen einer Atemflussbegrenzung vorliegen, zu einer Verbesserung der Lungenfunktion und einem geringeren Fortschreiten der Erkrankung führen. Die COPD und die damit verbundenen Begleiterkrankungen können jedoch nicht geheilt werden und müssen deshalb kontinuierlich behandelt werden.

Hauptauslöser der COPD ist das Zigarettenrauchen. Ein weiterer wichtiger Risikofaktor ist die Luftverschmutzung, die in manchen Ländern durch Verfeuerung von Holz oder sonstiger Biomasse entsteht. Auch Passivrauchen kann durch eine Erhöhung der Belastung durch Partikel und Gase zu Atemwegsbeschwerden und COPD führen. Die Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) betont deshalb in ihren unlängst erschienenen Empfehlungen zur Diagnose, Management und Prävention der

Zahlen und Fakten ^{2,3}

- COPD ist weltweit die vierthäufigste Todesursache.
- Die Häufigkeit der COPD variiert in den Ländern Europas zwischen 4 und 10 Prozent der erwachsenen Bevölkerung.
- Jährlich sterben in Europa zwischen 200.000 und 300.000 Menschen an den Folgen einer COPD.
- Experten vermuten, dass die COPD im Jahr 2020 dritthäufigste Todesursache sein wird.
- Hochrechnungen zufolge verursacht die chronische Bronchitis in Deutschland ca. 25 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage.
- Die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten der COPD liegen in Deutschland je nach Untersuchung zwischen 5,47 und 5,93 Milliarden Euro.
- Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass die COPD neben der Manifestation in der Lunge eine Vielzahl von Auswirkungen auf Herz, Kreislauf, Bewegungsapparat, Muskulatur, Stoffwechsel und Psyche zeigt, die zu Begleiterkrankungen führen.



COPD, dass es sich bei der COPD in der Regel um eine vermeidbare Erkrankung handelt⁴.

Die Deutsche Atemwegsliga hat ihre aus dem Jahr 2002 stammende Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) aufgrund der neuen Erkenntnisse überarbeitet. Entstanden ist ein 40-seitiges Werk mit über 350 Literaturzitate, das sich in erster Linie an den wissenschaftlich interessierten Arzt richtet. Um die wichtigsten Inhalte auch Ärzten in der Praxis kompakt zugänglich zu machen, entwickelt die Deutsche Atemwegsliga derzeit eine Kurzfassung sowie ein Leporello. Die Leitlinie wurde der medizinischen Fachpresse im Rahmen der Pressekonferenz „Pneumologie aktuell: die COPD-Leitlinie 2007“ am 15. März 2007 anlässlich des 48. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin in Mannheim vorgestellt (Bericht s. S.5 in diesem Heft). Die Veröffentlichung der neuen Leitlinie erfolgt in den nächsten Monaten in der Zeitschrift „Pneumologie“.

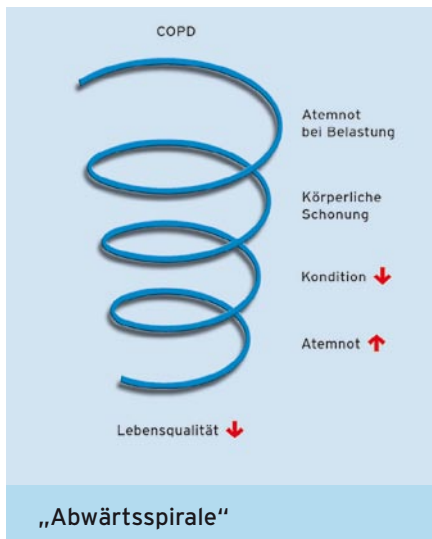
1 Bulletin of the World Health Organisation, 2001, 79 (10), 971 – 979

2 European Lung White Book – The First Comprehensive Survey on Respiratory Health in Europe, European Respiratory Journal Ltd., 2003 und Lunge und Gesundheit in Europ, European Lung Foundation / European Respiratory Society.

3 C. Vogelmeier et al., Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem. Pneumologie 2007, in press

4 Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2006, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

Pressekonferenz der Deutschen Atemwegliga beim DGP Kongress „Pneumologie aktuell: die COPD-Leitlinie 2007“



„Es war eine schwere Geburt, aber die Geburtswehen waren nach Fertigstellung der aktuellen Version der COPD-Leitlinie schnell vergessen.“ Mit diesen Worten eröffnete Prof. C. Vogelmeier, Marburg, die Pressekonferenz der Deutschen Atemwegliga beim Pneumologenkongress in Mannheim.

Grund für die dringend notwendige Aktualisierung der alten Leitlinie aus dem Jahr 2002 war nicht nur die Überarbeitung der internationalen Empfehlungen der Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Vielmehr hat sich nach Ansicht von Prof. Worth das Verständnis der Erkrankung COPD in wesentlichen Punkten verändert. Wie man heute weiß, geht die Atemwegsobstruktion bei der COPD mit einer abnormen Entzündungsreaktion einher, die sich auch in extrapulmonalen Effekten äußert, dazu gehören u. a.

- Kachexie
- Muskelschwäche
- Osteoporose
- kardiovaskuläre Erkrankungen

Neue diagnostische Möglichkeiten

Aus diesen Erkenntnissen lassen sich nach Prof. Vogelmeier neue diagnostische Möglichkeiten entwickeln, wie z. B. die Messung der Muskelkraft des Quadrizeps. Bei fortschreitender, durch die COPD bedingter Entzündung sterben Muskelzellen ab. Die nachlassende Muskelkraft

lässt sich durch die Muskelkraftmessung nachweisen. Die Muskelkraftmessung könnte zukünftig eine standardisierte Diagnosemethode werden.

Abweichend von der bisherigen Praxis verliert der FEV₁ als die wesentlich Hauptmessgröße der Obstruktion an Bedeutung. Die neue COPD-Leitlinie empfiehlt den multidimensionalen BODE-Index. Er umfasst die Parameter

- B body-mass-index
- O obstruction
- D dyspnoea
- E exercise capacity

Letztere wird durch den 6-Minuten-Geh-test bestimmt. Der BODE-Index erlaubt, so Prof. Vogelmeier im Rahmen der Pressekonferenz, eine wesentlich bessere Einschätzung der Mortalität als der FEV₁ alleine.

Therapie der COPD hat sich bewährt

Das Stufenschema der medikamentösen Therapie bleibt in der neuen Empfehlung nahezu unverändert, da es sich in der Praxis bewährt hat. Die Erfahrungen mit dem Einsatz langwirksamer Bronchodilatoren haben die Effektivität dieser Therapeutika klar herausgestellt. Inhalierbare

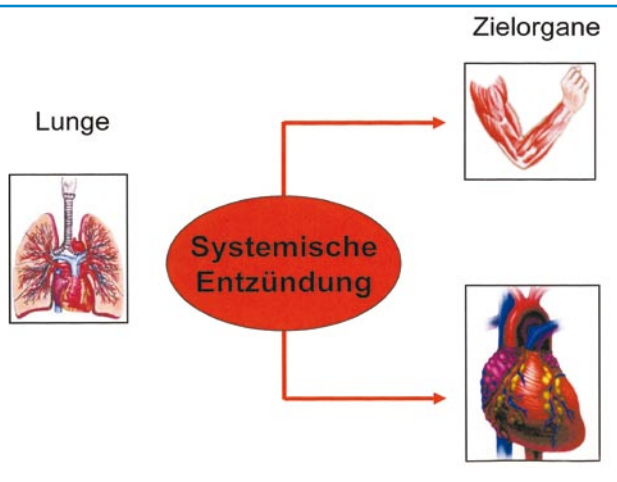
Steroide sollten bei der COPD erst bei einem FEV₁ unter 50 % des Sollwertes und mindestens einer steroid- und/oder antibiotika-pflichtigen Exazerbation pro Jahr verabreicht werden.

Lungensport - ein wesentlicher Baustein der Therapie

„Körperliches Training, wie z. B. der Lungensport, stellen das am besten evaluierte nicht medikamentöse Therapieverfahren dar“, betonte Prof. Worth vor den zahlreich erschienenen Journalisten in seinem Statement über die nicht medikamentöse Therapie der COPD. Aufgrund der Atemnot bewegen sich Patienten mit COPD weniger. Durch den Abbau der Muskulatur fühlen sich die Patienten noch schwächer. Es gilt, durch spezielles Training den Patienten aus dieser Abwärtsspirale zu befreien (s. Abb). Körperliches Training wird in der Leitlinie ab Schweregrad II (mittelgradige COPD) empfohlen. Auch die soziale Komponente der Bewegungstherapie trägt zum Wohlbefinden der Patienten bei. Prof. Worth wies darauf hin, dass sich in ambulanten, wohnortnahen Lungensportgruppen Kontakte und Freundschaften unter den Teilnehmern bilden können. Die Patienten fühlen sich nicht mehr allein mit ihrer Krankheit und gewinnen an Lebensqualität.



Teilnehmer der Pressekonferenz



(Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis mit und ohne Lungenemphysem (ambulant)) an. Neben einer gesteigerten Selbstkontrolle der Erkrankung und einer höheren Lebensqualität bewirkt die Schulung nachweislich eine Senkung der Krankheitskosten durch eine Abnahme ungeplanter Arztbesuche, Arbeitsunfähigkeitstage und Zahl der Exazerbationen.

Die nicht-invasive Beatmung gewinnt hingegen zunehmend an Bedeutung. Die Antibiotikagabe bei Exazerbationen sollte nach Ansicht der Experten strikter gehandhabt werden als in der Vergangenheit. Aufgrund der Gefahr von Resistenzbildungen sollte auf die Gabe von Antibiotika mit einem breiten Wirkspektrum in den meisten Fällen primär verzichtet werden. Bei Patienten mit mehr als drei Exazerbationen pro Jahr wird eine detaillierte Sputumdiagnostik gefordert.

