

ANP Kongress 2024

Multiprofessionelle Führung: gemeinsam verantwortet

Österreichische Gesellschaft für Pneumologie

Bernd Lamprecht, Helmut Täubl

Linz, 6. November 2024



WOFÜR WIR STEHEN

Die Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP) wurde unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg gegründet. Seit damals verfolgt sie das Ziel, gemeinsam den medizinischen Bereich der Lungenkrankheiten wissenschaftlich und fachärztlich weiterzuentwickeln. Durch ihre kontinuierliche Arbeit hat sich die ÖGP als einer der wichtigsten Ansprechpartner in Sachen Lungengesundheit in Österreich etabliert.



TÄTIGKEITEN

Ziel unserer Gesellschaft ist die professionelle Betreuung einschlägiger Patientinnen und Patienten unter modernsten wissenschaftlichen und ethischen Gesichtspunkten durch unsere ärztlichen und nichtärztlichen Mitglieder.

Das langfristige Ergebnis derartiger Bemühungen muss die Verhütung oder wenigstens Verringerung von Atemwegs- und Lungenerkrankungsfällen sein.

Forschung und Lehre werden in angemessenen Umfang durch Förderungspreise unterstützt.

Die Erweiterung der Kooperation mit Fachgebieten der Medizin, die unmittelbar oder auch mittelbar mit unserem Fachgebiet zu tun haben, führte zur Bildung einer stattlichen Anzahl von Expert*innengruppen, die seit Jahren im Rahmen unserer Tagungen integrative Themen präsentieren. Dadurch sind nicht nur die wichtige Zusammenarbeit, sondern auch das Verständnis anderer Fachbereiche im Rahmen unserer Gesellschaft gut verankert.



FORTBILDUNG

Die Organisation von Fortbildungen – also die Möglichkeit, neueste Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie gemeinsam zu studieren – hat im Rahmen unserer Fachgesellschaft zu einer raschen und qualitätssichernden Modernisierung und Intensivierung in der Pneumologie geführt.

Beispielhaft seien hier die Veranstaltungen „Pneumo Aktuell“, die Summer School sowie die Jahrestagung der ÖGP genannt, welche das ganze Jahr hindurch über alle Bereiche der Pneumologie – von pneumologischen Basisthemen und State of the Art-Updates bis hin zu wissenschaftlichen Hot Topics – informieren.



ÖGP

Österreichische Gesellschaft
für Pneumologie

DAS PRÄSIDIUM

PRÄSIDENT



Prim. Univ.-Prof. Dr.
Bernd Lamprecht

VIZEPRÄSIDENTIN



Prim.ª Dr.ª Eveline Kink,
MBA

PAST PRÄSIDENT



Ass.Prof. Dr. Gabor
Kovacs

GENERALSEKRETÄRIN



Prim.ª ao. Univ.-Prof.ª
Dr.ª Judith Löffler-Ragg

MEDIENREFERENT



Clin. Ass. Prof. DDr. Klaus
Hackner

SCHATZMEISTERIN



OÄ Dr.ª Waltraud
Riegler

SEKRETÄR



Univ.FA. Priv.-Doz. Dr.Dr.
Philipp Douschan

BUNDESFACHGRUPPENOBMANN



Dr. Marcel Rowhani



ÖGP

Österreichische Gesellschaft
für Pneumologie

ERWEITERTER VORSTAND

VORSITZENDER DES
PRÜFUNGS-AUSSCHUSSES



Univ.-Prof. Dr. Otto C.
Burghuber

FORTBILDUNGSREFERENT



OA Dr. Michael
Meilinger, MBA

VERTRETERIN DER ÄRZT*INNEN
IN AUSBILDUNG



DDr.in Teresa John

UEMS-DELEGIERTER (EX OFFO)



