Herbst 2014 · 22. Jahrgang

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

- **Akutes Asthma**
  Behandlungsmöglichkeiten
- **Rehabilitation**
  Praktische Tipps
- **COPD**
  Neue Informationen

Offizielles Organ der:
- Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA
- COPD – Deutschland e.V.
- AG Lungensport in Deutschland e.V.
- Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Die Novartis Atemwegskompetenz

Chronische Erkrankungen der Atemwege betreffen weltweit hunderte Millionen von Menschen und gehen häufig einher mit einer starken Einschränkung der Lebensqualität. Darüber hinaus stellen sie eine der führenden Todesursachen weltweit dar. Wir engagieren uns deshalb seit Jahren für die verbesserte Versorgung von Patienten mit Atemwegserkrankungen, wie z. B.

- **COPD**
- **Zystische Fibrose**
- **Asthma**

mit innovativen Arzneimitteln, kostengünstigen Medikamenten, Verbraucherprodukten und Impfstoffen.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.novartis.de.

NOVARTIS
PHARMACEUTICALS

Novartis Pharma GmbH
Roonstraße 25
90429 Nürnberg
www.novartis.de

ANZEIGE

Liebe Leserinnen und Leser der „Luftpost",

danke, dass Sie die vor Ihnen liegende „Luftpost" aufgeschlagen haben. Gut, dass Sie damit auch Immanuel Kant widersprechen: „Nach dem 40sten Jahr lernt man nichts Neues".

Wir haben nicht nur das äußere Erscheinungsbild der „Luftpost" auf der Titelseite etwas modernisiert, sondern es grüßen Sie mit diesem Editorial auch zwei neue Verantwortliche. Viele Jahre hat unser Ehrenvorsitzender, Herr Dr. Helmut Berck, Freude und Leid geteilt, unsere „Luftpost" verantwortlich zu betreuen. Mit dem Wechsel zu einem neuen Verlag, hat er dieses Ehrenamt in unsere Hände weitergereicht. Wir danken ihm von Herzen, für sein langjähriges und äußerst verdienstvolles Engagement. Neu als Redakteur bei der „Luftpost" begrüßen wir Herrn Dr. Hellmuth Nordwig. Er stellt sich in der nächsten „Luftpost" kurz vor.

Verlässlich und der Jahreszeit entsprechend, bietet Ihnen die vorliegende Ausgabe unserer „Luftpost" einen bunten Strauß von aktuellen Artikeln bis zu allgemein gültigen Beiträgen. Verstärkt widmen wir uns auch dem Lungensport, einer medikamentfreien aber fast immer sehr guten Möglichkeit der Verbesserung und Kontrolle der eigenen Krankheitssituation.

Nicht nur im November spielt die Psyche eine große Rolle. Diesem Schwerpunkt widmen sich mehrere Artikel.

Wir waren beim diesjährigen 7. Symposium Lunge in Hattingen wieder gut mit einem Stand und einem Workshop vertreten. Ganz besonders stolz waren wir, dass wir, auf dem an der Zahl der Teilnehmer gemessen, weltweit größten Fachkongress der Lungenärzte,

mit fast 22.000 Teilnehmern in München, sogar mit einem eigenen Poster unserer Befragung zur COPD, gemeinsam mit der Universitätsklinik in Homburg/Saar, als Patientenvertretung präsent waren. Als aktive Teilnehmer auf der vorangehenden Patientenveranstaltung am Odeonsplatz in München (s. Bericht im Heft) hatten wir viele Besucher.

Ein Höhepunkt unserer diesjährigen Mitgliederversammlung war die Verleihung unseres Ehrenpreises 2014.

Wir wünschen Ihnen viele Anregungen und hoffen, auch manche persönlichen Initiativen anzuregen, oder um mit Aristoteles zu schließen: „Wir können den Wind nicht ändern, aber die Segel anders setzen." Lassen Sie uns dies gemeinsam tun!

Ihr
Dr. Michael Köhler
Vorsitzender der DPLA und das Team der „Luftpost"

Editorial

3 Frischer Wind für die „Luftpost"

Asthma

5 Das akute Asthma
8 Wie kann ich Atemwegsinfektionen vermeiden?

COPD

10 COPD: Neue Studien zur Behandlung
14 COPD und Begleiterkrankungen
18 Neue Medikamente für die COPD-Behandlung

Rehabilitation

22 Rehabilitation bei COPD - Bewährtes und Neues
26 Ambulante pneumologische Rehabilitation
30 Neue Trainingsmethoden in der pneumologischen Rehabilitation
34 Rehabilitation bei Asthma und COPD

Begleitende Therapiemaßnahmen

38 Lungensport - wozu?
40 Was gibt es Neues von der Tabakabhängigkeit?
42 Grundlagen des Lungensports

Psychische Belastungen

44 Angst, Panik und Depression - zu wenig beachtet bei der COPD
46 Lungentransplantation in Deutschland 2014
48 Warum braucht der Sauerstoffpatient eine spezielle Patientenverfügung?

Zu Ihrer Information

50 Der „Lungeninformationsdienst" bietet unabhängige Informationen
51 Wasserpfeifen: so schädlich wie Zigaretten
52 Bericht vom 7. Symposium Lunge in Hattingen
54 „Healthy Lungs for Life - Breathe Clean Air"
57 Auch 2014: „Aktion Lauffeuer" gegen COPD
57 Pneumokokken-Impfung: Empfehlung

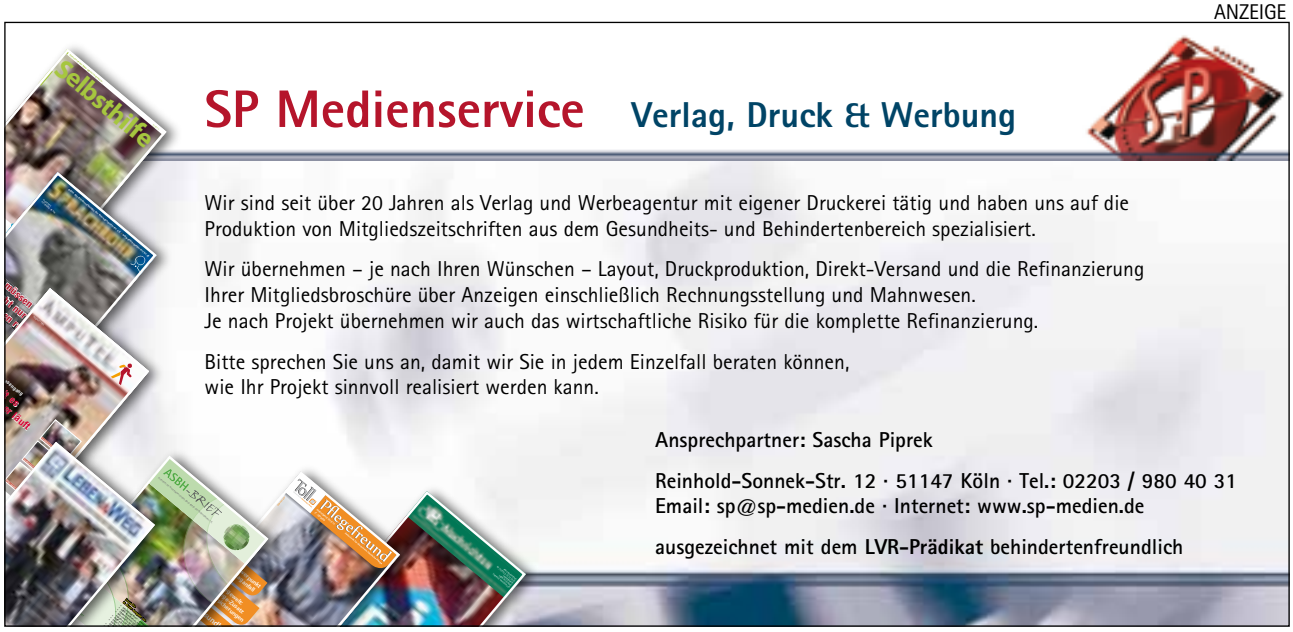
Selbsthilfe

58 Mitgliederversammlung der DPLA e. V.
59 Mitbestimmung leben
60 Ehrenpreis der DPLA an Herrn Dirmeier
60 10 Jahre Lungensport in Marburg
61 Lachen ist die beste Medizin - DPLA-Ortsverband Wuppertal
61 Wir gratulieren
62 Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen - DPLA e. V.
63 Regional aktive Selbsthilfegruppen der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland
64 Warum auch Sie Mitglied in der DPLA e. V. werden sollten
65 Mitgliedsantrag

Rubrik

66 Impressum
66 Abonnement

ANZEIGE



Das akute Asthma

Das Asthma bronchiale gehört zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Etwa fünf Prozent der Bevölkerung leiden darunter. Wie entsteht die Krankheit? Und welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

von Prof. Dr. Jens Schreiber

© Ljupco Smokovski - fotolia.com

Asthma ist eine chronisch entzündliche Bronchialerkrankung. Ihr wichtigstes Kennzeichen ist eine Überempfindlichkeit der Atemwege (Ärzte sprechen von der bronchialen Hyperreaktivität). Die Beschwerden können sich erheblich unterscheiden. Bei den meisten Patienten kann die Krankheit durch eine zielgerichtete Behandlung gut kontrolliert werden. Die Grundlage der Therapie ist die regelmäßige Anwendung inhalierbarer Glukokortikosteroide (Kortisonpräparate), die örtlich im Bronchialsystem wirken. Trotzdem sind akute Verschlechterungen der Erkrankung möglich. Diese reichen vom leicht zu behandelnden und schnell reversiblen Asthmaanfall bis hin zum potenziell lebensbedrohlichen Status asthmaticus. Trotz guter Behandlungsmöglichkeiten sterben viele Menschen am Asthma bronchiale: in den Industrienationen etwa fünf Personen pro Million Einwohner. Dies ist besonders tragisch, denn diese Todesfälle könnten meist vermieden werden.