Die neue COPD-Leitlinie soll dazu beitragen, das Betreuungsnetz für die Patienten zu stärken. In dieses Netzwerk sind alle Kooperationspartner eingebunden: Ärzte in Praxis und Klinik, Übungsleiter und Physiotherapeuten, sowie Sozialarbeiter und Psychologen. Die Deutsche Atemwegsliga hat mit der neuen COPD-Leitlinie die Basis für ein effektives Management der COPD geschaffen.

Patientenschulung senkt Behandlungskosten

Wie beim Asthma sollte die strukturierte Patientenschulung essentieller Bestandteil des Managements der COPD sein. Die Atemwegsliga bietet hierzu das einzige evaluierte Schulungsprogramm COBRA

Behandlung von Exazerbationen

Neuere Erkenntnisse haben auch eine Überarbeitung des Managements von Exazerbationen notwendig gemacht. Theophyllin hat nach Ansicht der Experten weiterhin an Bedeutung verloren.

Disease-Management-Programme und die Bedeutung der Patientenschulung

Die in Deutschland eingeführten Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit chronischen Krankheiten. Ziel der DMPs ist es, die Behandlung bestimmter chronischer Erkrankungen entsprechend dem allgemein anerkannten medizinischen Wissensstand zu gewährleisten. Dabei geht es um eine sektorübergreifende, also ambulant und stationär verzahnte und in ihrer Qualität wissenschaftlich gesicherte Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten, für deren Behandlung im Hinblick auf den gesamten Behandlungsablauf und die langfristigen Behandlungsergebnisse bzw. die Folgen der Erkrankung ein genereller Verbesserungsbedarf gesehen wird.

Spezielle DMPs für die Atemwegserkrankungen Asthma und COPD sind seit 2006 in einigen Bundesländern implementiert. Die inhaltliche Ausgestaltung der Behandlungsprogramme obliegt gemäß § 91,4 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Die DMPs sollen eine Therapie auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien (wie z. B. die neue COPD-Leitlinie der Atemwegsliga) sowie die Schulung der Patienten mit chronischen Erkrankungen sicherstellen.

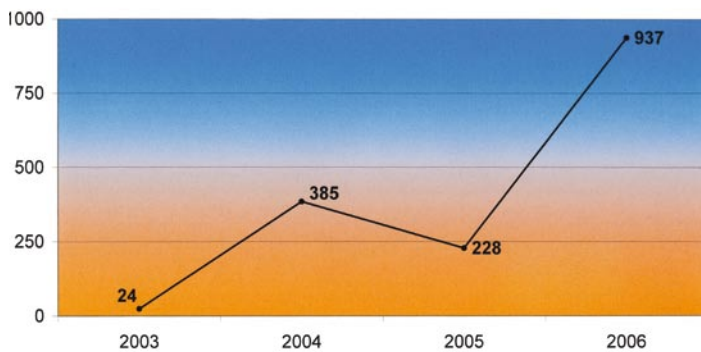
Damit wird die Bedeutung der Patientenschulung als wichtiger Bestandteil des Behandlungsregimes von Atemwegspatienten festgeschrieben. Patientenschulungen, die im DMP COPD zur Anwendung kommen, müssen strukturiert und zielgruppenspezifisch sein. Außerdem muss ihre Wirksamkeit in einer publizierten Evaluation nachgewiesen worden sein. Die Deutsche Atemwegsliga bietet mit dem ambulanten Schulungsprogramm COBRA für COPD-Patienten das derzeit einzige zugelassene Schulungsprogramm an.

Prof. Worth stellte anlässlich der Pressekonferenz zur COPD-Leitlinie im Rahmen des DGP Kongresses die Bedeutung der Patientenschulung heraus. Demnach verursachen geschulte Patienten weniger Arztbesuche, weniger Krankenhaustage, weniger Arbeitsunfähigkeitstage und gewinnen deutlich an Lebensqualität. Sein Fazit: Patientenschulung senkt auch die Krankheitskosten!

Nicht nur die Erarbeitung von Schulungsprogrammen, sondern auch die Trainerausbildung hat sich die Atemwegsliga zur Aufgabe gemacht. Train-the-trainer Seminare für Ärzte und Arzthelferinnen gehören mittlerweile traditionell zum Fortbildungsangebot der Atemwegsliga. Die Seminare finden meistens im Rahmen der pneumologischen Kongresse statt. Die stetig wachsenden Teilnehmerzahlen unterstreichen das große Interesse der niedergelassenen Ärzte und deren Mitarbeiterinnen an strukturierter Patientenschulung. Im Jahr 2003 startete die Atemwegsliga die Seminare mit nur 24 Teilnehmern insgesamt. Diese Zahl ist bis heute um den Faktor 40 gestiegen. 937 Teilnehmer haben im Jahr 2006 erfolgreich eine Trainerausbildung ab-



Teilnehmer
Train-the-trainer Seminare
COBRA



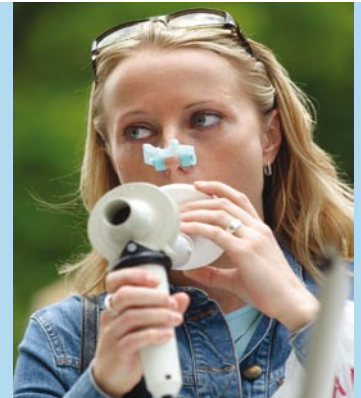
Entwicklung der Teilnehmerzahlen

solviert und im Jahr 2007 wird diese Zahl wohl noch überschritten werden. „Wir erhalten so viele Anmeldungen zu den Trainerseminaren mit COBRA wie nie zuvor“, bestätigt Frau Schmidtke von der Geschäftsstelle der Atemwegsliga.

Dass es dem Gemeinsamen Bundesausschuss Ernst mit der Umsetzung der DMPs ist, zeigen die Ausschlusskriterien, die dem Patienten bei der Einschreibung vorgelegt werden. Die Teilnahme am Behandlungsprogramm ist für den Patienten grundsätzlich freiwillig. Wer sich allerdings

nicht an die Anforderungen des Programms hält, kann auch wieder ausgeschlossen werden, z. B. wenn er innerhalb von 12 Monaten an zwei der veranlassenden Schulungen ohne plausible Begründung nicht teilnimmt.

Dieser Fall sollte eigentlich nicht eintreten, denn die Schulungen werden von engagierten Ärzten und Arzthefern durchgeföhrt. Außerdem ist die Schulung mit COBRA interaktiv und lebensnah aufgebaut.



Lungenfunktionsprüfung

Buchbesprechung des Begleitbuches zu COBRA „Meine COPD habe ich im Griff!“

Das moderne COPD-Management umfasst nicht nur die vom Schweregrad abhängende medikamentöse Therapie, sondern auch die Einbeziehung des Patienten in die Behandlung seiner Erkrankung. Entschließt sich ein Patient oder eine Patientin mit COPD zur Teilnahme an einer COBRA-Schulung, stellt dies einen wesentlichen Schritt zum besseren Umgang mit der Erkrankung dar. Allerdings muss das Gelernte auch nach der Schulung regelmäßig angewendet werden. Begleitend zum Schulungsprogramm COBRA hat die Atemwegsliga ein Buch für Patienten entwickelt, das die wesentlichen Schulungsinhalte zusammenfasst. Darüber hinaus versetzt das Buch „Meine COPD habe ich im Griff“ den Leser in die Lage, die Inhalte jederzeit wiederholen und die zahlreichen Ratschläge sinnvoll anzuwenden.

Schwerpunkte des Begleitbuches sind:

- COPD - was ist das?
- Der Weg zum rauchfreien Leben
- Selbstkontrolle der Erkrankung
- Richtig inhalieren
- Medikamentöse und nicht medikamentöse Therapie
- Körperliche Aktivität
- Was tun im Notfall?

In dem Patientenbuch werden der Nutzen körperlicher Betätigung und des Rauchstopps als Grundlage einer erfolgreichen

Behandlung anschaulich dargestellt. Ohne den erhobenen Zeigefinger werden dem Raucher zahlreiche Ratschläge an die Hand gegeben, wie er die Rauchentwöhnung sinnvoll angehen kann. Daneben erfährt der Leser, wie akute Verschlechterungen seiner Erkrankung erkannt und rechtzeitig behandelt werden können. Weiterhin werden Einsatz, Wirkweise und Nebenwirkungen der gängigsten Medikamente beschrieben. Eine vollständige Medikamentenliste und wichtige Kontaktadressen im Anhang runden das Informationsangebot des Buches ab.

Das Buch stellt eine gelungene Kombination aus verständlicher Aufklärung und praktischer Anleitung dar. Es verspricht dem Leser, er werde nach der Schulung seine Krankheit kontrollieren können und nicht umgekehrt, und es hält dieses Versprechen auch - allerdings ohne den Leser aus seiner Eigenverantwortung zu entlassen.

Die Autoren: Dr. med. C. Schacher ist Facharzt, Prof. Dr. med. H. Worth Chefarzt für Innere Medizin, beide am Klinikum Fürth. Die Autoren verfügen über umfassende Erfahrung im Bereich der Behandlung verschiedenster Atemwegserkrankungen. Darüber hinaus ist Prof. Dr. med. H. Worth langjähriger Vorsitzender der Deutschen Atemwegsliga e. V.

| | |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Titel | Meine COPD habe ich im Griff! Begleitbuch zu COBRA - Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Emphysem. Ambulantes Schulungsprogramm für COPD-Patienten |
| Autoren | Dr. med. Christian Schacher / Prof. Dr. med. Heinrich Worth |
| Verlag | Deutscher Ärzte-Verlag, Köln |
| Erscheinen | Februar 2007 |
| Einband | broschiert, mit 25 Abb. und 3 Tabellen |
| Bestellung | Einzel: (14,95 €) ISBN 978-3-7691-7095-5 Als Verbrauchsmaterial (10 Patienten): (89,95 €) ISBN 978-3-7691-7093-1 |



Atemphysiotherapie und körperliches Training: zwei verschiedene Bereiche?

von Dr. Oliver Göhl

Im ersten Teil der Serie „Stellenwert der Physiotherapie bei Atemwegserkrankungen“ wurden die Physiotherapie als nichtmedikamentöse Therapieoption definiert sowie Therapieinhalte und -ziele dargestellt. Angesichts z. T. verwirrender Überschneidungen in der Praxis erscheinen weitere Begriffsdefinitionen sowie eine Abgrenzung bzw. Zuordnung einzelner Techniken zum Bereich körperliches Training notwendig.