Dr. Martin Trinker

SECTION EDITOR DER WIKLIWO



Univ.-Prof. Dr. Marco
Idzko

VERTRETERIN
KARDIORESPIRATORISCHE
PHYSIOTHERAPIE



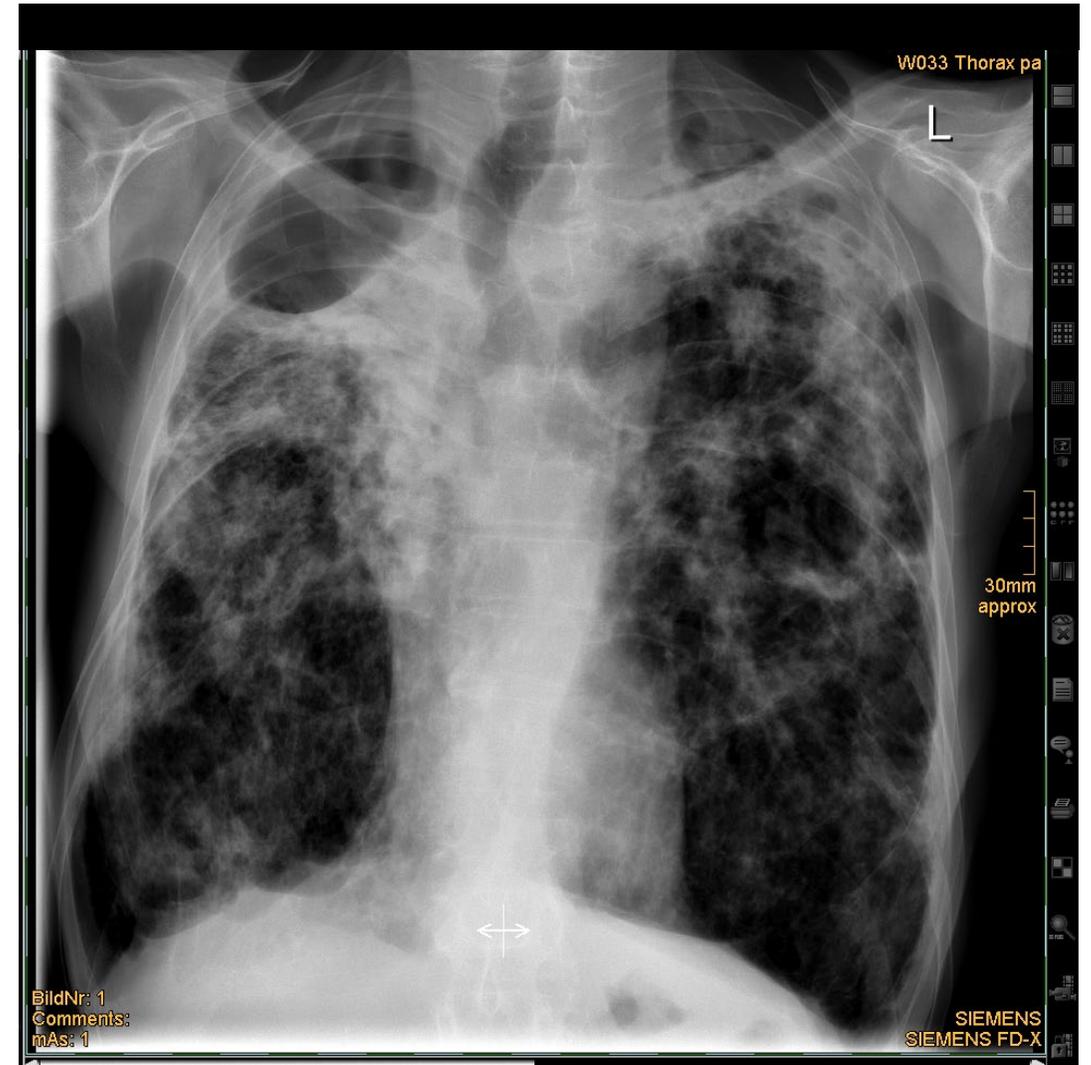
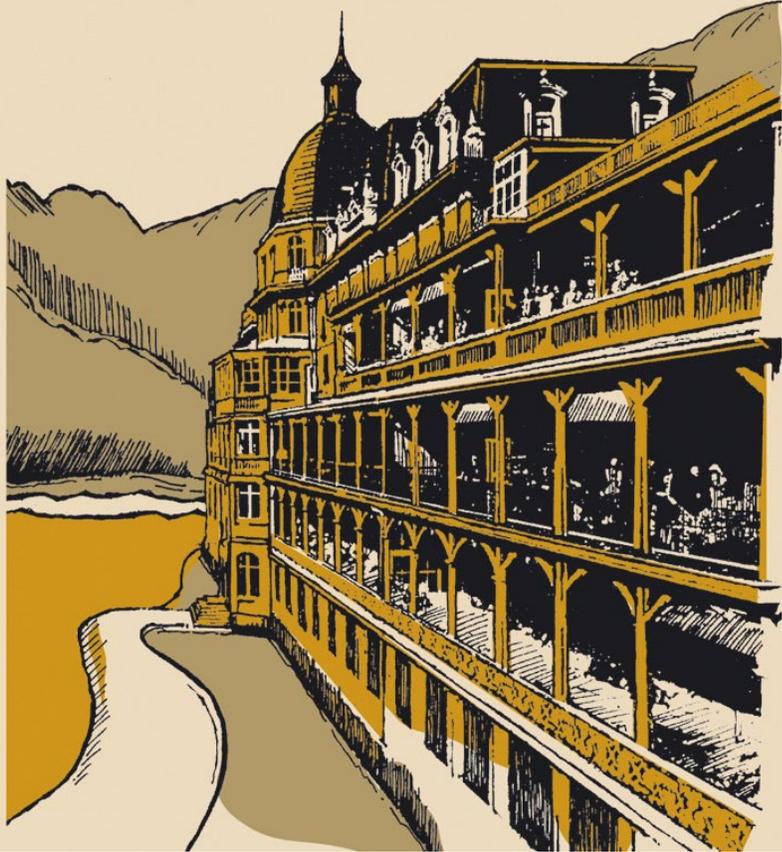
Marlies Wagner, MSc