Akute Verschlechterungen eines Asthmas werden als Exazerbationen bezeichnet. Sie sind gekennzeichnet durch die Zunahme der Atemnot, Husten, Giemen (trockenes, oft pfeifendes Atemgeräusch) oder Engegefühl im Brustkorb. Dazu kommt eine fortschreitende Verschlechterung der Lungenfunktion. Insgesamt verändert sich der gewöhnliche Zustand des Patienten so, dass die Behandlung intensiviert werden muss. Als Asthmaanfall werden zunehmende Beschwerden innerhalb von Minuten oder Stunden bezeichnet. Ein Status asthmaticus ist ein Asthmaanfall, der trotz adäquater Behandlung länger als 24 Stunden besteht. Eine Sonderform ist das heute selten gewordene, sogenannte „Brittle Asthma" mit innerhalb von Minuten einsetzenden lebensbedrohlichen Asthmaanfällen.

Auslöser und Risiken

Potenzielle Auslöser einer Asthmaexazerbation sind unter anderem Infekte, Allergene und Medikamente (Betablocker, Schmerzmittel bei Unverträglichkeit). Bedeutsam ist die Tatsache, dass schwere Exazerbationen auch bei Patienten mit leichtgradigem und gut kontrolliertem Asthma vorkommen können. Wenn Exazerbationen auftreten, ist dies aber meist ein Zeichen dafür, dass die Erkrankung ungenügend kontrolliert ist und eine Intensivierung der Therapie erforderlich ist.

So unterscheiden sich leichte Asthmaanfälle von schweren, lebensbedrohlichen

	Sprechen	Atemzüge pro Minute	Puls, Schläge pro Minute	Peak-Flow-Wert***
leichter Anfall	normal	unter 25	unter 120	über 50%*
lebensbedrohlich	kaum möglich	über 25 **	über 120	unter 100 Liter pro Minute

** des Norm- oder individuellen Bestwerts | ** unter Einsatz der Atemhilfsmuskulatur | *** maximale Ausatmungsgeschwindigkeit*

Risiken für zukünftige Asthmaexazerbationen sind unter anderem:

- frühere schwere Exazerbationen,
- die frühere Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung und einer künstlichen Beatmung wegen des Asthmas,
- eine schwere Asthmaform, die dauerhaft mit Kortisontabletten behandelt werden muss, aber auch das Absetzen dieser Medikamente,
- eine fehlende Therapie mit inhalierbaren Kortisonpräparaten und überhaupt eine schlechte Therapietreue,
- eine Überdosierung von bronchialerweiternden Medikamenten (Bedarfssprays),
- das Vorliegen von Angststörungen oder Depressivität oder von psychosozialen Problemen,
- eine zu geringe subjektive Wahrnehmung von Luftnot und
- Zigarettenrauchen.

Bevor eine Asthmaexazerbation ihren Höhepunkt erreicht, nimmt die bronchiale Entzündung meist bereits mehrere Tage lang zu. Die Symptome werden stärker, der Medikamentenbedarf steigt. Wenn man in dieser Phase die antientzündliche Therapie mit inhalierbaren Kortisonpräparaten frühzeitig intensiviert, können Schwere und Häufigkeit von Asthmaexazerbationen deutlich reduziert werden. In der Fachsprache heißt dieses Konzept MART (maintenance and reliever therapy); gemeint ist, dass bei Bedarf die Therapie mit Formoterol und einem inhalierbaren Kortisonpräparat verstärkt wird. Dies wird in den aktuellen Leitlinien empfohlen.

Ein Asthmaanfall ist gekennzeichnet durch schwere Luftnot, vermehrte Atemanstrengung sowie Giemen und Brummen über den Lungen. Im schwersten Asthmaanfall können aufgrund einer nahezu vollständigen Verengung der Bronchien Giemen und Brummen jedoch fehlen. Es liegt dann eine sogenannte „stille Lunge" vor. Dies bedeutet unmittelbare Lebensgefahr. Weitere lebensbedrohliche Symptome sind Bewusstseinsstörungen und eine bläuliche Verfärbung der Lippen (Zyanose).

Behandlung des akuten Asthmas

Die Behandlung richtet sich nach der anfänglichen Einschätzung der Schwere des Anfalls. Im Vordergrund der Therapie steht die sofortige, ausreichend dosierte und wiederholt angewendete Inhalation eines schnell wirksamen bronchialerweiternden Medikaments (eines sogenannten Beta-2-Mimetikums). Dieses muss meist mit einem Glukokortikoid (Kortisonpräparat) kombiniert werden. Die noch gelegentlich praktizierte alleinige intravenöse Gabe von Theophyllin und Prednisolon ist ein Fehler.

Bei einem leichten bis mittelschweren Asthmaanfall kann die Behandlung meist ambulant erfolgen:

- zunächst 2-4 Hübe eines schnell wirksamen Beta-2-Mimetikums (Salbutamol, Fenoterol), möglichst mit einer Inhalationshilfe; bei Bedarf alle 10 bis 15 Minuten wiederholen; Dosierung individuell.
- zusätzlich 25 bis 50 mg Prednisolon als Tabletten oder intravenöse Injektion; darauf darf nur dann verzichtet werden, wenn es bereits nach der ersten Anwendung eines bronchialerweiternden Medikaments zu einer vollständigen Rückbildung des Anfalls kommt.

Beim schweren und lebensbedrohlichen Asthmaanfall ist die schnellstmögliche Aufnahme in ein Krankenhaus notwendig. Es erfolgt die Gabe von Sauerstoff über eine Nasensonde oder eine Maske. Die bronchialerweiternde Therapie mit einem schnell wirksamen Beta-2-Mimetikum erfolgt wie bei leichten Anfällen über eine Inhalationshilfe und wird durch die inhalative Gabe eines Anticholinergikums (Ipratropiumbromid = Atrovent®) ergänzt. Die Anfangsdosis Prednisolon beträgt 50 bis 100 mg. Außer bei den leichtesten Exazerbationen werden innerhalb der ersten Stunde auch Glukokortikosteroide (Kortisonpräparate) verabreicht. In der Regel erfolgt dann die Therapie mit etwa 50 mg Prednisolon über 5 bis 7 Tage. Eine Verlängerung auf 10 bis 14 Tage erbringt meist keinen Zusatznutzen. Tabletten und Spritzen sind ähnlich wirksam. Bei Patienten, die eine adäquate Therapie mit inhalierbaren Kortisonpräparaten durchführen, konnte ein Nutzen eines „Ausschleichens", also einer schrittweisen Reduktion der Kortisontabletten, bisher nicht nachgewiesen werden.

Was den Einsatz von Theophyllin beim akuten Asthma angeht, sind die aktuellen internationalen Leitlinien unmissverständlich. Dort heißt es: „Die intravenöse Anwendung ist mit schweren und potenziell fatalen Nebenwirkungen assoziiert (...). Bei Erwachsenen verbessert eine zusätzliche Behandlung mit Theophyllin die Ergebnisse nicht im Vergleich zu alleinigen SABA (Beta-2-Mimetika, Anm. d. Red.)". In der aktuellen deutschen Nationalen Versorgungsleitlinie zum Asthma bronchiale wird die Verabreichung

von Theophyllin dann zugelassen, wenn die bisherige Medikation ausgeschöpft wurde und nicht ausreichend wirksam war. Ein weiteres Medikament, das unter diesen Umständen im Krankenhaus eingesetzt werden kann, ist Magnesiumsulfat als Infusion.

Sollte es trotz Therapie zu einer weiteren Verschlechterung der maximalen Ausatmungsgeschwindigkeit (Peak Flow), zu einem zunehmenden Sauerstoffmangel oder gar zu einem Anstieg der Kohlendioxidwerte im Blut kommen, oder treten eine Bewusstseinsstörung, Bewusstlosigkeit oder ein Atemstillstand auf, muss eine umgehende intensivmedizinische Versorgung und eine mechanische Beatmung erfolgen.