„Körperliches Training“ als übergeordneter Begriff ist ein *komplexer, planmäßiger und sachorientierter* Prozess, der eine Verbesserung im jeweiligen Zielbereich anstrebt. Hierbei bedeutet *komplex* die Auswirkung auf alle leistungsrelevanten Merkmale wie z. B. Funktion der Skelett- und Atemmuskulatur, Ernährungsstatus und Lungenfunktion.

Planmäßig steht für das Einfließen von trainingswissenschaftlichen und krankheitsspezifischen Erkenntnissen, z. B. aus der aktuellen Literatur. *Sachorientiert* führt auf die angestrebte Zielsetzung hin, wie z. B. den physiologischen Trainingseffekt oder den Erhalt der Selbständigkeit.

Eine mögliche Systematik ist in der unten stehenden Tabelle wiedergegeben.

Unter dem Aspekt der muskulären Beanspruchung wird „Training“ im Sinne von „trainieren“ als systematische Wiederholung gezielter überschwelliger Muskelanspannungen mit morphologischen und funktionellen Anpassungserscheinungen zum Zwecke der Leistungssteigerung definiert. Beispiele sind das konkrete Ergometertraining oder das Krafttraining mit der Hantel oder am Gerät. Im Bereich der Atemwegserkrankungen gehen die Verbesserungen der Leistungsfähigkeit mit Verbesserungen in Bereichen wie Lebensqualität, Abnahme von Krankenhausaufenthalten, Angst und Depression sowie Lebensverlängerung einher und sind durch Studienergebnisse gut belegt. Unter „Übung“ im Sinne von „üben“ versteht man die systematische Wiederholung gezielter Bewegungsabläufe zum Zwecke der Leistungssteigerung durch verbesserte Koordination. Im Bereich Atemwegserkrankungen lassen sich hierunter z. B. der Umgang mit Dosieraerosolen, das „Üben“ von atemerleichternden Ausgangstellungen oder das Erlernen der Lippenbremse



Foto: Dr. O. Göhl, Fürth

anführen. Die Anwendung verschiedener (physiotherapeutischer) Techniken wird (in Bezug u. a. auf die Symptomatik, die Belastbarkeit und den Allgemeinzustand) von den Patienten zumeist als „erleichternd“ oder „angenehm“ bewertet. Diese subjektive Einschätzung lässt sich objektiv bisher nur unzureichend durch wissenschaftliche Studien belegen.

Methodisch ist es sinnvoll, z. B. den COPD-Patienten unter Berücksichtigung der Ausgangssituation (u. a. Dekonditionierung, Schweregrad der Erkrankung,

Systematisierung und begriffliche Aufarbeitung verschiedener Inhalte des körperlichen Trainings

| Bereich | Inhalte (Auswahl) |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kraft | Allgemein: Training mit Hanteln, Theraband, an Krafttrainingsgeräten, etc. Training ohne Gerät in verschiedenen Modalitäten Speziell: Kraftübungen orientiert an den Aktivitäten des täglichen Lebens |
| Ausdauer | Allgemein: Gehen mit und ohne Stöcken, Ergometertraining, Radfahren, Treppensteigen (cave: Aspekt der Kraftausdauer), Schwimmen, Bewegungsformen im Wasser, Tanz Speziell: ADL-orientiertes Ausdauertraining (ADL = Activities of Daily Living: Aktivitäten des Alltags), Rollatortraining |
| Beweglichkeit | Allgemein: Dehnübungen, Übungen zur Mobilisation Speziell: Dreh- und Dehnlagen, Brustkorbmobilisation |
| Koordination | Allgemein: Übungen zur Schulung der koordinativen Fähigkeiten (Gleichgewichts-, Rhythmisierungs-, Orientierungs-, Umstellungs-, Differenzierungs-, Kopplungs- und Reaktionsfähigkeit) mit und ohne Zusatzgeräte. Spiele, Spiel- und Übungsformen mit koordinativen Aspekten, Elemente der Rückenschule Speziell: Aktivitäten des täglichen Lebens, Atemtechniken bei verschiedenen Belastungsformen |
| Krankheitsspezifische Techniken | Selbsthilfetechniken bei Atemnot wie atemerleichternde Körperstellungen und verschiedene Atemtechniken (Ein- und Ausatemtechniken wie z. B. Lippenbremse, Stenoseatmung), Hustentechniken, Körperwahrnehmung (speziell Atemwahrnehmung), Benutzen verschiedener Devices |
| Theorie | Allgemein: Erläutern von Bewegungsabläufen/Techniken (z. B. Walking, Übungen an Kraftgeräten, Dehnübungen), Wissensvermittlung allgemein Speziell: Elemente der Patientenschulung, Belastungsreaktionen des Körpers |

Ausmaß der Funktionsstörungen) durch Erlernen und Üben einzelner Techniken, mit entsprechendem theoretischem Hintergrundwissen, über die Körperwahrnehmung zu einem Training einzelner Hauptbeanspruchungsformen (Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination) und der Anwendung bei den körperlichen Aktivitäten im Alltag (ADL = activities of daily living wie z. B. Treppensteigen, Schuhe binden, Anziehen) heranzuführen. Dieses Vorgehen im Trainingsaufbau ist der Grund für Überschneidungen, da ein Teil der sog. physiotherapeutischen Techniken in das Training integriert sind: u. a. Atemtechniken wie die Lippenbremse und Sensibilisierung für verschiedene pathogomonische Besonderheiten (dynamische Überblähung) sind zeitlich gesehen die ersten Elemente, die in der Abfolge eines körperlichen Trainings vermittelt werden sollten („Basis“ im Sinne von Üben). Die darauf aufbauende „Belastung“, einhergehend mit (trainingswirksamer) „Beanspruchung“ entspricht dem Training. Ein erstes Herantasten an das Treppensteigen mit geeigneter Atemtechnik („therapeutisches Treppensteigen“) sollte nicht gleichgesetzt werden mit „Ausdauertraining“, obgleich akut sicherlich relevante Herz-Kreislauf-Reaktionen ausgelöst werden. Gleiches gilt für andere Bereiche. Insgesamt sollte der ganze Prozess als körperliches Training bezeichnet werden, auch wenn viele Elemente der Patientenschulung und der Atemphysiotherapie enthalten sind. Die Abbildung verdeutlicht den Zusammenhang.



Foto: Dr. O. Göhl, Fürth

Die formelle Umsetzung von körperlichem Training und der Physiotherapie in der Praxis zeigt Unterschiede. Im Bereich der Rehabilitation ist die Berufsgruppe der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, manifestiert durch die Rahmenempfehlungen der Kostenträger, stark repräsentiert und führt ebenso wie die Berufsgruppe der Sporttherapeuten, bedingt durch die Organisationsform der Rehabilitation, auch Gruppentherapien durch. In der Umsetzung ambulanter, wohnortnaher Therapiemaßnahmen sollte der Schwerpunkt des Physiotherapeuten bei der Einzelbehandlung von definierten Funktionsstörungen (z. B. bei Verschleimung, Husten, etc.) liegen. V. a. bei Patienten mit hohem Schweregrad der COPD und entsprechenden Beschwerden kann der Physiotherapeut mit notwendiger Individualität (Patient : Therapeutin im Verhältnis 1 : 1) agieren. Die ambulante Umsetzung von körperlichem Training sollte allgemein

in Lungensportgruppen als Gruppentherapie erfolgen und nicht durch Ausschöpfung der Rezeptfolge und somit relativ teurer Einzelbehandlung. Ist der Patient formell aufgrund des Schweregrades oder durch individuelle Problematik und Symptomatik nicht gruppenfähig stellt die ambulante Physiotherapie sicherlich eine sinnvolle Maßnahme und Alternative dar. Wird körperliches Training durch einen Physiotherapeuten umgesetzt,

sollten die Praxisräume eine entsprechende gerätemäßige Ausstattung und der Therapeut neben weiteren Spezialisierungen wirkliche Kenntnis über Trainingssteuerung, Leistungsdiagnostik und -interpretation haben. Werden Gruppentherapien angeboten (Präventionsangebote, Rehabilitationssport) sind auch hier Zusatzqualifikationen erforderlich.



Foto: Dr. O. Göhl, Fürth

Zusammenfassend schließt der Bereich des körperlichen Trainings einige physiotherapeutische Techniken ein, welche in der Umsetzung nicht unbedingt von einem Physiotherapeuten umgesetzt werden müssen. Inhaltlicher Schwerpunkt der ambulanten Atemphysiotherapie sind sicherlich die Anwendung von Oszillationssystemen wie Flutter und Cornett oder anderer apparativer Hilfen, die Applikation der heißen Rolle, der Einsatz manueller Techniken und das Erlernen von Selbsthilfe-, Atem- und Hustentechniken, etc. in Umsetzung durch eine Einzelbehandlung auf Rezept.

Quellen:

Göhl, O. et al. (2006). „Empfehlungen zur Planung und Durchführung des körperlichen Trainings im Lungensport.“ Pneumologie 60: 716-723
 Hollmann, W. and T. Hettinger (2000). Sportmedizin. Stuttgart, New York, Schattauer.
 Müller, C. and S. Jacob (2005). Sporttherapie bei obstruktiven Atemwegserkrankungen. Grosshansdorf, Inter-Pneu-Verlag.
 Steier, J., Petro, W. (2002). „Physikalische Therapie bei COPD - Evidence Based Medicine?“ Pneumologie 56: 388-396.