VERTRETER DER PROFESSION
DER GESUNDHEITS- UND
KRANKENPFLEGE



Helmut Täubi, MScN

Thomas Mann
Der Zauberberg
Roman





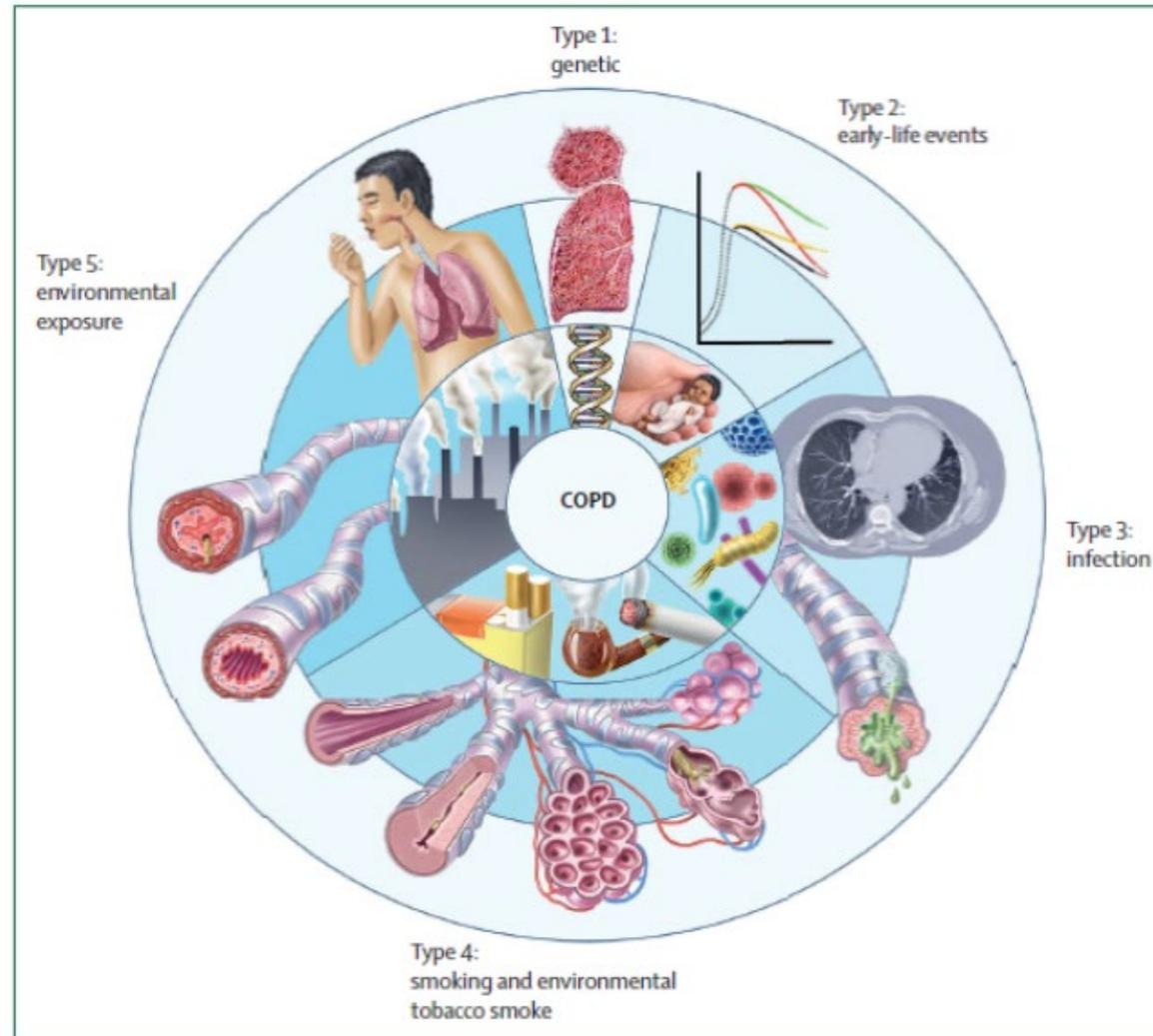
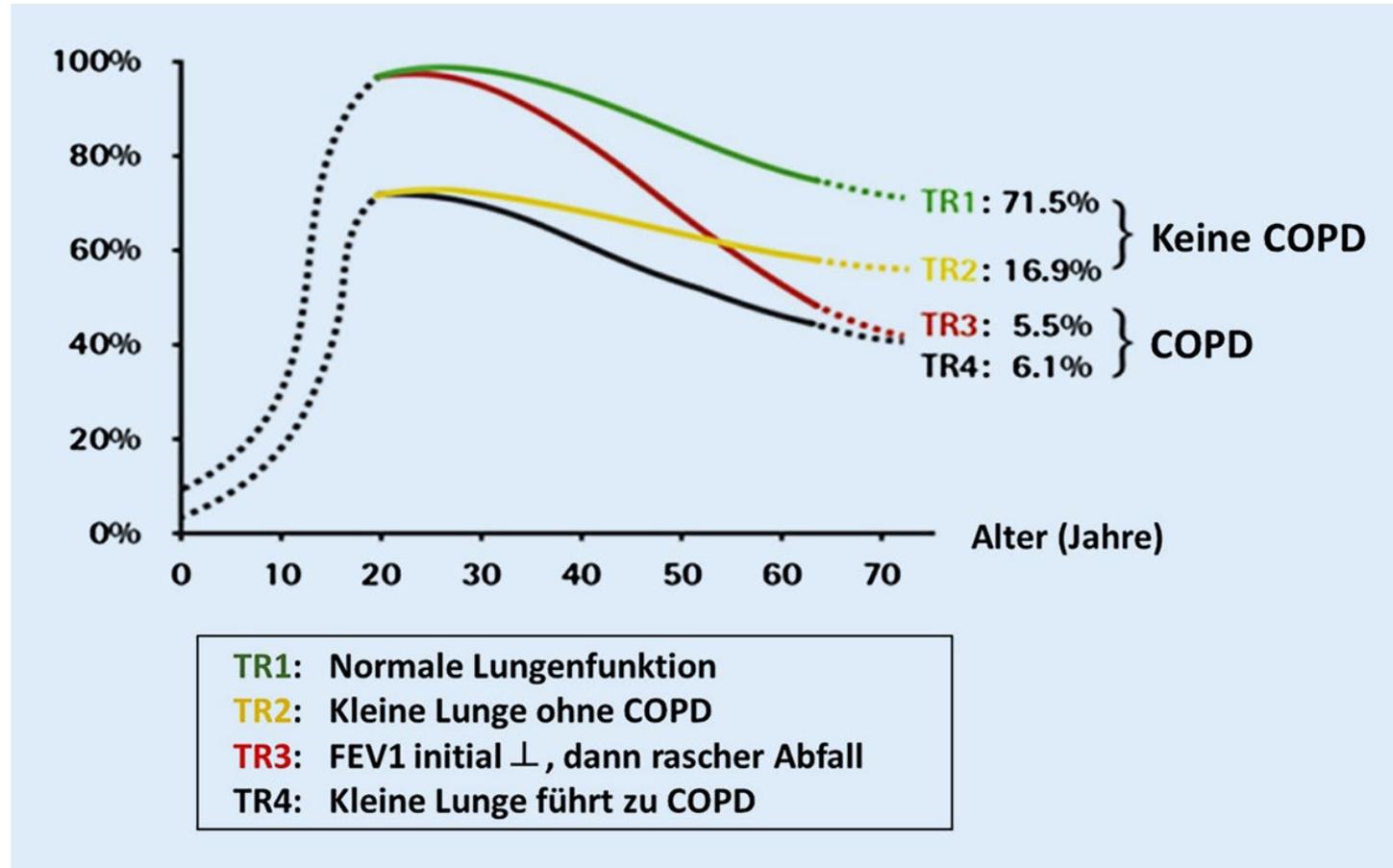


Figure 6: Proposed classification of COPD according to major risk factors

The five proposed types are related to genetics, early-life events, infections, exposure to tobacco smoke, and environmental exposures. We remain cognisant, however, that individuals are prone to multiple exposures throughout life, which could cause additive or interactive damage to lung health. COPD=chronic obstructive pulmonary disease.