Folgende Maßnahmen haben sich bei Asthmaexazerbationen als unwirksam und/oder potenziell riskant erwiesen und sollten daher nicht erfolgen:

- Beruhigende Medikamente (Sedativa/Anxiolytika) - diese können die Atmung verschlechtern und dazu führen, dass der Patient die Schwere des Anfalls falsch einschätzt.
- Antibiotika sollten nur bei Exazerbationen eingesetzt werden, die wahrscheinlich durch Bakterien ausgelöst sind. Die Mehrzahl der infektionsbedingten Exazerbationen ist jedoch auf Viren zurückzuführen. Meist sind Antibiotika nicht erforderlich.
- Hustenlöser (Expektoranzien, Mukopharmaka) können eine Zunahme des Hustens verursachen und sind nicht effektiv zur Behandlung eines akuten Asthmas.

Nach erfolgreicher Therapie eines schweren Asthmaanfalls oder Status asthmaticus müssen die Dauertherapie und Therapietreue des Patienten überprüft werden. Es muss nach auslösenden Faktoren gefahndet werden und eine Schulung des Patienten erfolgen. Ferner muss eine spezialisierte pneumologische ambulante Behandlung gewährleistet sein. ■

Der Autor:
Prof. Dr. Jens Schreiber ist Internist und Facharzt für Pneumologie, Allergologie, Schlafmedizin und Umweltmedizin. Er ist Chefarzt des Bereichs für Pneumologie an Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.

ANZEIGE

GTI medicare
Oxygen Technology

HOMECARE

InogenOne G2
Der kraftvolle und leistungsstarke Mini-Sauerstoff-Konzentrator!

Vorteile die überzeugen:
- 6 Leistungsstufen
- bis zu 8 h unabhängig*
- Flüsterleise
- Schlafmodus
- Atemzug gesteuert
- Gewicht 3,2 kg

* In Kombination mit optionaler Batterie bei Einstellung 2

NEUE VERSION JETZT MIT SCHLAFMODUS

Sicherheit für Tag und Nacht!

Mobilität und Verbesserung der Lebensqualität mit dem tragbaren Mini-Sauerstoff-Konzentrator.

GTI medicare GmbH • info@gti-medicare.de • www.gti-medicare.de
Hattingen • Hamburg • Dessau • Bielefeld • Römhild • Idstein
Karlsruhe • Nürnberg • Stuttgart • München

Servicetelefon Hattingen 0 23 24 – 91 99-0
Servicetelefon Hamburg 0 40 – 61 13 69-0

Wie kann ich Atemwegsinfektionen vermeiden?

In den letzten Jahren sind Infektionen der unteren Atemwege immer häufiger geworden. Gefährlich sind Viren und Bakterien für Patienten mit Lungenkrankheiten. Impfungen und andere Maßnahmen können wirksam schützen.

von Prof. Dr. Heinrich Worth

Zu den Krankheiten gehören in erster Linie die Entzündung der Atemwege (Bronchitis) und die des Lungengewebes (Pneumonie). Besonders gefährdet sind Patienten, deren Körperabwehr beeinträchtigt ist, ältere Menschen sowie Patienten mit strukturellen Lungenkrankheiten wie COPD. Haupterreger der Infektionen der unteren Atemwege sind Viren (Influenzaviren, Rhinoviren, RSV-Viren, Corona-Viren) und Bakterien, von denen Pneumokokken die größte Bedeutung haben. Nicht selten tritt zunächst eine Virusinfektion auf, der anschließend eine bakterielle Entzündung im Bereich der Lunge folgt.

Die Viren überleben in Flüssigkeiten und können durch sie übertragen werden. Das kann durch winzigste Tröpfchen, die sogenannten Aerosole, durch größere Tröpfchen oder durch direkten Kontakt mit einer virushaltigen Flüssigkeit geschehen. Häufig ist die Übertragung durch Husten oder Niesen. Dabei werden winzigste Teilchen in die Umgebung geschleudert; über sie können Infektionen auch über größere Strecken übertragen werden. Für Angehörige erkrankter Personen und das medizinische Personal ist es besonders wichtig, die Hände zu desinfizieren und Schutzhandschuhe zu tragen, um die direkte Übertragung der Infektion zu verhindern. Sind sehr viele Menschen - etwa mit Influenzaviren - infiziert, können Schutzmasken die Ansteckungsgefahr verringern.

Besonders wichtig: Die Grippeimpfung

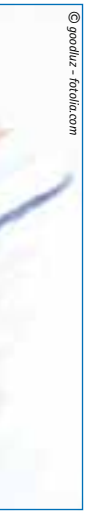
Die genaue Diagnose von Viruserkrankungen der Atemwege ist schwierig, und die Behandlungsmöglichkeiten sind begrenzt. Daher kommt der Vorbeugung mittels Impfung ein hoher Stellenwert zu. Vor allem die Schutzimpfung gegen Influenzaviren (die Erreger der „echten" Grippe) gehört zu den wirksamsten vorbeugenden Maßnahmen. Sie sollte vorzugsweise im Oktober und November durchgeführt werden. Man kann sie aber auch während der Grippesaison nachholen. Empfohlen wird diese Schutzimpfung Personen, die älter

als 60 Jahre alt sind sowie Patienten mit strukturellen Lungenerkrankungen oder einer Abwehrschwäche. Da sich die Gene der Grippeviren rasch ändern, muss die Schutzimpfung jährlich wiederholt werden.

Wenn eine Ansteckung bereits erfolgt ist und grippeähnliche Beschwerden (Frösteln, Gliederschmerzen, Abgeschlagenheit, Husten) auftreten, kann stärkeren Krankheitszeichen in manchen Fällen vorgebeugt werden. Spätestens 48 Stunden nach Einsetzen der Symptome kann dann ein Behandlungsversuch mit sogenannten Neuraminidasehemmern (Oseltamivir, Zanamivir) erfolgen. Diese Medikamente mindern Schweregrad und Dauer der Erkrankung. Wenn sie rechtzeitig eingenommen werden, gewähren sie auch einen gewissen Schutz vor einem ungünstigen Krankheitsverlauf.

Neuer Impfstoff gegen Pneumokokken

Auch gegen Pneumokokken, also die Bakterien, die eine Lungenentzündung auslösen können, gibt es eine Schutzimpfung. Diese ist bei Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen empfehlenswert, um einen schwerwiegenden Verlauf einer solchen Lungenentzündung zu verhindern. Viele Jahre stand ausschließlich ein einziger, sogenannter Polysaccharid-Impfstoff zur Verfügung, der gegen 23 verschiedene Typen von Pneumokokken zugleich gerichtet ist. Er kann etwa drei von vier jungen Erwachsenen vor einer Infektion schützen, doch die Schutzwirkung bei über 55-Jährigen liegt nur bei 42 Prozent. Sterblichkeit und Krankenhausaufenthaltsdauer bei geimpften Patienten können deutlich gesenkt werden. Es ist offen, wie wirksam es ist, die Schutzimpfung nach sechs Jahren zu wiederholen, was früher empfohlen wurde.


© goodluz - fotolia.com

Seit einigen Jahren gibt es den neuen Impfstoff Prevenar13®. Er war zunächst nur für Kinder vorgesehen. Inzwischen ist er auch für Erwachsene zugelassen. Mit 13 Typen von Pneumokokken deckt er die wichtigsten Erreger dieser Gruppe ab. Dank dieses Impfstoffs ist die Zahl der Pneumokokkenerkrankungen deutlich zurückgegangen.

Infektionen mit Viren und/oder Bakterien sind häufig auch für die akuten Verschlechterungen im Rahmen der COPD, die sogenannten Exazerbationen, verantwortlich. Die wichtigste Gegenmaßnahme ist hier eine strukturierte Patientenschulung. Sie ermöglicht es COPD-Patienten, frühzeitig akute Verschlechterungen zu erkennen und darauf mit erlernten Selbsthilfemaßnahmen zu reagieren. So kann die Häufigkeit und der schwere Verlauf von Exazerbationen verringert werden.

Keine Dauerbehandlung mit Antibiotika

Influenza- und Pneumokokkenschutzimpfungen tragen ebenfalls dazu bei, das Risiko akuter Exazerbationen zu verringern, wie auch bei schwerer COPD langwirksame Anticholinergika, langwirksame Beta-2-Mimetika und inhalative Kortikoide (Kortisonpräparate zum Einatmen). Roflumilast und Cineol, ein Eukalyptuspräparat, können ebenfalls dazu beitragen, dass Exazerbationen seltener auftreten. Wenn eine bakterielle Infektion vorliegt (erkennbar an gelb oder grün gefärbtem Auswurf), ist in der Regel die Behandlung mit einem Antibiotikum notwendig. Sehr umstritten ist jedoch eine Dauerbehandlung mit Antibiotika, um Patienten mit schwerer COPD und häufigen Exazerbationen vor der Ansteckung mit Bakterien zu schützen. Davon ist eher abzuraten. ■

Der Autor:
Prof. Heinrich Worth
ist Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Medizinischen Klinik 1 am Klinikum Fürth sowie Vorsitzender der AG Lungensport in Deutschland e. V.