Stufenkonzept Lungensport

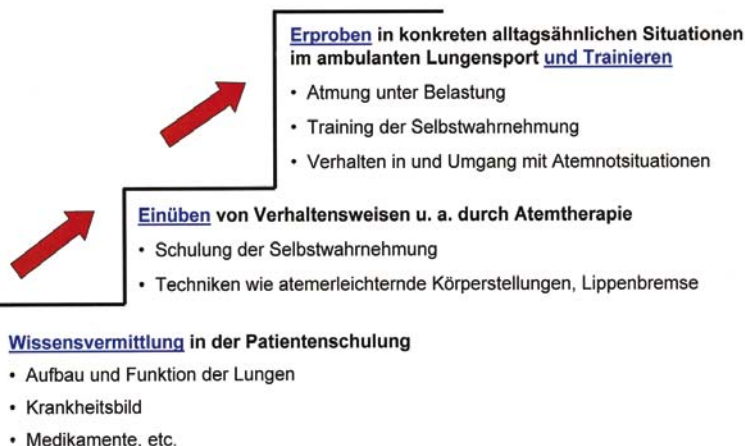


Abb.: modifiziert nach Müller, C. and S. Jacob (2005), Sporttherapie bei obstruktiven Atemwegserkrankungen. Grosshansdorf, Inter-Pneu-Verlag.

Aufruf zur Teilnahme an einer Studie zur Atemphysiotherapie

Die Deutsche Atemwegsliga e. V. führt in Zusammenarbeit mit der AG-Atemtherapie im Zentralverband der Physiotherapeuten / Krankengymnasten (ZVK) e. V. eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie über 6 Monate durch zum Thema:

Stellenwert der Atemphysiotherapie in der Behandlung von COPD-Patienten mit Husten (mit und ohne Auswurf)

Studienziel:

Wirksamkeitsnachweis von Atemphysiotherapie bei COPD-Patienten mit Husten (mit und ohne Auswurf). Studienbeginn: 2007

Studiendesign:

Drei Therapiearme:

- Gruppe A: Standardtherapie und add on Atemphysiotherapie bei Sekret- und Hustenproblemen für COPD-Patienten,
- Gruppe B: Standardtherapie und add on Schein-Physiotherapie,
- Gruppe C: Standardtherapie (usual care) ohne Physiotherapie.

Teilnehmer:

n= 210 (je 70 für die Gruppen A, B und C).

Die Behandlung erfolgt in circa 25 deutschen Physiotherapie-Praxen mit Schwerpunkt Atemphysiotherapie in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Pneumologen und Internisten, die im Einzugsbereich der aktiven Physiotherapeuten praktizieren.

Die Randomisierung erfolgt zentral.

Primäre Zielparameter:

- Leicester Cough Questionnaire (LCQ),
- COPD bezogene Lebensqualität (SGRQ),
- Zahl der Exazerbationen.

Einschlusskriterien:

- Schwere COPD (Raucheranamnese (> 10 pack-years) + FEV₁/VK < 70 %, FEV₁ postbronchodilatatorisch < 50 % Soll, _FEV₁ nach Bronchodilatation < 15 %),
- subjektive Beeinträchtigung durch Husten.

Ausschlusskriterien:

- Atemphysiotherapie bei COPD in letzten 6 Monaten,
- zusätzliche bedeutsame Lungenkrankheiten,
- Immobilisation,
- Herzinsuffizienz (NYHA III, IV),
- Demenz.

Intervention:

Alle drei Studiengruppen werden entsprechend den Leitlinien der Deutschen Atemwegsliga medikamentös behandelt.

Gruppe A erhält eine Atemphysiotherapie bei Sekret- und Hustenproblemen für COPD-Patienten mit folgender Zielsetzung: Erlernen von Selbsthilfetechniken zur Hustenvermeidung bei unproduktivem Reizhusten, zur Unterstützung der Husteneffektivität bei produktiv ineffektivem Husten und Mucusclearance bei Sekretstau.

Gruppe Physiotherapie B erhält eine Schein-Physiotherapie, die keine anerkannte oder vermutete Wirkung auf Husten, Sekretmobilisation und Clearance hat.

Gruppe C ohne Physiotherapie ist vorgesehen, um den Einfluss physiotherapeutischer Zuwendung auf Wohlbefinden und Lebensqualität der Patienten einzuschätzen.

Die Patienten der Gruppen A und B erhalten je 10 Physiotherapieeinheiten á 20 Minuten, 1 mal wöchentlich. Zusätzlich sind drei weitere Vor- bzw. Nachuntersuchungstermine vorgesehen.

Die Patienten und Ärzte sind hinsichtlich ihrer Gruppenzugehörigkeit geblindet.

Therapienormierung:

Die an der Studie teilnehmenden Physiotherapeuten wurden und werden in Wochenendkursen einheitlich geschult.

Studienkoordinator

Dr. Oliver Göhl
Klinikum Fürth, Medizinische Klinik I
Jacob-Henle-Str. 1
90766 Fürth
Tel: 0174 / 321 40 84
email: ogoehl@freenet.de

GlaxoSmithKline-Forschungsstipendium für Atemwegs- erkrankungen: Nebennierenrindenfunktionsstörungen bei Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie



Prof. Dr. med. H. Worth, Dr. med. M. Kolditz, Dr. R. Betz, Medical Advisor, GlaxoSmithKline (v. l.)

Im Rahmen des 48. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin in Mannheim verlieh Prof. H. Worth, Vorsitzender der Deutschen Atemwegsliga das GlaxoSmithKline-Forschungsstipendium für Atemwegs-

erkrankungen an Herrn Dr. med. Kolditz, Dresden. Das mit 10.000 Euro dotierte Stipendium wird jährlich von der Deutschen Atemwegsliga verliehen und dient der Förderung junger Wissenschaftler im Fachgebiet Pneumologie. Dr. Kolditz erhält die Mittel für eine prospektive Studie zur Prävalenz und klinischen Bedeutung von Nebennierenrinden-(NNR-)funktionsstörungen bei ambulant erworbener Pneumonie.

Hintergrund der Studie ist die Beobachtung, dass die physiologische Erhöhung der absoluten Kortisolwerte unter Stressbedingungen bei akuter Erkrankung nicht für die lokale Inflammationskontrolle ausreicht. Das Vorliegen einer solchen relativen Nebennierenrindensuffizienz wurde etwa bei Patienten mit septischem Schock wiederholt als ungünstiger prognostischer Parameter identifiziert. Bei diesen Patienten kann eine Therapie mit niedrig dosiertem Hydrokortison die Krankenhausletalität signifikant senken.

Bisher existieren keine Studien, welche die NNR-Funktion bei Patienten mit

Pneumonie ohne septischen Schock untersuchten. Dies wird nun mit der von GlaxoSmithKline geförderten CortiCAP-Studie möglich. Die ambulant erworbene Pneumonie (Community Acquired Pneumonia = CAP) ist eine Erkrankung von hoher sozialmedizinischer Bedeutung. Sie zählt weltweit zu den am häufigsten registrierten Infektionskrankheiten. In Deutschland wird die Inzidenz der CAP in der Gesamtbevölkerung auf 1-11/1.000 Einwohner pro Jahr geschätzt. Etwa jeder dritte Betroffene muss im Verlauf der Erkrankung stationär behandelt werden, jeder zehnte Patient sogar auf der Intensivstation.

Dr. Martin Kolditz hat an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg, der Humboldt-Universität in Berlin und der TU Dresden Humanmedizin studiert. Seit dem Jahr 2002 arbeitet er in der Medizinischen Klinik I des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus in Dresden, wo er den pneumologischen Funktionskreis mitbetreut (Bereichsleiter Professor G. Höffken).



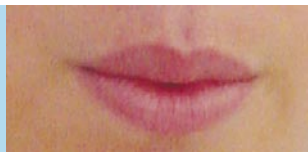
Chronische Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) - Praktische Hilfestellungen für Patienten

Für Patienten mit COPD sind körperliches Training und Atemtherapie neben der medikamentösen Therapie wichtige Bestandteile des Gesamttherapiekonzepts.

Einige wichtige Hilfestellungen, die den Umgang mit der Erkrankung erleichtern sind im Folgenden beschrieben.

Lippenbremse und atemerleichternde Körperstellungen

Haben Sie Atemnot? Wenden Sie die Lippenbremse an! Diese Anweisungen hört man von seinem behandelnden Lungenfacharzt oder Hausarzt. Für Patienten mit Kurzatmigkeit oder Atemnot bei Belastung oder in Ruhe ist die „Dosierte Lippenbremse“ in Kombination mit einer „atemerleichternden Ausgangsstellung“ eine wichtige Selbsthilfetechnik.



Lippenbremse

Dosierte Lippenbremse

Bei der dosierten Lippenbremse atmet man durch den Spalt der locker aufeinanderliegenden Lippen aus. Nach der Einatmung, möglichst immer durch die Nase (Luft wird gereinigt, angefeuchtet und erwärmt), erfolgt die Ausatmung der Luft gegen den Widerstand der locker aufeinander gelegten Lippen. Dadurch wird ein Kollaps der Atemwege während der Ausatmung verhindert. Die Ausatemluft strömt gleichmäßiger und vollständig aus. Zusätzlich wird die Atemfrequenz verlangsamt, die Ausatemzeit verlängert und die Ermüdung der Atemmuskulatur vermindert. Durch den gezielten

Einsatz der dosierten Lippenbremse bei körperlicher Belastung kann man eine deutliche Erhöhung der Leistungsfähigkeit erzielen.

Die dosierte Lippenbremse sollte man in atemnotfreien Zeiten regelmäßig üben, um in der Lage zu sein, sie bei Atemnot ohne Weiteres anzuwenden.

So funktioniert die Technik in Ruhe:

- Einatmung durch die Nase,
- kurze Atempause.
- Luft durch die locker aufeinander gelegten Lippen langsam und gleichmäßig ausströmen lassen, dabei bleiben die Wangen entspannt und es darf kein Ton entstehen. Ein Nachpressen der Luft durch den Einsatz der Atemhilfsmuskulatur ist nicht nötig.