COPD als Beispiel



(Lange et al., 2015)

Diagnosestellung / Einteilung

Ihr Name:

Heutiges Datum:

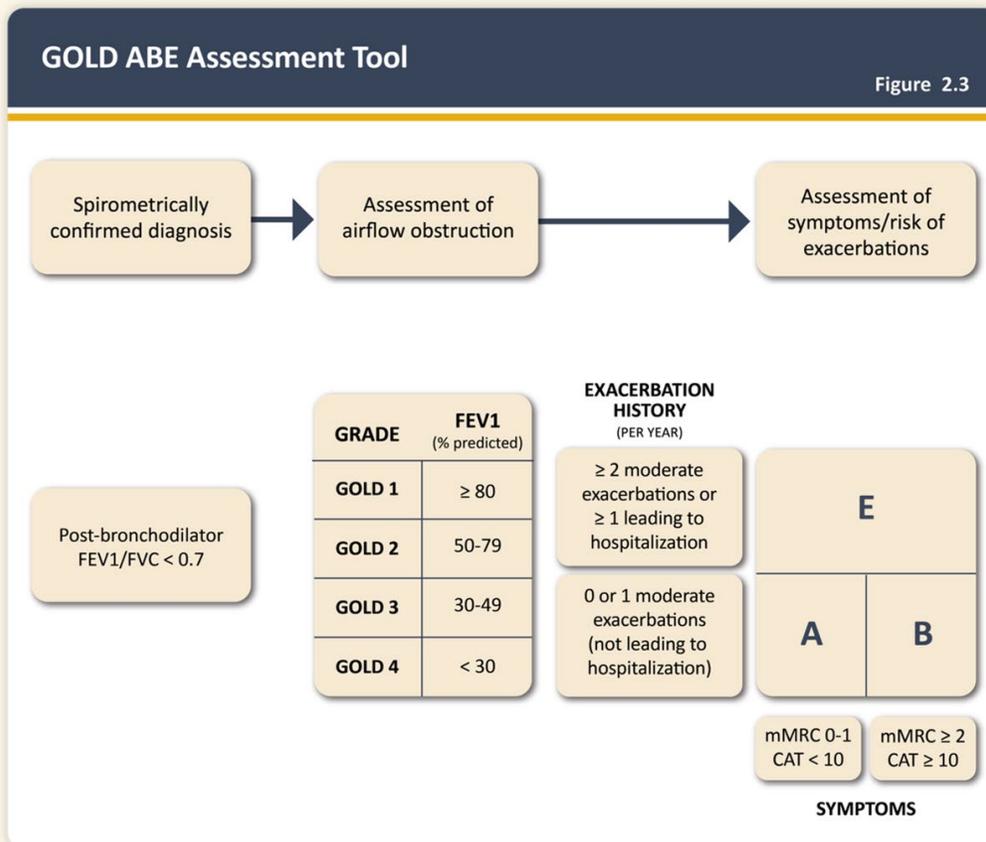
Wie geht es Ihnen mit Ihrer COPD? Füllen Sie den COPD Assessment Test™ (CAT) aus!

Dieser Fragebogen wird Ihnen und Ihrem Arzt helfen, die Auswirkungen der COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) auf Ihr Wohlbefinden und Ihr tägliches Leben festzustellen. Ihre Antworten und das Test-Ergebnis können von Ihnen und Ihrem Arzt dazu verwendet werden, die Behandlung Ihrer COPD zu verbessern, damit Sie bestmöglich davon profitieren.

Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, was derzeit am besten auf Sie zutrifft. Kreuzen Sie (X) in jeder Zeile bitte nur eine Möglichkeit an.

Beispiel: Ich bin sehr glücklich (0) (1) (2) (3) (4) (5) Ich bin sehr traurig

			PUNKTE
Ich huste nie	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Ich huste ständig	<input type="text"/>
Ich bin überhaupt nicht verschleimt	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Ich bin völlig verschleimt	<input type="text"/>
Ich spüre keinerlei Engegefühl in der Brust	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Ich spüre ein sehr starkes Engegefühl in der Brust	<input type="text"/>
Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht außer Atem	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich sehr außer Atem	<input type="text"/>
Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten nicht eingeschränkt	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten sehr stark eingeschränkt	<input type="text"/>
Ich habe keine Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Ich habe wegen meiner Lungenerkrankung große Bedenken, das Haus zu verlassen	<input type="text"/>
Ich schlafe tief und fest	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Wegen meiner Lungenerkrankung schlafe ich nicht tief und fest	<input type="text"/>
Ich bin voller Energie	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	Ich habe überhaupt keine Energie	<input type="text"/>
			SUMME <input type="text"/>



Die medikamentöse Therapie



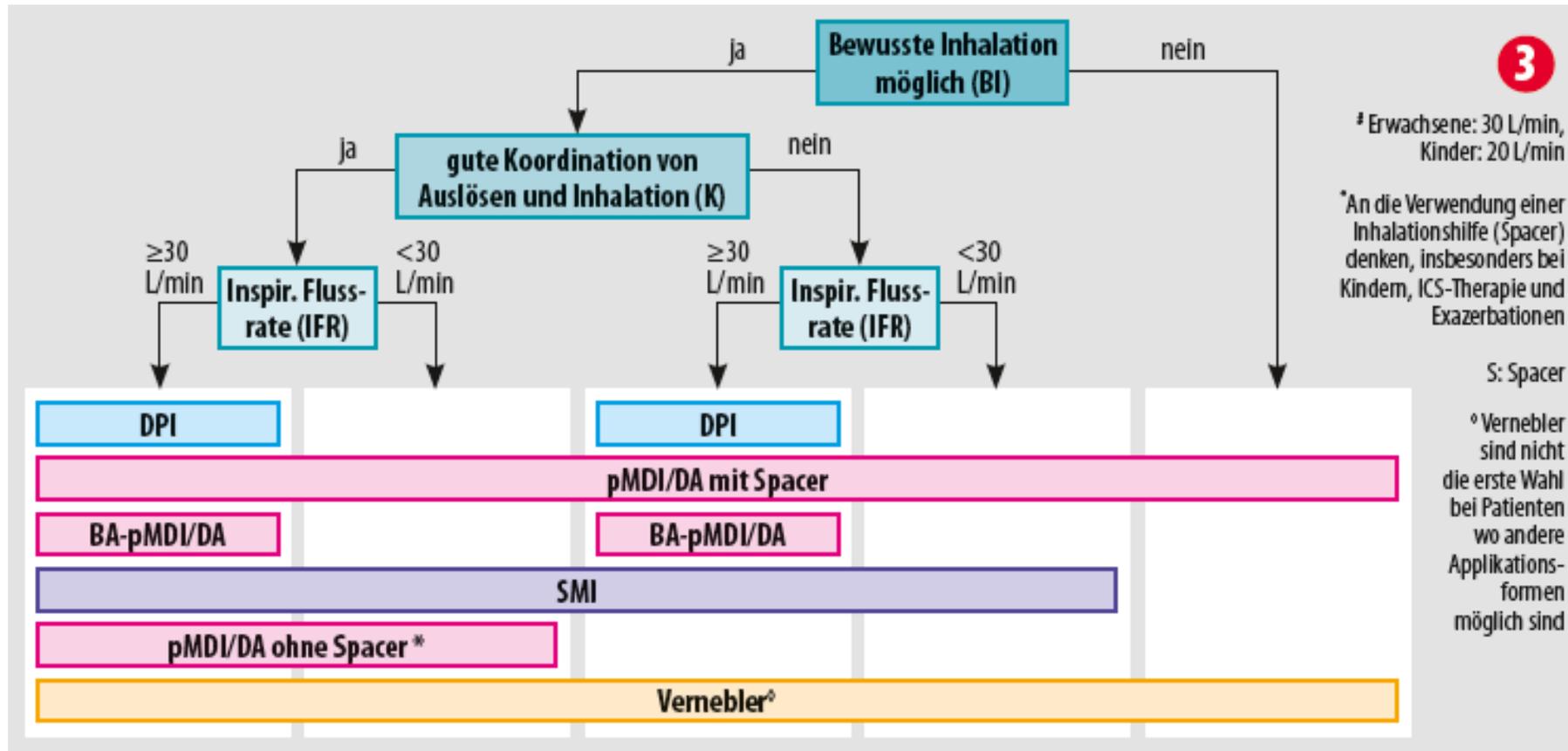
*single inhaler therapy may be more convenient and effective than multiple inhalers
Exacerbations refers to the number of exacerbations per year