ANZEIGE

Mehr Luft - Mehr Lebensqualität

Wenn Sie sich durch Ihr Lungenemphysem bereits bei den kleinen Dingen des Alltags eingeschränkt fühlen, dann könnten Coils Ihre Lebensqualität verbessern -

Coils wurden entwickelt, um
- die Überblähung der Lunge zu reduzieren
- die Elastizität der Lunge zu verbessern
- die kleinen Atemwege offen zu halten
- die Atembeschwerden zu reduzieren

Bronchoskopisches Verfahren
Unabhängig von kollateraler Ventilation

PneumRx GmbH
Prinzenallee 19
40549 Düsseldorf
T 0211 54 22 75 – 0
E info-DE@pneumrx.com
www.pneumrx.de

PneumRx

COPD: Neue Studien zur Behandlung

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist eine sehr häufige chronische Krankheit. Für die Therapie stehen verschiedene Medikamentengruppen zur Verfügung: inhalatives Kortison, Beta-2-Mimetika und ein lang wirksames Anticholinergikum. In Studien ist kürzlich untersucht worden, wie wirksam neue Kombinationspräparate sind, wie die Patienten in den Phasen der Verschlechterung (Exazerbation) am besten behandelt werden können und ob die E-Zigarette zur Rauchentwöhnung taugt.

von Andreas Klemmer, Dr. Timm Greulich und Prof. Dr. Claus Vogelmeier

COPD tritt vor allem bei Patienten auf, die lange Jahre schädliche Stoffe (in erster Linie Tabakrauch) eingeatmet haben. Es kommt dabei zu einer Entzündungsreaktion in den Atemwegen und zu einer chronischen Bronchitis mit Verengung der Atemwege, die nicht mehr vollständig zurückgeht und die Atmung behindert. Die Zerstörung von Lungengewebe (Emphysembildung) und damit eine Einschränkung des Gasaustausches können folgen.

Die Erkrankung COPD tritt immer häufiger auf, vor allem bei älteren Menschen. Etwa 13 Prozent der deutschen Bevölkerung in der Altersgruppe über 40 Jahre sollen daran erkrankt sein; der größte Teil der Betroffenen ist älter als 60 Jahre. Insgesamt sind mehr Männer als Frauen betroffen, wobei davon auszugehen ist, dass das Geschlechtsverhältnis bald ausgeglichen sein wird - denn Frauen rauchen inzwischen annähernd so viel wie Männer.

Die COPD belegt in der weltweiten Todesursachenstatistik aktuell den vierten Platz. Unter den zehn häufigsten Krankheiten ist sie die einzige Erkrankung, deren Häufigkeit weiter zunimmt. Zudem konnte in einer aktuellen Analyse in den USA gezeigt werden, dass in den letzten 50 Jahren immer mehr Menschen an den Folgen der COPD gestorben sind.

Diagnostik und Abgrenzung gegen Asthma

Das Frühstadium der COPD ist schwierig zu erkennen. Die Diagnose richtet sich nach den Beschwerden des Patienten, vor allem aber nach dessen Lungenfunktion. Wichtiges Kriterium für die Diagnose ist auch, wie häufig es zu einem schubweisen Ausbruch, also zu einer Verschlechterung des Krankheitszustands (Exazerbation) kommt.

Nach der „Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases" (GOLD) wird der Schweregrad

zunächst anhand der Beeinträchtigung der Lungenfunktion bestimmt. Diese wird gemessen durch die „Ein-Sekunden-Kapazität", das Luftvolumen, das nach einem vollen Atemzug forciert innerhalb einer Sekunde ausgeatmet werden kann. Entsprechend wird der Schweregrad GOLD I (leicht) bis GOLD IV (schwer) ermittelt. Ende 2011 ist diese Klassifikation erweitert worden und berücksichtigt jetzt auch, wie häufig Exazerbationen auftreten, wie stark der Patient unter Atemnot leidet und wie sehr die Lebensqualität allgemein eingeschränkt ist. Nach diesen Kriterien reicht die Einteilung jetzt von Grad A (niedriges Risiko für Verschlechterung, geringe Symptome) bis D (hohes Risiko, starke Symptome).

Klinisch ist auch die Unterscheidung zwischen COPD und Asthma bedeutsam. Auch die letztgenannte Krankheit ist häufig; wie bei COPD ist vor allem das Ausatmen beeinträchtigt. Für Asthma spricht in der Diagnostik beispielsweise, dass die Verlegung der Atemwege durch bronchienerweiternde Medikamente rückgängig gemacht werden kann und dass es häufig Phasen gibt, in denen die Patienten weitgehend beschwerdefrei sind. Dagegen ist die COPD ein ständiger Begleiter, und der Zustand verschlechtert sich gleichmäßig oder schubweise. Es gibt auch Patienten, die beide Krankheitsbilder aufweisen; betroffen sind etwa 15 bis 20 Prozent der an COPD Erkrankten.

Neue Kombinationspräparate zur inhalativen Therapie

Zur Behandlung der stabilen COPD standen lange

Zeit neben Kortison zum Einatmen (auf Englisch wird dieses „inhalative Kortison" mit ICS abgekürzt) die langwirksamen Beta-2-Mimetika Formoterol und Salmeterol sowie das langwirksame Anticholinergikum Tiotropium zur Verfügung. Kombinationspräparate bestanden im Wesentlichen aus einem langwirksamen Beta-2-Mimetikum und einem inhalativen Kortison. Inzwischen sind weitere langwirksame Beta-2-Mimetika (Indacaterol, Olodaterol, Vilanterol) und langwirksame Anticholinergika (Glykopyrronium, Acclidinium, Umeclidinium) entwickelt und zugelassen worden. Damit werden Kombinationspräparate aus diesen beiden Wirkstoffgruppen möglich.

Das erste dieser Präparate, eine Kombination aus Indacaterol und dem ebenfalls neuen Anticholinergikum Glykopyrronium mit 24-Stunden-Wirkung, wurde 2013 in Deutschland zugelassen und in den Markt eingeführt. Vor diesem Hintergrund interessieren insbesondere Studien, welche die Wirksamkeit dieser neuen Wirkstoffkombination mit Standardtherapiemaßnahmen vergleichen. Besondere Aufmerksamkeit verdient in diesem Zusammenhang die SPARK-Studie, die von Prof. Jadwiga Wedzicha vom University College London geleitet wurde.

- Es nahmen 2224 COPD-Patienten der GOLD-Schweregrade III und IV mit wenigstens einer COPD-Exazerbation im vergangenen Jahr teil.
- Sie wurden nach dem Zufallsprinzip in drei Gruppen aufgeteilt; weder die Patienten noch die behandelnden Ärzte wussten, wer welche Behandlung erhielt.
- 741 dieser Patienten erhielten einmal täglich ein Kombinationspräparat aus Indacaterol (110 Mikrogramm) und Glykopyrronium (50 Mikrogramm).
- 741 Patienten wurden einmal täglich nur mit 50 Mikrogramm Glykopyrronium behandelt und
- 742 Patienten erhielten zum Vergleich die Standardtherapie, 18 Mikrogramm Tiotropium einmal täglich.
- Die Therapie erfolgte für jeweils 64 Wochen.
- Eine eventuell vorbestehende ICS-Therapie wurde unverändert fortgeführt; die Behandlung mit anderen Bronchodilatatoren oder Theophyllin wurde während dieser Studie unterbrochen. Bei Bedarf wurde das Medikament Salbutamol verwendet.

In der Studie sollte untersucht werden, ob die neue Wirkstoffkombination im Vergleich zu Glykopyrronium allein bzw. zu Tiotropium überlegen ist, insbesondere ob es weniger häufig zu mittelgradigen und schweren Exazerbationen kommt. Zusätzlich wurden die Symptome der Patienten täglich mittels eines elektronischen Tagebuchs erfasst. Bei den klinischen Visiten wurde jeweils die Lungenfunktion analysiert. Die Lebensqualität wurde mittels eines standardisierten Fragebogens erfasst. Es konnte gezeigt werden:

- Die Patienten der Kombinationsgruppe hatten 12 Prozent weniger mittelgradige und schwere Exazerbationen als diejenigen, die Glykopyrronium allein erhalten hatten. Das war auch beim Vergleich der Kombinationsgruppe mit den Patienten so, die mit Tiotropium behandelt worden waren; dieses Ergebnis war jedoch statistisch nicht so aussagekräftig.
- Wurden alle Formen der Exazerbation (leichte, mittelgradige und schwere) berücksichtigt, so zeigte sich bei beiden Vergleichen eine statistisch signifikante Überlegenheit des Kombinationspräparats.
- Die Lungenfunktion (Ein-Sekunden-Kapazität) besserte sich in allen drei Gruppen geringfügig. Das Kombinationspräparat schnitt dabei verglichen mit den beiden anderen Behandlungsoptionen jeweils etwas besser ab.
- Auch beim Vergleich der mit Hilfe der Fragebögen gemessenen Lebensqualität ergaben sich nur geringe Unterschiede.