So funktioniert die Technik bei Belastung:

- Einatmung durch die Nase,
- keine Atempause.
- Luft durch die spaltbreit geöffneten Lippen (etwa so breit wie der kleine Finger) ausströmen lassen, die Wangen sind dabei leicht gespannt und es darf kein Geräusch entstehen. Sanfter Einsatz der Ausatemmuskulatur ist möglich.

Patienten mit Koordinationsschwierigkeiten können sich mit Alternativen behelfen.

Nehmen Sie einen 2 - 4 cm langen dicken Strohhalm oder die BA-Tube (Fa. Schill), umschließen Sie diese Hilfsmittel mit den Lippen und halten es mit den Zähnen fest. Lassen Sie die eingeatmete Luft dadurch ausströmen.

Bei schwerer Atemnot oder nach einer Belastungsphase kann die „Dosierte Lippenbremse“ mit „Atemerleichternden Ausgangsstellungen“ kombiniert werden.

Atemerleichternde Körperstellungen

Diese entlasten den Oberkörper vom Gewicht der Arme. Dadurch kann man die Atemhilfsmuskulatur effektiver einsetzen, so dass sich die Atemarbeit vermindert. Das Atemvolumen der Lunge wird größer und das Gefühl der Atemnot nimmt ab. Zudem hat der Bauch nun mehr Platz, so dass mit der Zwerch- und Bauchfellatmung die unteren Lungenabschnitte besser belüftet werden.

Typische atemerleichternde Körperstellungen sind:

Kutschersitz: Setzen Sie sich auf die vordere Kante des Stuhls. Die Knie sind gespreizt, die Handflächen bzw. die Ellenbogen liegen auf den Knien und die Arme sind leicht gebeugt. Achten Sie darauf, dass der Rücken gerade und der Bauch entspannt ist (s. Abb.1).

Geländerstütze/Treppengeländerstütze: Sie stützen sich mit vorgebeugtem Oberkörper und gestreckten Armen, mit geradem Rücken und entspanntem Bauch auf ein Geländer/Treppengeländer (s. Abb.2).

Weitere atemerleichternde Körperstellungen: Verschränkte Arme hinter dem Kopf (s. Abb. 3), Stuhlstütze („verkehrt herum“ auf einen Stuhl setzen, gebeugte Arme auf der Lehne ablegen, s. Abb. 4), Torwartstellung (mit geradem Rücken die gestreckten Arme auf den Oberschenkeln abstützen, s. Abb. 5), Oberkörper mit





gestreckten Armen nach hinten abstützen (s. Abb. 6), Tischstütze (Auflegen der Unterarme auf ein am Tisch liegendes großes Kissen, (s. Abb. 7), einen Arm an eine Wand stützen und die Hand des anderen Armes in der Hüfte einstützen (s. Abb. 8). Im Bett empfiehlt sich die Seitenlage mit erhöhtem Kopfteil oder -Kissen. Der obere Arm ist dabei vor dem Körper aufgestützt (s. Abb. 9). Sicherlich erkennen Sie die eine oder Atemstellung wieder, die

Sie schon immer benutzt haben, wenn Sie Atemnot hatten.

Benutzen Sie diese hilfreichen Stellungen auch, wenn Sie beobachtet werden: Denn jetzt steht die Beseitigung der Atemnot und nicht die Neugierde der anderen im Vordergrund.

Quellen: Atemtherapie in der Physiotherapie
Hilla Ehrenberg
Studie zur Lippenbremse Pneumologie 2004 J. Steier,
T.E. Wessendorf, H. Teschler

Weitere Informationen zur COPD erhalten Sie in dem Patientenratgeber „Chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem – besser mit der Krankheit leben“ der Deutschen Atemwegsliga. Dieser Ratgeber diente auch als Quelle für den Beitrag.

Das Redaktionsteam des Liga-Journals bedankt sich bei Heike Linz-Keul, Physiotherapeutin, Fürth, für ihre Beratung.

Krank durch hohe Temperaturen...? Zum Einfluss des Klimawandels auf Allergien

Unter dem Klimawandel oder Treibhauseffekt wird gemeinhin der Anstieg der Durchschnittstemperatur der erdnahen Atmosphäre verstanden. Dessen Hauptursache ist das Verbrennen fossiler Brennstoffe, wodurch das Treibhausgas Kohlendioxid (CO₂) entsteht. Der Kohlendioxid-Wert ist in den letzten zwei Jahrhunderten von 280 auf 380 ppm (parts per million) geklettert - den höchsten Stand seit 650.000 Jahren.¹ Doch hat der Klimawandel auch einen Einfluss auf die weltweite, teilweise dramatische Zunahme von Allergien? Höhere Temperaturen allein zeigen noch keinen monokausalen Zusammenhang zu negativen Gesundheitsfolgen - es kommen neben

den meteorologischen Einflüssen weitere Risikofaktoren zum Tragen, die von der Situation eines betroffenen Menschen abhängen, wie z. B. das Alter, bereits bestehende Krankheiten, die soziale Situation und Adaptionmöglichkeiten eines Menschen.²

Eine Harvard-Studie³ zeigte auf, dass der Treibhauseffekt insbesondere Menschen mit Allergien und Atemnot in negativer Weise betrifft, und dies in zweierlei Hinsicht: Einmal regt die beständig steigende CO₂-Konzentration in der Luft global das Pflanzenwachstum an und fördert somit die Pollenproduktion, zum zweiten bewirkt die Temperaturerhöhung eine Ver-

längerung der Vegetationsperiode. Noch ist umstritten, ob bisher Gesunde häufiger allergische Reaktionen aufweisen, wenn mehr Blütenstaub in der Luft liegt. Sicher scheint jedoch, dass bereits bestehende Symptome sich unter diesen Umständen verstärken. In den USA hat sich der Anteil der Asthmatiker in der Bevölkerung zwischen 1980 und 1998 um zwei Drittel auf jetzt 7,5 Prozent erhöht, fast identische Zahlen bestätigt das Robert-Koch-Institut für Deutschland.⁴

Bestes Beispiel für eine durch den Klimawandel geförderte Pollenproduktion ist die Beifuß-Ambrosia, deren Pollen sich als besonders wirksame Allergene erweisen (siehe nähere Informationen auf Seite 14). Wissenschaftler berechneten, wie die Beifuß-Ambrosia reagiert, sollte sich die CO₂-Konzentration von 350 ppm auf 700 ppm verdoppeln: In diesem Fall legte die Biomasse der Pflanze um 61 % zu, in gleichem Maße stiege auch die Pollenproduktion⁵. Auch im Tierreich mangelt es nicht an Pendanten zur Beifuß-Ambrosia: Beispielsweise neigt der Eichenprozessionsspinner, eine Schmetterlingsart, deren Raupenhaare beim Menschen zu Allergien führen, besonders in Trockenjahren zu



massenhaften Vermehrungen. Seit 1995 wurde ein enormer Dichteanstieg dieser früher als selten eingestuftes Art in Frankreich festgestellt.⁶

Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass der Klimawandel nicht nur Allergien, sondern auch weitere Erkrankungen begünstigt. Als besonders gefährlich stuft das Friedrich-Loeffler-Institut die räumliche und zeitliche Ausbreitung der Zecken und damit der Borreliose und FSME (Fühsummer-Meningoenzephalitis) ein.⁷ Hohe Ozonwerte, Luftverschmutzung oder Sommersmog, die häufig in Kombination mit hohen Temperaturen auftreten, gefährden unsere Gesundheit zusätzlich.

Quellen

1 Siegenthaler, U. et al.: Stable Carbon Cycle–Climate Relationship During the Late Pleistocene, in: Science, Vol. 310, No. 5752, S. 1313 - 1317, 2005

2 WWF Deutschland: Kosten des Klimawandels: Die Wirkung steigender Temperaturen auf Gesundheit und Leistungsfähigkeit, Februar 2007

3 Climate Change Futures: Health, Ecological and Economic Dimensions, Center for Health and the Global Environment: Harvard Medical School, 2005

4 Robert-Koch-Institut: Allergische Erkrankungen, Inhalationsallergien unter www.rki.de, 1998 und 2006

5 Peter Wayne PhD et al.: Production of allergenic pollen by ragweed (*Ambrosia artemisiifolia* L.) is increased in CO₂-enriched atmospheres in: Annals of Allergy, Asthma and Immunology, 2002

6 Bayer. Landesanstalt für Wald und Forstwirtschaft (LWF), Merkblatt 15 Eichenprozessionsspinner, 2004

7 Friedrich-Loeffler-Institut, Klimawandel beeinflusst auch durch Zecken übertragene Krankheiten, IX. International Jena Symposium on Tick-borne Diseases, März 2007



Vorsicht, hier blüht Ihnen was! Wissenswertes zur Beifuß-Ambrosia



Sind Sie Allergiker? Dann gibt es eventuell unerfreuliche Nachrichten für Sie: Seit einigen Jahren hat Deutschlands Pflanzenwelt einen Neubürger, der sich hier sehr wohl zu fühlen scheint und sich daher kontinuierlich ausbreitet. Es ist die Beifuß-Ambrosia (*Ambrosia artemisiifolia*), eine recht unscheinbare Pflanze ohne auffällige Blüten, die von der Erscheinung her leicht mit anderen Arten aus der Familie der Korbblütler zu verwechseln ist. Die ursprünglich aus Nordamerika stammende Pflanzenart gelangt auf verschiedenen Wegen unbeabsichtigt nach Europa, z. B. mit Vogelfutter, durch den Transport von Erdmaterial oder über Schifffahrt, Bahn- oder Flugverkehr. Sie ist eine sehr erfolgreiche Pionierpflanze auf offenen Standorten und setzt relativ spät im Jahr (Ende August/Anfang Sep-

tember) bis zu einer Milliarde Pollen pro Pflanze frei.¹

Der Pollen der Beifuß-Ambrosia zählt bereits in kleinsten Mengen zu den stärksten Allergie-Auslösern überhaupt. Durch Ambrosia-Pollen hervorgerufene allergische Reaktionen sind unterschiedlich und umfassen z. B. schwere heuschnupfenartige Symptome, Bindehautentzündung bis hin zu Asthma, welches bei einer Allergie gegen Ambrosia-Pollen etwa zweimal so häufig auftritt wie bei anderen Pollenallergien.