Die Realität der medikamentösen Therapie

SABA	Salbutamol (AC02)	SULTANOL DA	DA-Susp.	100 µg ^{m/w}	200	b.B.	-	2	✓	✓	X	0	H	I		NP/KZ2=2	
		NOVOLIZER Salbutamol	Novolizer	100 µg ^{m/w}	200	b.B.	-	1	✓	✓	✓	6					
		SULTANOL Diskus	Diskus	200 µg ^{m/w}	60	b.B.	-	2	✓	✓	X	4					
SAMA	Fenoterol (AC04)	SULTANOL 10 mL Flasche	Inhal-Lsg.	5000 µg/mL ^{m/w}	1	b.B.	-	2	✓	✓	X	1,5					
		BEROTEC DA	DA-Lsg.	100 µg ^{m/2}	200	b.B.	-	2	✓	✓	✓	6	H	II		EF	
SAMA	Ipratropium (BB01)	ATROVENT DA	DA-Lsg.	20 µg ^{m/2}	200	b.B.	-	2	✓	✓	✓	6	G	III		EF	
SABA+SAMA	Fenoterol + Ipratropium (AL01)	BERODUAL DA	DA-Lsg.	50+20 µg ^{m/2}	200	b.B.	-	2	✓	✓	✓	6	EZ	IV		EF	
		BERODUALIN 20 mL Flasche	Inhal-Lsg.	500+261 µg/mL ^{m/2}	1	b.B.	-	2	✓	✓	✓	0					
SABA+SAMA	Salbutamol+ Ipratropium (AL02)	COMBIVENT 2.5 mL Amp.	Inhal-Lsg.	1000+200 µg/mL ^{m/w+2}	10	b.B.	RE2	a	1	✓	✓	✓	18	EZ	IV		
		COMBIVENT 2.5 mL Amp.	Inhal-Lsg.		60	b.B.	RE2	a	1	✓	✓	✓	18				
LABA/LABA	Salmeterol (AC12)	SEREVENT Evohaler	DA-Susp.	25 µg ^{m/w}	120	2A	IND	b	2	✓	✓	✓	4	H	V		
		SEREVENT Diskus	Diskus	50 µg ^{m/w}	60	2A	IND	b	2	✓	✓	✓	4				
		FORAIR DA	DA-Lsg.	12 µg ^{m/2}	120	2A	IND	b	1	✓	✓	✓	12				EF
		FORMOTEROL ratiopharm	Aerolizer	12 µg ^{m/2}	60	2A	IND	b	2	✓	✓	✓	6	H	V		
		NOVOLIZER Formoterol 12	Novolizer	12 µg ^{m/2}	60	2A	IND	b	1	✓	✓	✓	6				NP/KZ2=2
LABA/LABA	Formoterol (AC13) RABA: kann auch als Bedarfsmedikation eingesetzt werden	NOVOLIZER Formoterol 12	Novolizer	12 µg ^{m/2}	60	2A	IND	b	1	✓	✓	✓	6				
		OXIS TH 12	Turbohaler	12 µg ^{m/2}	60	1-2A	IND	b	2	✓	✓	✓	6				
LABA/LABA	Olodaterol (AC19)	STRIVERDI Respimat 2.5	Respimat	2.5 µg ^{m/w}	60	1		-	-	-	-	-	ET	III			
LAMA	Tiotropium (BB04)	SPIRIVA Handihaler 18	Handihaler	18 µg ^{m/w}	30	1	IND	d	1	X	✓	-	-			NP/KZ2=3	
		SPIRIVA Respimat 2.5	Respimat	2.5 µg ^{m/w}	60	1	IND	d	2	✓	✓	✓	6	ET	III		2Hb1, NP/KZ2=3
		TIOTROPIUM Mylan 18	NeumoHaler	18 µg ^{m/w}	30	1	IND	d	3	X	✓	-	-				
		Acidinium (BB05)	BRETAIRIS Genuair 322	Genuair	322 µg ^{m/w}	60	2	IND	d	2	X	✓	-	-	VI		
LAMA	Glycopyrronium (BB06)	EKLIRA Genuair 322	Genuair	322 µg ^{m/w}	60	2	IND	d	2	X	✓	-	-	VI			
		SEEBRI Breezhaler 44	Breezhaler	44 µg ^{m/w}	30	1	IND	d	2	X	✓	-	-	VII			
LAMA	Umeclidinium (BB07)	INCRUSE Ellipta 55	Ellipta	55 µg ^{m/w}	30	1	IND	e	2	X	✓	-	-	VIII			
LABA+LAMA	Vilanterol+Umeclidinium (AL03)	ANORO Ellipta 22/55	Ellipta	22+55 µg ^{m/w}	30	1	IND	e	2	X	✓	-	-	VIII			
		Indacaterol+Glycopyrronium (AL04)	ULTIBRO Breezhaler 85/43	Breezhaler	85+43 µg ^{m/w}	30	1	IND	e	2	X	✓	-	-	VI		
LABA+LAMA	Formoterol+Acidinium (AL05)	BRIMICA Genuair 12/340	Genuair	12+340 µg ^{m/2+6/w}	60	2	IND	e	2	X	✓	-	EZ	EZ			
		DUAKLIR Genuair 12/340	Genuair														
LABA+LAMA	Olodaterol+Tiotropium (AL06)	SPIOLTO Respimat 2.5/2.5	Respimat	2.5+2.5 µg ^{m/w}	60	1	IND	e	1	X	✓	-	EZ	EZ		2Hb1, NP/KZ2=3	
ICS+LABA	Budesonid (BA02)	AEROCORTIN Autohaler 100	Autohaler	100 µg ^{m/2}	200	2A		-	1	✓	✓	✓	5	SH	IX		EF
		BUDIAIR Jet 0.2 mg DA	DA-Lsg.	200 µg ^{m/w}	200	2A		-	✓	✓	X	2					
		MIFLONIDE Breezhaler 200	Breezhaler	200 µg ^{m/w}	60	1-2A		-	2	✓	X	6					
		MIFLONIDE Breezhaler 400	Breezhaler	400 µg ^{m/w}	60	1-2A		-	2	✓	X	6					
		NOVOLIZER Budesonid 200	Novolizer	200 µg ^{m/w}	200	1-2A		-	1	✓	X	6					NP
		NOVOLIZER Budesonid 400	Novolizer	400 µg ^{m/w}	100	1-2A		-	1	✓	X	6					NP
		PULMICORT Turbohaler 0.1	Turbohaler	200 µg ^{m/w}	200	2A		-	2	✓	✓	5					
		PULMICORT Turbohaler 0.2	Turbohaler	200 µg ^{m/w}	100	2A		-	2	✓	✓	5					
		PULMICORT Turbohaler 0.4	Turbohaler	400 µg ^{m/w}	50	2A		-	2	✓	✓	5					
		PULMICORT 0.5mg/2mL Amp.	Inhal-Lsg.	250 µg/mL ^{m/w}	20	1-2A	IND	f	1	✓	✓	✓	0,5				
		PULMICORT 1mg/2mL Amp.	Inhal-Lsg.	500 µg/mL ^{m/w}	20	1-2A	RE1	g	1	✓	✓	✓	0,5				
		ICS+LABA	Fluticason-Propionat (BA05)	FLIXOTIDE DA junior	DA-Susp.	50 µg ^{m/2}	120	2A		-	2	✓	✓	✓	4		
FLIXOTIDE DA std	DA-Susp.			125 µg ^{m/2}	120	2A		-	2	✓	✓	✓	4				
FLIXOTIDE DA forte	DA-Susp.			250 µg ^{m/2}	120	2A		-	2	✓	✓	✓	4				
FLIXOTIDE Diskus junior	Diskus			100 µg ^{m/2}	60	2A		-	1	✓	✓	✓	4				
FLIXOTIDE Diskus std	Diskus			250 µg ^{m/2}	60	2A		-	1	✓	✓	✓	16				
FLIXOTIDE Diskus forte	Diskus			500 µg ^{m/2}	60	2A		-	1	✓	✓	✓	16				
ICS+LABA	Ciclesonid (BA08)	ALVESCO DA 80	DA-Lsg.	80 µg ^{m/w}	60	1A		-	1	✓	X	12	ET	X		EF	
		ALVESCO DA 160	DA-Lsg.	160 µg ^{m/w}	60	1A		-	2	✓	X	12				EF	