ANZEIGE

Regelmäßiges FeNO*-Messen mit NIOX® bei Asthmapatienten zeigt das Ausmaß der Atemwegsentzündung (Th2-vermittelt) und unterstützt beim:

- Herausfinden, ob Ihr Patient auf eine Behandlung mit ICS** ansprechen wird
- Optimieren der ICS-Dosis und Senken der Exazerbationen um bis zu 50 %[1, 2, 3, 4]
- Feststellen, ob der Patient die ICS-Therapieanweisungen befolgt [5]

Gleichzeitig werden Asthmaresultate verbessert [1, 2, 3, 4] und Kosten gesenkt [6].

*Exhaliertes Stickstoffmonoxid
**Inhalative Corticosteroide
www.niox.com/de - eine Seite von Aerocrine AB
NIOX®, NIOX VERO®, NIOX MINO® und Aerocrine sind registrierte Marken von Aerocrine AB.

[1]Powell H. et al. "Management of Asthma in Pregnancy Guided by Measurement of Fraction of Exhaled Nitric Oxide: A Double-Blind, Randomised Controlled Trial". Lancet. 2011. [2]Peirsman E. et al. "Exhaled Nitric Oxide in Childhood Allergic Asthma Management a Randomised Controlled Trial". Pediatric Pulmonology. 2013. [3]Syk J. et al. "Anti-Inflammatory Treatment of Atopic Asthma Guided by Exhaled Nitric Oxide: A Randomized, Controlled Trial". J Allergy Clin Immunol. 2013. [4]Petsky H et al. "Management Based on Exhaled Nitric Oxide Levels Adjusted for Atopy Reduces Asthma Exacerbations in Children: A Dual Centre Randomized Controlled Trial". Pediatric Pulmonology. 2014. [5]Beck-Ripp J. et al. "Changes of Exhaled Nitric Oxide during Steroid Treatment of Childhood Asthma". Eur Respir J. 2002. [6]Lester D et al. "An Investigation of Asthma Care Best Practices in a Community Health Center". J Health Care Poor UNdeserved. 2012.

NIOX® | CHANGING THE FACE OF ASTHMA CONTROL

Trotz einiger kritisch zu sehender Aspekte (so durfte die ICS-Therapie fortgeführt werden, was vermutlich auch die Häufigkeit der Exazerbationen beeinflusst) kann aus dieser Studie der Schluss gezogen werden, dass die neuen Wirkstoffkombinationen bei Patienten mit höhergradiger COPD und häufigen Exazerbationen Therapiealternativen darstellen.

Anm. d. Redaktion: ***Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG) hat jüngst die ihm vorgelegten Studien zu einem weiteren Kombinationspräparat (Umeclidinium/Vilanterol) ausgewertet. Demnach zeigen die „spärlichen Daten" keine Vorteile gegenüber einer Standardtherapie mit Tiotropium. Ein Zusatznutzen der Kombination sei nicht belegt, teilt das IQWIG mit.***

Therapie von COPD-Exazerbationen

Wie bereits erwähnt, bedeutet die „Exazerbation" der COPD eine akute Verschlechterung der klinischen Symptome, die über die täglichen Schwankungen hinausgeht und eine Änderung der Therapie erforderlich macht. COPD-Exazerbationen treten oft im Winter auf und werden häufig durch bakterielle oder virale Infekte ausgelöst. Behandelt werden sie durch intensive Inhalation mit dem Ziel, den Schleim zu lösen, durch systemische Gabe von Glukokortikoiden (also in der Regel als Kortison-Tabletten) sowie bei Hinweisen auf eine bakterielle Infektion auch mit Antibiotika.

Leider zeigen sich zunehmend Antibiotikaresistenzen, und es gibt zu wenige neue Antibiotika. Daher stellt sich - insbesondere bei leichten bis mittleren Exazerbationen - die Frage, inwieweit eine Antibiotikatherapie bei der COPD-Exazerbation den Patienten tatsächlich nützt. Denn viele Exazerbationen werden durch virale Infekte ausgelöst; hierbei ist eine Antibiotikatherapie nicht hilfreich. Von besonderem Interesse für diese Fragestellung ist die Studie von Carl Llor und seinen Kollegen, die von Oktober 2007 bis Juli 2010 in mehreren Krankenhäusern in Spanien durchgeführt wurde.

- Insgesamt haben 310 Patienten mit leichter bis mittelgradiger COPD mit einer akuten Exazerbation teilgenommen.
- Die Exazerbation wurde definiert durch eine Zunahme der Atemnot, der Menge des Auswurfs und/oder Eiter im Auswurf.
- Die Patienten wurden in nach dem Zufallsprinzip in zwei Gruppen eingeteilt. Eine Gruppe erhielt acht Tage lang dreimal täglich Antibiotika (500 / 125 Milligramm Amoxicillin / Clavulansäure), die andere Gruppe eine entsprechende Zahl von Tabletten ohne Wirkstoff (Placebo)
- Die behandelnden Ärzte konnten nach eigenen Ermessen bis zu zehn Tage lang eine Behandlung mit Kortison-Tabletten weiterführen (höchstens 60 Milligramm Prednisolon oder vergleichbares Präparat pro Tag). Weiterhin konnten sie bei Verdacht auf Lungenentzündung eine Röntgenaufnahme des Brustkorbs veranlassen.

In der Studie wurde festgestellt, dass die Gabe von Antibiotika bei 74 Prozent der Patienten nach 9 bis 11 Tagen zu einer Heilung führt (Placebo: 60 Prozent). Exazerbationen traten im Schnitt 233 Tage nach einer Antibiotika-Behandlung auf (Placebo: 160 Tage). Insgesamt zeigen sich also Hinweise dafür, dass Patienten auch bei leichteren COPD-Exazerbationen von einer Antibiotikatherapie profitieren. Allerdings muss einschränkend angemerkt werden, dass die Auswertung der Kriterien Luftnot und (eitriger) Auswurf darauf hindeutet, dass für diese Studie bevorzugt Patienten rekrutiert wurden, bei denen Bakterien die Ursache der Exazerbation waren. Auch wurde nur ein geringer Teil der Patienten mit Kortison behandelt.

Wir sehen den unkritischen Einsatz von Antibiotika bei COPD-Exazerbationen daher weiterhin als problematisch an. Nach wie vor sollten solche Patienten gezielt nach typischen Zeichen einer bakteriellen Infektion (etwa Veränderungen von Sputumfarbe und/oder -menge) befragt werden und eine antibiotische Therapie erst dann erhalten, wenn eine bakterielle Infektion als sicher anzusehen ist.

Nach der im Jahr 2011 aktualisierten COPD-Leitlinie sollten die Patienten im Rahmen einer Exazerbation 10 bis 14 Tage lang täglich eine Kortison-Tablette mit 20-40 Milligramm Prednisolon bzw. die entsprechende Menge eines vergleichbaren Wirkstoffs erhalten. Viele Patienten haben jedoch zusätzlich Krankheiten, die dadurch negativ beeinflusst werden können (z. B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Muskelschwäche sowie Osteoporose). Es ist daher fraglich, ob die Kortisontherapie wirklich für den vollen Zeitraum von zwei Wochen notwendig ist oder ob die Patienten von einer kürzeren Therapie genauso profitieren. Dies wurde in der REDUCE-Studie durch Schweizer Ärzte untersucht.

- 314 Patienten mit einer akuten COPD-Exazerbation nahmen teil. Sie waren in 5 Kliniken stationär aufgenommen worden.
- Die Patienten wurden nach dem Zufallsprinzip einer von zwei Gruppen zugeordnet.
- In einer Gruppe wurde die Kortisontherapie 14 Tage lang durchgeführt; in der Kurzzeitgruppe erhielten die Patienten 40 Milligramm Prednisolon lediglich 5 Tage lang und weitere 9 Tage ein Placebo.

- Zusätzlich erhielten die Patienten beider Gruppen eine Woche lang eine Breitspektrum-Antibiotikatherapie und eine Inhalationsbehandlung mit lang- und kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika, Anticholinergika und inhalierbarem Kortison.

Untersucht wurde in der Studie, zu welchem Zeitpunkt erneut eine Exazerbation auftrat (die in beiden Gruppen nahezu gleich häufig vorkamen). In der Gruppe der konventionell (14 Tage lang) behandelten Patienten trat die Exazerbation im Schnitt nach 29 Tagen auf, in der Kurzzeitgruppe erst nach 44 Tagen. Diese Studie zeigt eindrucksvoll, dass eine fünftägige Kurzzeittherapie mit Kortison bei der COPD-Exazerbation genauso effektiv sein kann wie eine Therapie über 14 Tage. Einschränkend sollte allerdings angemerkt werden, dass für die Studie hauptsächlich Patienten mit schwergradiger COPD (Stadien III und IV nach GOLD) rekrutiert wurden; außerdem nur solche, die im Krankenhaus behandelt wurden. Der Schweregrad der Exazerbation wurde ebenfalls nicht erfasst.