Als persönliche Schutzmaßnahme wird empfohlen, die Pflanze keinesfalls mit bloßen Händen anzufassen (Kontaktallergien!). Beim Aufenthalt in blühenden Beständen kann es für Allergiker sogar angeraten sein, eine Atemschutzmaske zu tragen.²

In Nordamerika leiden nach Angaben der „Asthma and Allergy Foundation of America (Washington, DC)“ zwischen 10 und 20 % der Bevölkerung an einer Allergie gegen Ambrosia.³ In europäischen Ländern mit größeren Beständen wie z. B. einigen Regionen Frankreichs und Italiens sind es schon bis zu 12 %. In Frankreich konnte sogar beobachtet werden, dass sich der Verbrauch an Antihistaminika in den Wochen 33 bis 40 im gleichen Verhältnis wie die Ambrosia-Blütenstaub-Konzentration in der Luft erhöht.⁴ Auch in Deutschland entstehen nach Schätzungen einer vom Umweltbundesamt erstellten

Studie durch Ambrosia direkte und indirekte Kosten im Gesundheitswesen von 32,1 Millionen Euro.⁵ Zusammenfassend lässt sich also sagen: diese Pflanze ist trotz ihres schönen Namens wahrlich kein Geschenk der Götter, im Gegenteil, von ihr geht ein ernst zu nehmendes Risiko für die Gesundheit aus.

Um eine Zunahme der volkswirtschaftlichen Schäden durch Krankheitskosten und notwendige Bekämpfungsmaßnahmen zu vermeiden, muss die weitere Ausbreitung der Beifuß-Ambrosia in Deutschland verhindert werden. Größere Bestände der Beifuß-Ambrosia sollten an die Behörden gemeldet werden, z. B. an das Pflanzenschutzamt vor Ort oder direkt an die Biologische Bundesanstalt in Braunschweig. Auch die Projektgruppe Biodiversität und Landschaftsökologie sammelt Daten zur Verbreitung, ein Meldeaufruf findet sich auf der Internetseite www.ambrosiainfo.de.

Quellen

1 GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit (10/2006): Die Beifuß-Ambrosie – eine zunehmende Gefahr für die Gesundheit

2 Projektgruppe Biodiversität und Landschaftsökologie in Zusammenarbeit mit der Univ. Frankfurt a. Main: Infopage zur Beifuß-Ambrosie: www.ambrosiainfo.de

3 Asthma and Allergy Foundation of America (AAFA): Ragweed Allergy: www.aafa.org.

4 Bundesamt für Gesundheit Schweiz: Bulletin 30/05: Ambrosia – eine Pflanze, die die Gesundheit Millionen kostet, 2005

5 Reinhardt F. et al.: Ökonomische Folgen der Ausbreitung von Neobiota. Berichtsnummer UBA-FB 000 441. Umweltbundesamt, Deutschland, 2003

Serie „Europäische Patientenorganisationen stellen sich vor“ Teil 3 - Der Astma Fonds (Niederlande)

„Lucht voor het leven“ (Luft für das Leben) - in den Niederlanden fühlt sich der Astma Fonds dafür zuständig. 1,6 Millionen Holländer sind nach Angaben des Astma Fonds von Atemwegserkrankungen betroffen. Für sie und ihre Angehörigen setzen sich über 55.000 freiwillige Helfer ein. Die zahlreichen Helfer des Astma Fonds sind in einem Netzwerk von 27 Regionalverbänden organisiert, welche zwei Mal jährlich einen Vertreter zum Mitgliedsrat entsenden; dieser bespricht aktuelle und zukünftige Belange und trifft Entscheidungen. Der Astma Fonds ist seit über vierzig Jahren auf regionaler und überregionaler Ebene tätig und unterhält eine Zentrale mit rund 75 Mitarbeitern in Leusden (Provinz Utrecht). Leiter des Astma Fonds ist Michael Rutgers.

Welkom bij het Astma Fonds..

Die Hotline der Leusdener Zentrale bearbeitet jährlich über zehntausend Anrufe und mehr als tausend E-Mails Hilfesuchender Menschen. Auf der Website der Organisation existiert ein Forum, in dem sich Betroffene untereinander austauschen. Hier schildern z. B. Eltern asthmakranker Kinder konkrete Probleme und erhalten praktische Tipps von anderen Eltern. Darüber hinaus organisiert der Astma Fonds Informationsveranstaltungen für Gruppen, die von Betrieben, Vereinen und Schulen im Voraus gebucht werden. Geschulte Referenten zeigen Filme, beantworten Fragen und verteilen Informationsmaterial. Besonders beliebt bei Kindern ist der „Luchtbus“, ein Bus mit einer rollenden Asthmaausstellung. Hier werden die Erkrankungen Asthma und COPD kindgerecht aufgearbeitet und Schüler für gesundheitsbezogene Themen sensibilisiert. Die Zeitschrift des Astma Fonds für alle Informationsbedürftigen ist der „Luchtwijzer“. Weitere Leistungen in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen sind die Organisation von Freizeitveranstaltungen und Ferien für Atemwegserkrankte.

„Gib' Zeit oder Geld!“

Der Astma Fonds versteht sich nicht nur als reine Patientenorganisation, sondern auch als so genannter „Gesundheitsfonds“. Dies bedeutet, dass durch freiwillige Helfer Gelder gesammelt,



Spenden organisiert und finanzielle Mittel zielgerichtet einsetzt werden. „Wir sind auf Unterstützung angewiesen - gib' Zeit oder Geld!“ - so lautet die klare Botschaft an alle Holländer. Gesammelte und gespendete Gelder werden zum einen für alle Angebote und Dienstleistungen des Astma Fonds eingesetzt, zum anderen werden Forschungsprojekte, die z. B. der Verbesserung der Versorgung von Patienten dienen sollen, finanziell unterstützt. In besonderen Fällen gewährt der Astma Fonds Betroffenen eine finanzielle Unterstützung.

Aktuellstes Projekt des Astma Fonds ist dessen Engagement für rauchfreie Hotels, Restaurants und Cafés in den Niederlanden.

Weitere Informationen erhalten Interessenten hier:

Astma Fonds
Postbus 5 · NL-3830 AA Leusden
Tel. / Fax (+33) 4341 -212 / -299
E-Mail: info@astmafonds.nl
Homepage: www.astmafonds.nl

Allergien im Kindesalter (Atemwege)

Heute leiden immer mehr Kinder und Erwachsene unter Allergien. Allergien gehören zu den chronischen Erkrankungen und stellen eine der großen gesundheitlichen Herausforderungen unserer Gesellschaft dar. Bei Kindern zählt Asthma zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Rund eine Million Kinder in Deutschland sind betroffen. Nach aktuellen Daten („Weißbuch Allergie in Deutschland“ vom Februar 2004) hat der Anteil der Kinder mit Asthma-Symptomen von 1995 bis 2000 von 10 % auf 13 % zugenommen, der Heuschnupfenanteil bei Kindern von 13 % auf 16 %. Es gibt für die Betroffenen durchaus Möglichkeiten, Maßnahmen zu ergreifen, die helfen einer Allergie vorzubeugen oder sie in den Griff zu bekommen.



Prof. Dr. med. D. Berdel, Wesel

Gespräch mit Professor Dr. Berdel, Marienhospital Wesel, Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Allergologie, Kinderpneumologie

iKOMM: Allergien nehmen in allen Altersbereichen zu - ab welchem Alter kann ein Kind eine Allergie entwickeln?

Prof. Berdel: Zu der Entwicklung einer Allergie kann es in jedem Alter kommen. So kann eine Allergikerkarriere schon im Säuglingsalter beginnen. Säuglinge bilden oft sogenannte IgE-Antikörper gegen Nahrungsmittel (z. B. Kuhmilch und Hühnereiweiß). IgE-Antikörper sind ein wichtiger Partner der allergischen Reaktion. Erste Anzeichen sind juckende Hautausschläge (Neurodermitis) bzw. Bauchschmerzen, chronische Durchfälle und Gedeihstörungen. Im Kleinkindes- und Schulalter werden allergische Symptome häufiger durch Innenraum-Allergene, wie Tierhaar- und Hausstaubmilben-Allergene, ausgelöst. Bei Jugendlichen

stehen Pollenallergien im Vordergrund, die sich als Asthma bronchiale oder als allergischer Schnupfen und allergische Augenentzündung manifestieren.

iKOMM: Welches sind nach heutigen Erkenntnissen die Hauptgründe, die zur zunehmenden Entwicklung einer Allergie bei Kindern führen?

Prof. Berdel: Es besteht kein Zweifel, dass z. B. Umweltfaktoren und Lebensstil für die Ausbildung von allergischen Erkrankungen bedeutend sind. So wird derzeit beispielsweise untersucht, ob die hygienischen Bedingungen, unter denen die Kinder insbesondere in den ersten Lebensmonaten aufwachsen, einen Einfluss auf die Entstehung von Asthma und Allergien haben. Einiges spricht dafür: Untersuchungen der vergangenen Jahre haben übereinstimmend gezeigt, dass Kinder aus kinderreichen Familien oder Kinder, die auf dem Bauernhof aufwachsen, deutlich seltener Allergien aufweisen als Einzel- oder Stadtkinder. In den vergangenen 20 - 30 Jahren ist in vielen westlichen Ländern außerdem die Zeit, in der sich die Kinder körperlich bewegen und im Freien spielen, deutlich zurückgegangen.