ICS+LABA	Fluticason-Propionat+ Salmeterol (AK06)	SERETIDE DA levis	DA-Susp.	50+25 µg ^{m/2+W}	120	2A	IND	c	1	✓	X	4						
		SERETIDE DA std	DA-Susp.	125+25 µg ^{m/2+W}	120	2A	IND	i	1	✓	X	12						
		SERETIDE DA forte	DA-Susp.	250+25 µg ^{m/2+W}	120	2A	IND	i	1	✓	X	12						
		ZOREEDA DA 25/125	DA-Susp.	125+25 µg ^{m/2+W}	120	2A	IND	i	1	✓	X	12						
		ZOREEDA DA 25/250	DA-Susp.	250+25 µg ^{m/2+W}	120	2A	IND	i	1	✓	X	12						
		AIRFLUSAL 250/50	Forspiro	250+50 µg ^{m/2+W}	60	2A	IND	i	3	✓	✓	✓	12					
		AIRFLUSAL 500/50	Forspiro	500+50 µg ^{m/2+W}	60	2A	IND	j	3	✓	✓	✓	12					
		EVERIO Airmaster 100/50	Airmaster	100+50 µg ^{m/2+W}	60	2A	IND	i	3	✓	✓	✓	12					
		EVERIO Airmaster 250/50	Airmaster	250+50 µg ^{m/2+W}	60	2A	IND	i	3	✓	✓	✓	12					
		EVERIO Airmaster 500/50	Airmaster	500+50 µg ^{m/2+W}	60	2A	IND	j	3	✓	✓	✓	12	EZ	EZ			
		SALMECOMP 100/50	Diskus-Sim.	100+50 µg ^{m/2+W}	60	2A	IND	c	2	✓	✓	✓	4					
		SALMECOMP 250/50	Diskus-Sim.	250+50 µg ^{m/2+W}	60	2A	IND	i	3	✓	✓	✓	12					
		SALMECOMP 500/50	Diskus-Sim.	500+50 µg ^{m/2+W}	60	2A	IND	j	3	✓	✓	✓	12					
		SALMET/FLUT Stada 100/50	Airmaster	100+50 µg ^{m/2+W}	60	2A	IND	c	3	✓	✓	✓	12					
		SALMET/FLUT Stada 250/50	Airmaster	250+50 µg ^{m/2+W}	60	2A	IND	i	3	✓	✓	✓	12					
		SALMET/FLUT Stada 500/50	Airmaster	500+50 µg ^{m/2+W}	60	2A	IND	j	3	✓	✓	✓	12					
		SERETIDE Diskus levis	Diskus	100+50 µg ^{m/2+W}	60	2A	IND	c	2	✓	✓	✓	4					
		SERETIDE Diskus std	Diskus	250+50 µg ^{m/2+W}	60	2A	IND	i	3	✓	✓	✓	12					
		SERETIDE Diskus forte	Diskus	500+50 µg ^{m/2+W}	60	2A	IND	j	3	✓	✓	✓	12					
		ICS+LABA	Budesonid+Formoterol (AK07)	SYMBICORT DA 160	DA-Susp.	160+4.5 µg ^{m/w+2}	120	2		-	-	X	✓	18				
SYMBICORT TH mite	Turbohaler			80+4.5 µg ^{m/w+2}	60	1-2A	IND	c	2	✓	X	6				EB12		
SYMBICORT TH	Turbohaler			160+4.5 µg ^{m/w+2}	60	2A	IND	h	1	✓	✓	✓	12	EZ	EZ		EB12	
SYMBICORT TH	Turbohaler			160+4.5 µg ^{m/w+2}	120	2A	IND	h	1	✓	✓	✓	12				EB12	
ICS+LABA	Beclometason+Formoterol (AK08)	FOSTER DA 100/6	DA-Lsg.	100+6 µg ^{m/2}	120	2A	IND	i	1	✓	✓	✓	18				EF, EB8	
		FOSTER DA 200/6	DA-Lsg.	200+6 µg ^{m/2}	120	2A		-	-	X	✓	18	EZ	EZ		EF		
		FOSTER Nexthaler 100/6	Nexthaler	100+6 µg ^{m/2}	120	1-2A	IND	i	1	✓	✓	✓	18				EF, EB8	
ICS+LABA	Fluticason-Furoat+ Vilanterol (AK10)	RELVAR 92/22	Ellipta	92+22 µg ^{m/2+W}	30	1	IND	k	1	✓	✓	✓	12				VIII	
		RELVAR 184/22	Ellipta	184+22 µg ^{m/2+W}	30	1		-	-	X	✓	12						
ICS+LABA	Fluticason-Propionat+Formoterol (AK11)	FLUTIFORM 50/5	DA-Susp.	50+5 µg ^{m/2}	120	2A	IND	c	1	✓	X	5						
		FLUTIFORM 125/5	DA-Susp.	125+5 µg ^{m/2}	120	2A	IND	i	1	✓	X	12	EZ	EZ				
		FLUTIFORM 250/10	DA-Susp.	250+10 µg ^{m/2}	120	2A		-	-	X	✓	18						
ICS+LABA	Mometason-Furoat+ Indacaterol (AK14)	ATECTURA 125/62.5	Breezhaler	125+62.5 µg ^{m/2+W}														
		ATECTURA 125/127.5	Breezhaler	125+127.5 µg ^{m/2+W}	30	1	IND	l	3	✓	X	12				X	Pkg10	
		ATECTURA 125/260	Breezhaler	125+260 µg ^{m/2+W}														
ICS+LABA+LAMA	Fluticason-Furoat+ Vilanterol+ Umeclidinium (AL08)	TRELEGY 92/55/22	Ellipta	92+22+55 µg ^{m/2+W+W}	30	1	IND	m	1	X	✓	18					VIII	
		Beclometason+Formoterol+ Glycopyrronium (AL09)	TRIMBOW 87/5/9	DA-Lsg.	87+5+9 µg ^{m/2+2+W}	120	2	IND	m	1	✓	✓	✓	18	EZ	EZ		EF
		Budesonid+Formoterol+ Glycopyrronium	TRIXEO 160/5/7.2	DA-Susp.	160+5+7.2 µg ^{m/2+2+W}	120	2		-	-	X	✓	18	EZ				