© lucadp - fotolia.com

Rauchentwöhnung mit der E-Zigarette

Seit ihrer Erfindung im Jahr 2004 hat sich die elektrische Zigarette, kurz E-Zigarette, enorm verbreitet. Allein in der EU gibt es schätzungsweise etwa 23 Millionen Nutzer. Da die E-Zigarette das sensorische Erlebnis einer echten Zigarette simuliert, liegt es nahe, sie zur Rauchentwöhnung zu nutzen. Wie wirksam sie dabei ist, wurde in einer neuseeländischen Studie zwischen 2011 und 2013 untersucht.

- 657 Raucher nahmen teil, die mit dem Rauchen aufhören wollten.
- Sie wurden nach dem Zufallsprinzip in drei Gruppen eingeteilt, wobei Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft und der Grad der Nikotinabhängigkeit in den Gruppen gleichmäßig verteilt wurden.
- 289 Studienteilnehmer erhielten eine Nikotinersatztherapie mittels E-Zigarette. Bei 295 Teilnehmern wurde eine konventionelle Ersatztherapie mit Nikotinpflastern durchgeführt. 73 Probanden erhielten eine Placebo-Therapie mit einer E-Zigarette, die kein Nikotin enthielt.
- Die Therapie erfolgte 12 Wochen lang. Während dieses Zeitraums erhielten alle Teilnehmer zusätzlich das Angebot zu einer telefonischen Suchtberatung.

In der Studie wurde verglichen, welche Maßnahme am wirksamsten eine längerfristige Tabak-Abstinenz gewährleistet. Dies wurde nach 6 Monaten überprüft, indem der Gehalt an Kohlenmonoxid (CO) in der Ausatemluft der Studienteilnehmer gemessen wurde. Überraschend war, dass in allen drei Gruppen nur ein kleiner Teil keine Tabak-Zigaretten mehr rauchte:

- Nikotinersatztherapie mit E-Zigarette 7 Prozent
- konventionelle Nikotinersatztherapie 6 Prozent
- E-Zigarette ohne Nikotin (Placebo) 4 Prozent.

Eine Nikotinersatztherapie mit Hilfe der E-Zigarette ist also ähnlich effektiv - beziehungsweise ähnlich ineffektiv - wie die konventionelle Therapie mittels Pflaster. Fest steht lediglich, dass die Studienlage zum jetzigen Zeitpunkt noch unzureichend ist; es kann daher auf der Grundlage dieser Daten nicht bewertet werden, ob die E-Zigarette als Mittel zur Nikotinentwöhnung taugt. Häufig enthalten die in den E-Zigaretten verwendeten Liquids Propylenglykol, das als atemwegsreizend gilt. Langzeiterfahrungen zur Anwendung der Geräte existieren noch nicht. Vor diesem Hintergrund sind weitere Studien nötig, um die Wirksamkeit der E-Zigarette zur Rauchentwöhnung zu beurteilen. ■

Die Autoren:
Andreas Klemmer (li.) ist Assistenzarzt an der Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie am Universitätsklinikum Gießen-Marburg, Standort Marburg.
Dr. Timm Greulich (mi.) ist Oberarzt an dieser Klinik, die **Prof. Dr. Claus Vogelmeier** (re.) leitet.

COPD und Begleiterkrankungen

Die COPD ist eine Erkrankung, die den gesamten Organismus beeinträchtigen kann. Wir sprechen in diesem Zusammenhang auch von der COPD als einer Systemerkrankung. Als Folge hiervon weisen COPD-Patienten eine Fülle von anderen wesentlichen Erkrankungen, sogenannter Begleiterkrankungen, auf, die insbesondere die Prognose des Krankheitsverlaufes beeinflussen.

von Prof. Dr. Kurt Rasche

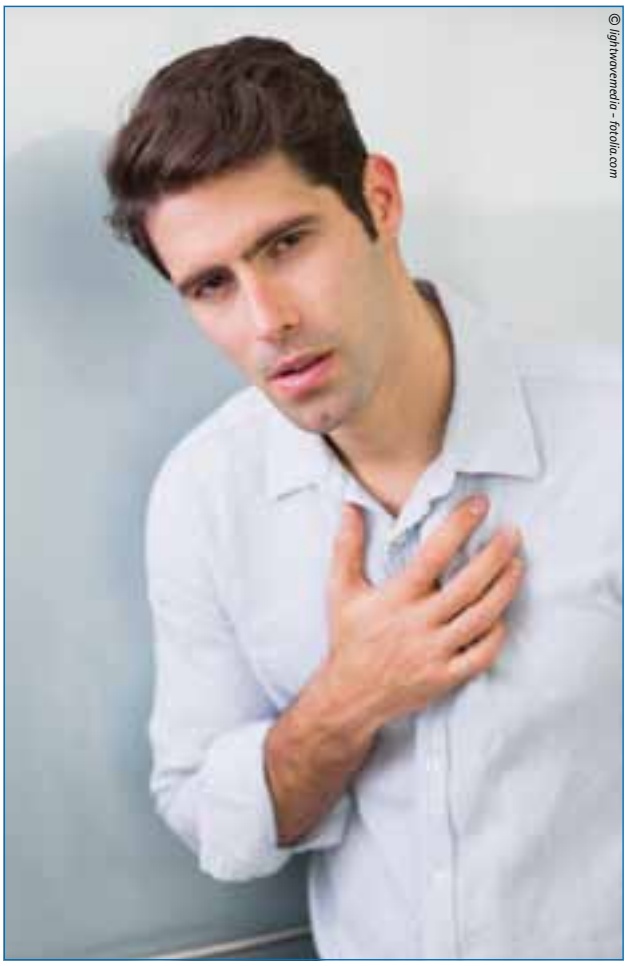
Mehr als die Hälfte aller COPD-Patienten leiden in höherem Alter an mindestens drei zusätzlichen behandlungsbedürftigen Krankheiten. Die häufigsten Erkrankungsgruppen, die mit einer COPD einhergehen, sind in der Tabelle aufgeführt.

Häufige Begleiterkrankungen bei COPD

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Störungen des Bewegungsapparates
- Infekte der Atmungsorgane
- Störungen des Stoffwechsels und des Verdauungstraktes
- Harninkontinenz
- Psychische Störungen
- Schlafstörungen
- Lungenkarzinome

Der kausale Zusammenhang zwischen der COPD und den verschiedenen Begleiterkrankungen ist vielfältig und oft wechselseitig. Ein wesentlicher Grund für die Häufung von Begleiterkrankungen bei COPD-Patienten ist zunächst die Tatsache, dass der Risikofaktor „Inhalatives Zigarettenrauchen" natürlich auch andere Organsysteme beeinträchtigt bzw. schädigt. Als Folge treten Herz-Kreislauf-Erkrankungen, häufigere Infekte der Atmungsorgane und bösartige Lungentumore auf. Man geht aber auch davon aus, dass die für die COPD ursächlichen Entzündungsvorgänge nicht nur in der Lunge stattfinden, sondern sich auf den gesamten Körper sozusagen ausbreiten und damit in verschiedenen Organsystemen krankhafte Zustände hervorrufen.

Die COPD mit ihrem Leitsymptom der Luftnot bzw. Belastungsluftnot führt aber auch zu einem mehr oder weniger erzwungenen Bewegungsmangel mit



Störungen des Herz-Kreislauf-Systems, zu einem Muskel- und Knochenabbau sowie zu einer Zunahme des Körpergewichts. Luftnot und Immobilität führen wiederum nicht selten zu einer mehr oder weniger ausgeprägten sozialen Isolation, die vielfältige psychische Störungen hervorrufen kann. Schließlich können auch die Nebenwirkungen der dringend notwendigen COPD-Medikamente krank machende Bedeutung erlangen.

Nachfolgend soll auf die einzelnen Krankheitsgruppen, die Begleiterkrankungen der COPD sein können, näher eingegangen werden.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie die Kranzgefäßerkrankung des Herzens (koronare Herzkrankheit), die Herzschwäche (Herzinsuffizienz), der Lungenhochdruck (pulmonale Hypertonie) sowie Lungenembolien kommen bei COPD-Patienten eindeutig häufiger als in der Allgemeinbevölkerung vor. Auch leiden COPD-Patienten häufiger an Herzrhythmusstörungen.

Umgekehrt weisen Herzinfarkt-Patienten häufiger eine COPD auf (etwa 20%).