Auffällig ist auch, dass Kinder mit einer höheren Infekthäufigkeit seltener Allergien entwickeln. Infekte sollen dafür verantwortlich sein, dass das Immunsystem durch die Bildung von Infektantikörpern vernünftig beschäftigt wurde und „keine Zeit“ hat, IgE-Antikörper zu bilden und damit die Allergiekarriere zu starten.

Die Neigung, eine Allergie zu entwickeln liegt aber auch in der Familie, d. h. es gibt genetisch bedingte Faktoren, die die Entstehung einer Allergie begünstigen können. Das Risiko, eine Allergie auszubilden, hängt dabei von der Anzahl und dem Verwandtschaftsgrad der an allergieerkrankten Familienmitgliedern ab. Haben beide Eltern keine Allergie, so liegt die Allergiehäufigkeit der Kinder bei ca. 12,5 Prozent. Ist ein Elternteil Allergiker, so erhöht sich die Häufigkeit auf 20 Prozent. Sind beide Elternteile Allergiker, erkranken ca. 40-60 Prozent der Kinder an Allergien.

Es gibt Hinweise, dass eine allergenarme Umgebung das Auftreten von Allergien reduzieren kann. Dennoch sollten die Kinder nicht in Watte gepackt werden.

Ihr Immunsystem sollte durchaus durch die Begegnung mit Keimen gestärkt werden. Wer als Kind viele „banale“ Infekte durchmacht, entwickelt ein gestärktes Immunsystem.

iKOMM: Können Eltern etwas tun, um bei ihren Kindern die Entstehung einer Allergie zu vermeiden?

Prof. Berdel: Insbesondere Mütter oder angehende Mütter können einige Dinge tun, um die gesundheitliche Entwicklung ihres Kindes positiv beeinflussen:

Medikamente sollten in der Schwangerschaft oder Stillzeit nur nach Rücksprache mit dem Arzt eingenommen werden. In der Schwangerschaft sowie danach sollte die Mutter nicht rauchen und auf eine rauchfreie Umgebung achten. Es sollte vier bis sechs Monate gestillt werden. Ist Stillen nicht möglich, sollte bei Kindern mit einem familiären Allergierisiko einen geprüfte Hydrolysatnahrung, eine sogenannte HA-Nahrung zum Einsatz kommen.

iKOMM: Allergien werden vielfach erst sehr spät erkannt. Auf welche Symptome sollten Eltern unbedingt achten?

Prof. Berdel: Die Symptome einer Allergie sind bei Kindern und Jugendlichen in der Regel dieselben wie bei Erwachsenen, also geschwollene und entzündete Augenlider, Schniefnase (bei Heuschnupfen) oder verstopfte Nase (eher bei Hausstauballergie). Allerdings ist im Kindesalter und besonders bei kleinen Kindern häufig auch die Haut mit Nesselausschlag und atopischem Ekzem betroffen.



Männliche Blütenstände der Birke



Kinder beim Pricktest

Allergisches Asthma kann sich durch pfeifende, keuchende oder giemende Atmung, oder auch nur anhaltenden trockenen Husten unabhängig von einer Erkältung äußern. Oft treten die Beschwerden bei körperlicher Belastung auf.

Ganz wichtig ist es, die ersten Anzeichen zu erkennen und einen Arzt zur Diagnosestellung zu konsultieren, denn die rechtzeitig erkannte Allergie lässt sich gut behandeln.

iKOMM: Eltern sind häufig zunächst hilflos beim Umgang mit der allergischen Erkrankung ihres Kindes. Welche Tipps können Sie den Betroffenen geben?

Prof. Berdel: Zunächst kann man die Eltern betroffener Kinder beruhigen: Die moderne Medizin bietet heute hervorragende Möglichkeiten, allergische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Die Behandlung sollte nur immer rechtzeitig ansetzen, um ein Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten.

Ganz wichtig für Eltern und Kinder ist zunächst, möglichst viel über die Erkrankung des Kindes zu erfahren und zu lernen. Denn Allergiker brauchen mehr als eine medikamentöse Behandlung! Das Wissen über allergische Erkrankungen und der erlernte Umgang mit der Erkrankung sind wesentliche Bestandteile einer effektiven Behandlung. Ganz besonders wichtig ist es vor allem für Kinder mit Asthma zu lernen, wie man mit Stresssituationen und Atemnot umgeht. Heute werden für Kinder sehr gute Schulungen angeboten, in denen das betroffene Kind und auch die Eltern für den Alltag eines Allergikers fit

gemacht werden. Die Asthmaschulung für Kinder hat das Ziel, den Betroffenen den kompetenten Umgang mit der Erkrankung und eine dem Alter angemessene Selbstständigkeit zu ermöglichen. In der Schulung wird das Selbstwertgefühl der Kinder gestärkt, so dass sie gelassener mit ihrer Erkrankung umgehen können. Die Kinder erlernen den Umgang mit ihrer Erkrankung, vorbeugende Maßnahmen, Selbstwahrnehmung und Wissenswertes zu ihren Medikamenten. Sie werden darin geschult, wie sie sich im Notfall verhalten können und erlernen das richtige Verhalten beim Sport, in der Schule und Freizeit. Zu einer umfassenden Schulung gehören auch Entspannungsübungen und Atemtherapie.

Asthmaschulungen bewirken, dass Medikamente besser angewendet werden, geschulte Kinder haben weniger Krankenhausaufenthalte und Schulfehlzeiten

Weitere allgemeine Tipps können Sie aus dem Kasten unter „Gut zu wissen“ entnehmen

Als behandelnder Arzt ist es mir ein großes Anliegen, einen möglichst guten Kontakt zu dem betroffenen Kind und den Eltern oder einem Elternteil herzustellen. Denn eine effektive Zusammenarbeit und die Entwicklung einer „Partnerschaft“ und Vertrauen zwischen mir und meinen Patienten sind ganz wichtige Schritte für ein effektives Behandlungskonzept.

Gut zu wissen!

- Wichtigste und effektivste Maßnahme bei Allergien besteht in der Vermeidung der auslösenden Allergene, sofern dies möglich ist. In den Wohnräumen sollten entsprechende Sanierungsmaßnahmen durchgeführt werden.
- Auch die Pollenbelastung kann man verringern. So sind z. B. während der Pollensaison Waldspaziergänge für Kinder mit Heuschnupfen oft weniger belastend als Spaziergänge über Wiesen und durch Parks. Kinder sollten ruhig bei Nieselwetter draußen spielen. Dann ist die Pollenbelastung viel geringer als bei trockenem Wetter.
- Vor dem Schlafengehen sollte das Kind die Haare waschen und Bekleidung nicht im Schlafräum ausziehen.
- Regelmäßiges Lüften der Wohnräume ist empfehlenswert. Die Fenster sollten allerdings zu den Pollenflugzeiten geschlossen bleiben.
- Den Urlaubsort sollte man gezielt so auswählen, dass die Allergenbelastung möglichst gering ist. Günstig sind Hochgebirge und Meeresnähe. Hausstaubmilben kommen z. B. in den Bergen ab 1500 m nicht mehr vor. Hier sind auch die Pollenflugzeiten sehr kurz und es kommen weniger Pflanzenarten vor.
- Bei Tierhaarallergikern soll auch berücksichtigt werden, ob die Kinder bei Spielkameraden den relevanten Allergenen ausgesetzt sind.
- Sport und körperliche Anstrengung ist bei Patienten mit Asthma bronchiale mit der Gefahr eines Anstrengungsasthmas verbunden. Dennoch wäre es grundfalsch, auf Sport zu verzichten! Mit dem behandelnden Arzt sollte man über die geeignete Sportart und die Behandlung sowie über die Teilnahme am Sportunterricht in der Schule sprechen. Die Lehrer in der Schule sollten unbedingt ausführlich über die Situation informiert werden.
- Medikamente sollten immer wie vom Arzt verordnet eingenommen bzw. angewendet werden. Bei Inhalationsgeräten sollte der Patient die richtige Anwendung unbedingt erlernen. Die Häufigkeit der Medikamentenanwendung sollte unbedingt eingehalten werden.
- Tabakrauch steigert unter anderem die bronchiale Überempfindlichkeit und begünstigt Asthmabeschwerden. Daher ist es dringend angeraten, in der Umgebung von Kindern auf das Rauchen zu verzichten!

Aktuelles

Forschungsatlas „Allergieforschung in Deutschland“

An vielen Universitäten und Einrichtungen der Gesundheitsforschung wird hochkarätige Forschung für Menschen betrieben, die von Allergien bedroht oder bereits betroffen sind. Dennoch ist die Bedeutung und Vielfaltigkeit des Standorts Allergieforschung in Deutschland in der Öffentlichkeit wenig bekannt. Mit der Idee, einen Forschungsatlas „Allergieforschung in Deutschland“ zu erstellen, möchte die DGAKI an das in 2004 in 2. Auflage erschienene „Weißbuch – Allergie in Deutschland“ anknüpfen, um einer breiten Öffentlichkeit die Bandbreite und Leistungsfähigkeit der deutschen Allergieforschung vorzustellen.

Herausgeber, Förderer und Autoren

- Herausgeber: DGAKI.
- Erstellung: Prof. Dr. Harald Renz und Dr. Dr. Petra Ina Pfefferle, Marburg für die Initiative Öffentlichkeitsarbeit der SFBs 587 (Hannover) und 548 (Mainz), TR22 (Marburg, Borstel, München) GRK 1441 (Hannover).
- Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG.
- Kooperationspartner: ÄDA, GPD, DDG, Deutsche Atemwegsliga, DPG, Deutsche HNO Gesellschaft und das Deutsche Grüne Kreuz.

Was wird der Forschungsatlas bieten?

Der Forschungsatlas wird einen Überblick über die der Allergie- und Asthma-Forschung in Deutschland mittels dreier Module bieten:

- Mapping und Standortanalyse: Standortübersicht der Forschungsstandorte und Analyse der allgemeinen Eckdaten zur Allergieforschung in Deutschland,
- Forschungsprofile: Erstellung von Forschungsprofilen der Einrichtungen in Hinblick auf die Allergieforschung,
- Defizit- und Bedarfsanalyse: des derzeitigen Standes der Allergieforschung in Deutschland.