Die Auswahl der individuellen Therapie



(Doberer et al., 2018)

Die nichtmedikamentöse Therapie

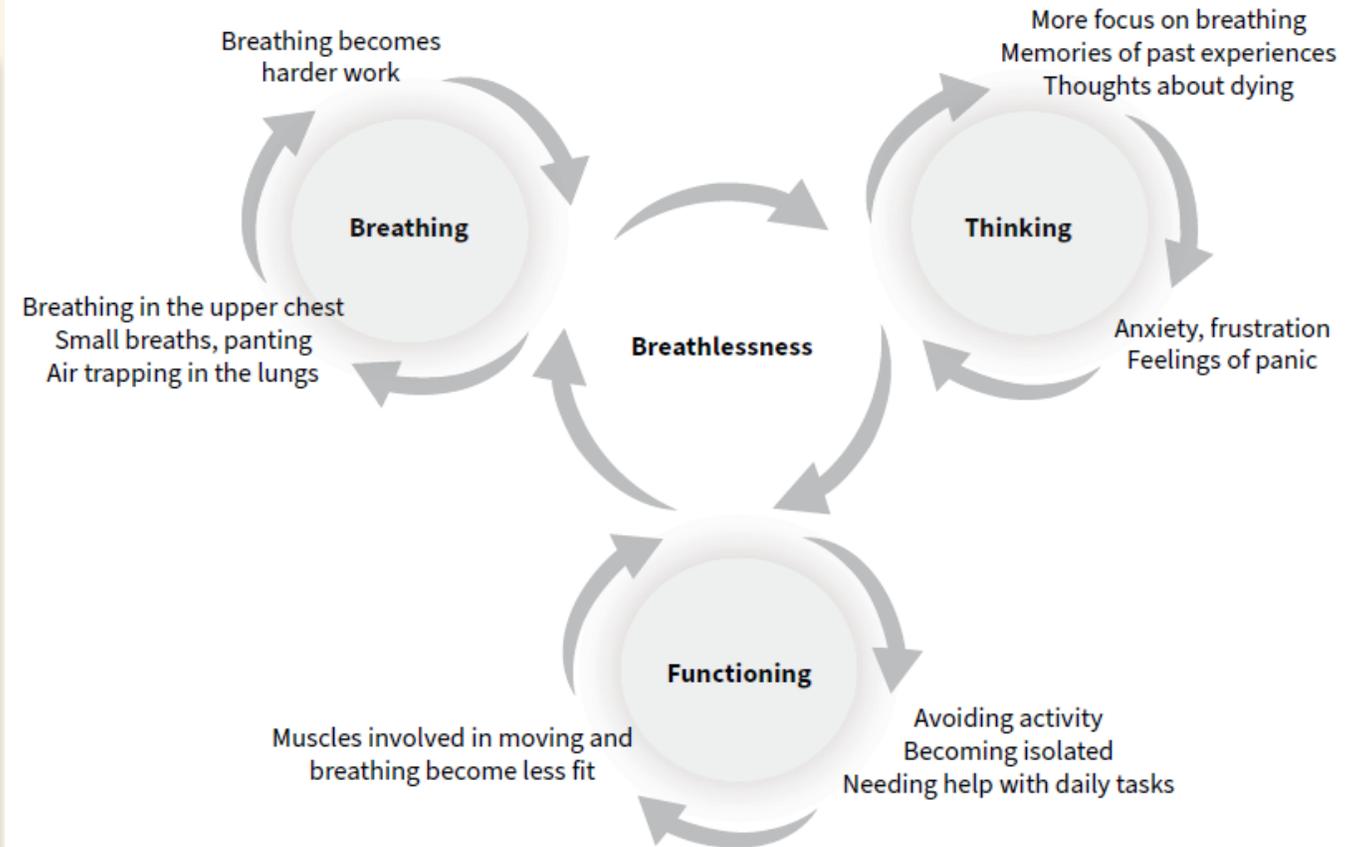
Evidence Supporting a Reduction in Mortality with Pharmacotherapy and Non-pharmacotherapy in COPD Patients Table 3.6