Die Beziehungen und Ursachen zwischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und COPD sind vielfältig und wechselseitig. Die Gefäßverkalkung (Arteriosklerose) wird durch den gemeinsamen Risikofaktor „Rauchen" gefördert. Eine Herzinsuffizienz kann vielfältige Ursachen haben, bei der COPD finden wir bei fortgeschrittenen Krankheitsbildern nicht selten einen Lungenhochdruck, der wiederum zu einer Belastung bis hin zur Schwächung des rechten Herzens (sog. Rechtsherzinsuffizienz bzw. „Lungenherz" = „Cor pulmonale") führt. Sowohl die Entzündungsvorgänge im Rahmen der COPD als auch die verminderte Mobilität der Patienten können zu einer Häufung von Lungenembolien führen. Herzrhythmusstörungen können Symptom der bereits erwähnten Herz-Kreislauf-Erkrankungen sein; auch können verschiedene COPD-Medikamente (z. B. ß2-Sympathomimetika oder Theophyllin) Herzrhythmusstörungen auslösen. Schließlich ist dies auch der Fall, wenn eine Sauerstoffunterversorgung vorliegt. In jedem Fall muss der COPD-Patient stets auch kardiologisch untersucht und bei Bedarf behandelt werden.

Störungen des Bewegungsapparates

Der COPD-Patient ist durch die Luftnot in seiner Mobilität erheblich eingeschränkt. Diese Immobilität ist der Wegbereiter für einen Muskelabbau sowie einen Abbau der Knochensubstanz (Osteoporose). Hinzu kommt, dass COPD-Patienten häufig auch systemisch mit Kortison behandelt werden müssen. Kortison wiederum ist ein Medikament, das sowohl den Muskel- als auch den Knochenabbau fördert. Das beste „Gegenmittel" gegen Muskel- und Knochenabbau stellt die Bewegung dar. Daher ist die Teilnahme an Lungensportgruppen sowie an anderen Rehabilitationsmaßnahmen für COPD-Patienten ein Muss. Auch muss eine übermäßige Osteoporose frühzeitig erkannt und bei Bedarf auch medikamentös behandelt werden.

Infekte der Atmungsorgane

Infekte der Atmungsorgane sind beim COPD-Patienten ebenfalls häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Neben akuten Verschlechterungen (Exazerbationen) der COPD, die mit einer Bronchitis einhergehen, sind hier auch häufige Lungenentzündungen (Pneumonien) zu nennen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Atmungsorgane vorgeschädigt sind und damit Infekte leichter entstehen. Durch die häufiger angewandte Computertomographie der Brustkorborgane wissen wir auch, dass COPD-Patienten sehr häufig Aussackungen der Bronchien (sog. Bronchiektasen) aufweisen, die unter anderem ebenfalls zu einer Häufung von Infekten führen. Auch kann das Immunsystem des COPD-Patienten - nicht zuletzt durch eine Kortisontherapie - in seiner Immunantwort auf Infekte geschwächt sein. Umso wichtiger ist es, dass COPD-Patienten die Empfehlungen für Schutzimpfungen einhalten.

Störungen des Stoffwechsels und des Verdauungstraktes

COPD-Patienten haben häufig Gewichtsprobleme. Eine Gruppe ist untergewichtig („Emphysemtyp"), die andere Gruppe ist übergewichtig („Bronchitistyp"). Als Ursache für eine Gewichtsabnahme wird eine verminderte Nahrungsaufnahme durch Luftnot und krankheitsbedingte Appetitlosigkeit angesehen. Darüber hinaus ist der Energiebedarf von COPD-Patienten durch die gesteigerte Atmung erhöht. Hier kann nur eine gezielte hochkalorische Ernährungs-

ANZEIGE

ANZEIGE

therapie helfen. Manche Patienten neigen aber auch zu Übergewicht, was nicht zuletzt durch die Immobilität, aber auch durch Kortisoneinnahme gefördert wird. Hier hilft wiederum nur eine entsprchende Reduktion der Kalorienzufuhr.

Auch die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) sowie das sogenannte metabolische Syndrom (eine Kombination aus Übergewichtigkeit, Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörung) gehören zu den häufigen Begleiterkrankungen einer COPD. Insbesondere bei Rauchern mit COPD steigt das Diabetes-Risiko stark an. Hinzu kommt wiederum eine Diabetes fördernde Wirkung des Kortisons sowie der allgemeine Bewegungsmangel der COPD-Patienten - beides Faktoren, die den Zuckerstoffwechsel negativ beeinflussen können. Die frühzeitige Erkennung und Behandlung eines Diabetes mellitus oder eines metabolischen Syndroms ist daher gerade auch für einen COPD-Patienten von essentieller Bedeutung.

Viele COPD-Patienten leiden unter Sodbrennen. Dieses ist auf einen Rückfluss von saurem Magensaft in die Speiseröhre (Refluxkrankheit der Speiseröhre) zurückzuführen. Gefördert wird der Reflux durch die bei Lungenüberblähung veränderte Anatomie des Speiseröhren-Magen-Übergangs, durch Hustenanfälle, aber auch durch Medikamente wie Theophyllin und ß2-Sympathomimetika. Bei häufigem Sodbrennen sollte eine gastroenterologische Untersuchung und Therapie großzügig erfolgen.

Harninkontinenz

Neuere Untersuchungen haben gezeigt, dass COPD-Patienten sehr häufig auch unter einer Harninkontinenz leiden. Sie können also den Zeitpunkt des Urinlassens nicht mehr genau steuern. Wesentliche Ursache sind Hustenanfälle, die zu einer erhebliche Drucksteigerung auch im Unterbauch führen können. Da mit zunehmendem Alter eine Harninkontinenz ohnehin häufig ist, sind COPD-Patienten besonders gefährdet. Eine frühzeitige urologische Beratung sollte daher angestrebt werden.

Psychische Störungen

Fast die Hälfte der COPD-Patienten leidet unter psychischen Störungen wie Angst und Depressionen. Die Ursachen sind vielfältig. Luftnotanfälle werden häufig als lebensbedrohlich empfunden und erzeugen Angst. Die COPD-Patienten fühlen sich darüber hinaus durch ihre Immobilität sozial isoliert, da sie nicht mehr am „normalen" Leben teilnehmen können. Viele sprechen hierüber aber nicht, was zu einer weiteren Verschlimmerung der psychischen Situation führt. Wichtig ist daher, frühzeitig selbst die psychischen Symptome anzusprechen, aber auch sowohl von ärztlicher Seite wie auch vonseiten des Verwandten- und Freundeskreises aktiv auf den Betroffenen zuzugehen. Nur so kann fachspezifische Hilfe, die sehr gut etabliert ist, geboten werden.

Schlafstörungen

Unbedingt sollte bei einem COPD-Patienten nach der Qualität des Schlafs gefragt werden. Fast die Hälfte aller COPD-Patienten haben Schlafstörungen. Neben Medikamenten-Nebenwirkungen sind es nächtliche Luftnot- und Hustenanfälle, die den Schlaf stören können. Auch kann sich eine beginnende Depression in einer Schlafstörung äußern. Schließlich weisen manche COPD-Patienten erhebliche Verschlechterungen der Atmung im Schlaf auf, sei es durch eine zuätzliche Abflachung der Atmung (sogenannte Hypoventilation mit Anstieg des Kohlendioxiddruckes und Abfall des Sauerdruckes im Blut) oder aber durch ein zusätzlich bestehendes sogenanntes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, also eine krankhaften Verlegung der oberen Atemwege im Schlaf. Die schlafmedizinische Diagnostik und Therapie ist daher heute integraler Bestandteil der COPD-Behandlung.

Lungenkarzinome

Das inhalative Zigarettenrauchen ist der Hauptrisikofaktor für die Entstehung einer COPD. Dasselbe gilt für das Lungenkarzinom. COPD-Patienten, die geraucht haben oder sogar noch rauchen, haben daher ein gesteigertes Risiko für das Auftreten eines Lungenkarzinoms. Man weiß heute, dass das Lungenkarzinom gerade bei milder COPD eine der häufigsten Todesursachen ist. Dies muss auch von ärztlicher Seite her stets im Auge behalten werden. ■

Der Autor:
Prof. Kurt Rasche ist Direktor und Chefarzt der Klinik für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin am Bergischen Lungenzentrum, das zum HELIOS Klinikum Wuppertal der Universität Witten/Herdecke gehört.