An wen richtet sich der Forschungsatlas und mit welchen Zielen?

Drei Zielgruppen sollen fokussiert werden:

- interessierte Laien,
- Der Fachöffentlichkeit,
- Politik und Wissenschaftsförderung.

Welche Möglichkeiten ergeben sich durch den Atlas für die Allergieforschungseinrichtungen in Deutschland?

- Darstellung der eigenen Einrichtung und deren Forschungsaktivitäten,
- Leistungs- und Angebotsprofil der eigenen Einrichtung für potentielle Forschungspartner.

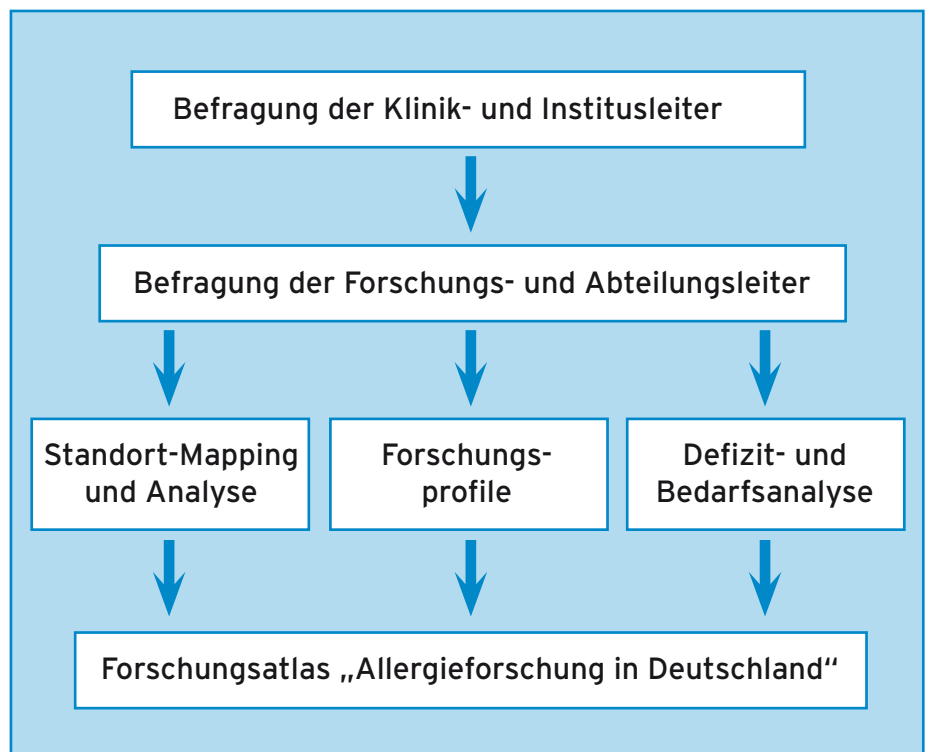
Wie werden die Daten erhoben?

Um eine repräsentative Darstellung der Forschungslandschaft zusammenstellen zu können, sind folgende Schritte geplant:

Wie erfolgt die Profilerstellung der Forschungseinrichtungen?

In der ersten Erhebung werden die Leiter medizinischer Einrichtungen gebeten, Angaben zu Ihrer Institution zu machen:

- Standortkenndaten wie Hochschule, Institute deren Struktur und Mitarbeiter,
- selbstständige Arbeitsgruppen in der Institution,
- Themenbereiche der Allergie und Asthmaforschung,
- etablierte Methoden, Ausrüstungen und spezielle Angebote für Externe und potentielle Forschungspartner,
- Funding,
- Auswahl neuerer Publikationen,
- Kontaktadresse, Ansprechpartner, Internetauftritt.



In einer zweiten Erhebung werden die erfassten Arbeitsgruppen zu ihren Forschungsprojekten befragt.

- Angaben zur Arbeitsgruppe,
- Angaben zur laufenden Forschungsprojekten,
- Photo oder Logo der Einrichtung/ Forschungsgruppe.

Aus den Antworten der Fragebögen werden Profile der Einrichtungen und Forschungs- und Arbeitsgruppen durch die Autoren mithilfe eines Profilschemas erstellt.

Der Forschungsatlas wird in gedruckter Form vorgelegt. Geplant sind:

- Hintergrund zur Problematik,
- Übersichtsdaten: Analysen zu spezifischen Aspekten der Forschungslandschaft und Standort-Mapping,
- Profile der Forschungseinrichtungen,
- Defizit- und Bedarfsanalyse.

Teilnahme an der Befragung

! Die Befragung erfolgt ausschließlich elektronisch, das Anschreiben per E-Mail!

- Die Qualität des Forschungsatlas hängt entscheidend von der Mitarbeit der angeschriebenen Kollegen und einer hohen Rücklaufquote ab.
- Das Ausfüllen der Fragebögen kann elektronisch erfolgen, so dass kein Papier-Schriftverkehr von Nöten ist.
- Sollten Sie oder Ihre in der Allergieforschung tätige Einrichtung keinen Fragebogen elektronisch zugestellt bekommen, teilen Sie uns dieses bitte per E-Mail an pfefferl@med.uni-marburg.de mit. Wir werden Ihnen umgehend die Unterlagen per E-Mail zusenden.

Ansprechpartner: Prof. Dr. Harald Renz, Abteilung für Klinische Chemie und molekulare Diagnostik, Philipps-Universität Marburg, Klinikum Marburg, Baldinger Str., 35033 Marburg, renzh@med.uni-marburg.de

Dr. Dr. Petra Ina Pfefferle, Wissenschaftliche Koordination des SFB/TR22, BMFZ der Philipps-Universität Marburg, Abteilung für Klinische Chemie und molekulare Diagnostik, Hans-Meerwein-Str., 35043 Marburg, pfefferl@med.uni-marburg.de



10. Deutscher Lungentag

am 29. September 2007

Motto

„Machen Sie Ihrer Lunge Beine“

Unterstützen Sie die Initiative „Deutscher Lungentag“ im Jubiläumsjahr 2007 durch die Organisation einer eigenen Informationsveranstaltung in Ihrer Region.

Informationen über den Deutschen Lungentag, Informationsmaterial für Ihre regionale Veranstaltung sowie den aktuellen Veranstaltungskalender finden Sie im Internet unter

www.lungentag.de

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 (Kordinatorin der Deutschen Atemwegsliga)
Albrecht Habicht (iKOMM)
Ina Klemke (iKOMM)
Dr. Ulrich Kümmel (iKOMM)
Dr. Gabriele Vogels-Scheele (iKOMM)
V.i.S.d.P: Dr. Uta Butt

Konzept und Realisierung

iKOMM • Information und Kommunikation im Gesundheitswesen GmbH, Bonn
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben in erster Linie die Auffassung der Autoren und nicht in jedem Fall die der Redaktion wieder. Nachdruck - auch auszugsweise - nur mit schriftlicher Genehmigung der Deutschen Atemwegsliga

Bildquellen (soweit nicht gekennzeichnet): iKOMM GmbH, Bonn, mit Ausnahme Seite 12 unten und Seite 13 oben: Zambon GmbH, Kerpen

Termine 2007

| | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12. - 13. Mai 2007 | Ober-schleißheim | Refresher-Kurs für Übungsleiter Lungensport Kontakt: lungensport@onlinehome.de |
| 18. - 23. Mai 2007 | San Francisco, USA | ATS - International Conference Programm: www.thoracic.org Kontakt: atsinfo@thoracic.org |
| 09. - 13. Juni 2007 | Göteborg, Schweden | XXVI. Congress of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology - EAACI Programm: www.congrex.com/eaaci2007 Kontakt: eaaci2007@congrex.se |
| 13. - 16. Juni 2007 | Belek, Türkei | 30th European Cystic Fibrosis Conference Programm: www.europeancfconference.org Kontakt: info@ecfsoc.org |
| 22. - 24. Juni 2007 | Bad Reichenhall | 39. Kolloquium Bad Reichenhaller Forschungsanstalt: Lungenerkrankungen und Komorbiditäten Programm: www.forschungsanstalt-bad-reichenhall.de Kontakt: hauck@krankenhaus-bad-reichenhall.de |
| 22. - 23. Juni 2007 | Bad Reichenhall | Train-the-Trainer-Seminar zur ambulanten Schulung von Asthma-Patienten im Rahmen des Bad Reichenhaller Kolloquiums Programm: www.atemwegsliga.de/train-the-trainer.php Kontakt: atemwegsliga.lippspringe@t-online.de |
| 25. - 29. Juni 2007 | Bad Blankenburg | AG Lungensport in Deutschland e.V. Ausbildung zum Übungsleiter Lungensport Kontakt: lungensport@onlinehome.de |
| 05. - 06. Juli 2007 | Bad Blankenburg | Refresher-Kurs für Fachübungsleiter Lungensport Kontakt: lungensport@onlinehome.de |
| 15. - 19. September 2007 | Stockholm, Schweden | European Respiratory Society (ERS) - Annual Congress 2007 Programm: www.ersnet.org Kontakt: info@ersnet.org |
| 26. - 29. September 2007 | Lübeck | 2. Gemeinsamer Deutscher Allergie-Kongress: 30. Kongress des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen (ÄDA), 24. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI), 10. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA) Programm: www.allergie-kongress.de · Kontakt: mail@sersys.de |
| 28. - 30. September 2007 | Nürnberg | Train-the-Trainer-Seminar zur ambulanten Schulung von COPD-Patienten Kontakt: atemwegsliga.lippspringe@t-online.de |
| 28. - 30. September 2007 | Nürnberg | 23. InterPneu Nürnberg Kontakt: www.klinikum-nuernberg.de |
| 29. September 2007 | Bundesweit | 10. Deutscher Lungentag Programm: www.lungentag.de Kontakt: info@lungentag.de |