Therapy	RCT*	Treatment effect on mortality	Patient characteristics
Pharmacotherapy			
LABA+LAMA+ICS ¹	Yes	Single inhaler triple therapy compared to dual LABD therapy relative risk reduction: IMPACT: HR 0.72 (95% CI: 0.53, 0.99) ^{1a} ETHOS: HR 0.51 (95% CI: 0.33, 0.80) ^{1b}	Symptomatic people with a history of frequent and/or severe exacerbations
Non-pharmacological Therapy			
Smoking cessation ²	Yes	HR for usual care group compared to intervention group (smoking cessation) HR 1.18 (95% CI: 1.02, 1.37) ²	Asymptomatic or mildly symptomatic
Pulmonary rehabilitation ^{3a}	Yes	Old trials: RR 0.28 (95% CI 0.10, 0.84) ^{3a} New trials: RR 0.68 (95% CI 0.28, 1.67) ^{3b}	Hospitalized for exacerbations of COPD (during or ≤ 4 weeks after discharge)
Long-term oxygen therapy ⁴	Yes	NOTT: ≥ 19 hours of continuous oxygen vs ≤ 13 hours: 50% reduction ^{4a} MRC: ≥ 15 hours vs no oxygen: 50% reduction ^{4b}	PaO ₂ ≤ 55 mmHg or < 60 mmHg with <i>cor pulmonale</i> or secondary polycythemia
Noninvasive positive pressure ventilation ⁵	Yes	12% in NPPV (high IPAP level) and 33% in control HR 0.24 (95% CI 0.11, 0.49) ⁵	Stable COPD with marked hypercapnia
Lung volume reduction surgery ⁶	Yes	0.07 deaths/person-year (LVRS) vs 0.15 deaths/person-year (UC) RR for death 0.47 (p = 0.005) ⁶	Upper lobe emphysema and low exercise capacity

*RCT with pre-specified analysis of the mortality outcome (primary or secondary outcome); ^aInconclusive results likely due to differences in pulmonary rehabilitation across a wide range of participants and settings.

1. a) IMPACT trial (Lipson et al. 2020) and b) ETHOS trials (Martinez et al. 2021); 2. Lung Health Study (Anthonisen et al. 2005); 3. a) Puhan et al. (2011) and b) Puhan et al. 2016; 4. a) NOTT (NOTT, 1980) and b) MRC (MRC, 1981); 5. Kohlein trial (Kohlein et al. 2014); 6. NETT trial (Fishman et al. 2003)

ICS: inhaled corticosteroid; IPAP: inspiratory positive airway pressure; LABA: long-acting beta₂-agonist; LABD: long-acting bronchodilator; LAMA: long-acting anti-muscarinic; LTOT: long-term oxygen therapy; NPPV: noninvasive positive pressure ventilation; LVRS: lung volume reduction surgery; UC: usual treatment control group.



(Spathis et al., 2017)

Beispiel LTOT



Berufsgruppenübergreifende Unterlagen

Eine Empfehlung der



Eine Empfehlung der



Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT) für Erwachsene

Auflage 2024

Anleitung zur Inhalation mit Genuair®

Impressum

Medieninhaber: Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)
Erstellt von den Expert*innengruppen Beatmung und Intensivmedizin sowie Pneumologische Pflege
Druck: Friedrich Druck

Mit freundlicher Unterstützung:



**Inhalative Therapie
Asthma und COPD**

Impressum

Medieninhaber: Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)
Erstellt von der Expert*innengruppe Pneumologische Pflege unter Leitung von DGKP Helmut Täubl, MScN
Druck: Friedrich Druck

Stand: 05/2023

Mit freundlicher Unterstützung:



**ADULT
UPDATE 2023**



2. GERÄTEERKLÄRUNG UND -BESCHREIBUNG | BEFÜLLEN

Empfehlung: Befüllen Sie Ihre mobile Einheit erst kurz vor Benützung. Während des Füllvorgangs können Sie sich den Sauerstoff vom Standgerät zuführen.

Austretender Sauerstoffnebel während des Befüllens stellt KEINE Gefahr dar. Lüften Sie den Raum anschließend.



1. Entfernen Sie die Schutzkappe vom Füllstutzen.



2. Wischen Sie



ögp-positionspapier

Wien Klin Wochenschr
<https://doi.org/10.1007/s00508-020-01722-w>



Wiener klinische Wochenschrift
The Central European Journal of Medicine

Masterplan 2025 der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP) – die erwartete Entwicklung und Versorgung respiratorischer Erkrankungen in Österreich

Michael Studnicka · Bernhard Baumgartner · Josef Bolitschek · Daniel Doberer · Ernst Eber · Josef Eckmayr · Sylvia Hartl · Peter Hesse · Peter Jaksch · Eveline Kink · Meinhard Kneussl · Bernd Lamprecht · Horst Olschewski · Andreas Pfleger · Wolfgang Pohl · Christian Pösch · Christof Rusterhous · Andreas Sanner · Wolfgang Stelzl · Ingrid Stelzmüller · Helmut Täubl · K...



Grundlagen der Pneumologie
Ausgabe 2022