Soledum® Kapseln forte

Wie Kinder die Welt entdecken, macht mich sprachlos. **Aber nicht mehr atemlos.**

Das Leben ist zu schön, um es mit ständigen Gedanken an COPD zu belasten.
Deshalb verlasse ich mich auf Soledum®. Weil es den einzigartigen Naturstoff Cineol beinhaltet, der in der Zusatzbehandlung von chronischen und entzündlichen Atemwegserkrankungen zugelassen ist. Und **weil es Häufigkeit, Dauer und Schweregrad meiner Krankheitsschübe nachweislich reduzieren kann.**[1]

[1] Worth H. et al.: Concomitant therapy with Cineole (Eucalyptole) reduces exacerbations in COPD: A placebo-controlled double-blind trial. Respiratory Research 2009, 10:69

Weitere Informationen unter: **www.soledum.de**

cassella med

Soledum® Kapseln forte: Wirkstoff: Cineol 200 mg. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der Symptome bei Bronchitis und Erkältungskrankheiten der Atemwege. Zur Zusatzbehandlung bei chronischen und entzündlichen Erkrankungen der Atemwege (z. B. der Nasennebenhöhlen). **Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker. Cassella-med · Gereonsmühlengasse 1 · 50670 Köln. Ein Unternehmen der Klosterfrau Healthcare Group. www.soledum.de**

SOL/PU/07-13/RZ

Neue Medikamente für die COPD-Behandlung

In jüngster Zeit sind zahlreiche neue Medikamente, Medikamentenkombinationen und neue Inhaler auf den Markt gekommen. Selbst für den Spezialisten wird es schwierig, Vor- und Nachteile der einzelnen Produkte voneinander abzugrenzen und zu entscheiden, welches davon für einen bestimmten Patienten am sinnvollsten ist. Diese Übersicht berichtet über die gegenwärtigen überaus spannenden Entwicklungen.

von Prof. Dr. Adrian Gillissen und Dr. Hellmuth Nordwig

Für die Behandlung der COPD stehen kurz- und langwirksame bronchienerweiternde und antientzündliche Medikamente zur Verfügung. Präparate, mit denen die Bronchien erweitert werden, können einzeln oder in Kombination gegeben werden. Die entzündungshemmenden Substanzen werden dagegen nur zusammen mit einem dieser sogenannten Bronchodilatatoren angewendet. Durch die Einnahme der Medikamente soll die Lebensqualität verbessert und die typischen Symptome (Atemnot, Husten und Auswurf) verringert werden. Ein weiteres Ziel der Behandlung ist, dass die Verschlechterungen der Krankheit (Exazerbationen) seltener und weniger schwer auftreten und dass sich die Lungenfunktion verbessert.

In den letzten drei Jahren kamen viele neue Substanzen und Fixkombinationen sowie neue Inhaler auf den Markt, von denen hier die wichtigsten vorgestellt werden sollen.

Hemmung der Phosphodiesterase-4

Enzyme bewirken in unseren Zellen biochemische Umwandlungsvorgänge. Eines dieser Enzyme heißt Phosphodiesterase-4. In der Lunge sorgt es dafür, dass sich die Atemwege verengen. Dem kann man entgegenwirken, indem dieses Enzym durch einen Hemmstoff blockiert wird.

In Deutschland ist als einziger solcher Phosphodiesterase-4-Hemmer seit 2010 Roflumilast zugelassen. Es kann symptomatischen Patienten mit schwerer und sehr schwerer COPD verordnet werden, die an Husten und Auswurf leiden und die eine erhöhte Exazerbationsrate aufweisen. Roflumilast (500 Mikrogramm als Tablette) wirkt antientzündlich; es führt dazu, dass Exazerbationen seltener und weniger schwer auftreten; und es hat einen leicht positiven Effekt auf die Lungenfunktion, der aber klinisch unbedeutend ist. Ferner unterstützt es

die Wirkung der Medikamente Salmeterol oder Tiotropium. Leider sind in allen Studien häufig Nebenwirkungen aufgetreten: Übelkeit, Bauchschmerzen, Gewichtsverlust und Kopfschmerzen.

Neue langwirksame Beta-2-Mimetika

Seit 2009 gibt es den Wirkstoff Indacaterol in einer Form, der bei der COPD-Langzeittherapie nur einmal täglich eingenommen werden muss. Die Menge beträgt 150 oder 300 Mikrogramm pro Hub. In Studien hat sich gezeigt, dass - verglichen mit einem Scheinpräparat ohne Wirkstoff (Placebo) - die Symptome besser kontrolliert werden können, die Atemnot weniger belastend und die Lebensqualität besser sind. Zudem sind Exazerbationen seltener aufgetreten. Das Präparat hat sich gegenüber dem zweimal täglich einzunehmenden Formoterol als überlegen gezeigt, nicht aber gegenüber Tiotropium. Indacaterol wird über einen sogenannten Breezhaler® als Trockenpulver inhaliert. Es ist allerdings wegen einer hohen Zuzahlung teuer für die Patienten.

Als weiteres Medikament, das 24 Stunden wirkt, wurde Olodaterol 2014 in den deutschen Markt eingeführt. In Studien zeigte es innerhalb von Minuten eine bronchienerweiternde Wirkung, die lang anhält. Es muss einmal pro Tag über einen Respimat-Inhaler inhaliert werden.

Neue langwirksame Anticholinergika

Mit Aclidinium und Glycopyrronium sind 2012 zwei neue inhalative Anticholinergika für die COPD-Therapie zugelassen worden. Glycopyrronium muss nur einmal pro Tag über den Breezhaler® inhaliert werden, der pro Hub 44 Mikrogramm abgibt. In Studien verbesserte dieser Wirkstoff die Lungenfunktion, die körperliche Leistungsfähigkeit und den allgemeinen Gesundheitsstatus. Atemnot und Exazerbationen gingen zurück. Diese Effekte waren vergleichbar mit der Behandlung mit Tiotropium.

Aclidinium wird zweimal täglich über den Genuair®-Inhaler eingeatmet (200 Mikrogramm pro Anwendung). Verglichen mit einem Placebo verbessert es die Ein-Sekunden-Atemkapazität, die Lebensqualität, die maximale Ausatmungsgeschwindigkeit (Peak-Flow) und verlängert die Zeit bis zur ersten Exazerbation. Wesentliche Nebenwirkungen sind in Studien nicht aufgetreten. Im Vergleich zu Tiotropium waren in anderen Studien (hier wurden zweimal täglich je 400 Mikrogramm inhaliert) die Effekte auf die Symptome vergleichbar, aber es scheint sich bei Aclidinium ein Vorteil in der Reduktion frühmorgendlicher Symptome abzuzeichnen.

Fixkombination aus Beta-2-Mimetika und Anticholinergika

Solche Kombinationen sind in den COPD-Therapieleitlinien immer schon empfohlen worden. 2013 ist das erste Fixkombinationspräparat auf den Markt gekommen, das einmal täglich eingenommen wird. Es enthält Indacaterol (110 Mikrogramm) und Glycopyrronium (50 Mikrogramm) und wird über den Trockenpulverinhalator (Breezhaler®) verabreicht. Diese Fixkombination ist in Bezug auf verschiedene Wirkungen gegenüber der alleinigen Anwendung von Glycopyrronium bzw. Tiotropium überlegen (Einzelheiten siehe Artikel „COPD: Neue Studien zur Behandlung" in diesem Heft).

2014 ist eine weitere Fixkombination aus dieser Gruppe zugelassen worden: Umeclidinium/Vilanterol (62,5 bzw. 25 Mikrogramm). Sie wird über einen neuen Trockenpulverinhalator (Ellipta®) einmal am Tag verabreicht. Die Kombination ist den beiden Einzelsubstanzen überlegen, was die Lungenfunktion angeht, ebenso der Behandlung mit Tiotropium (18 Mikrogramm) allein.

Fixkombinationen aus einem inhalativen Kortison und einem Beta-2-Mimetikum

Vor allem bei COPD-Patienten mit dem Schweregrad GOLD III oder IV, bei denen ein höheres Risiko von Exazerbationen besteht, ist zusätzlich zu einem bronchienerweiternden Medikament die Gabe eines inhalativen Kortisonpräparates (ICS)

ANZEIGE

Mehr Unabhängigkeit – mehr Lebensqualität

Das ***HomeFill® II*** System von Invacare macht Sie unabhängig von der Versorgung durch Dritte – daheim und unterwegs.

- Sicher und einfach befüllbar, gesteuert durch einen Sauerstoffsensor.
- Leicht zu bedienen, leicht zu tragen.

Das Leben. Mehr leben.

Invacare GmbH · kontakt@invacare.com · www. invacare.de

angezeigt. Neu ist dabei eine Fixkombinationen aus Fluticasonfuroat (92 Mikrogramm) und Vilanterol (22 Mikrogramm), verabreicht über den Ellipta®-Inhaler. Das Besondere an dieser Entwicklung ist die tägliche Einmalgabe, die allerdings bezüglich der Ein-Sekunden-Atemkapazität nicht besser wirkt als die zweimal täglich zu inhalierende Fluticason/Salmeterol-Fixkombination im Diskus®-Inhaler. Zwar traten bei Anwendung der neuen Fluticasonfuorat/Vilanterol-Fixkombinat ion Exazerbationen seltener auf, doch kam es - abhängig von der Dosis - häufiger zu Lungenentzündungen und Knochenbrüchen. Deswegen darf als Standarddosis nur die genannte niedrigere Menge und nicht die für die Asthmatherapie zur Verfügung stehende höhere Dosis (184/22 Mikrogramm) verordnet werden.

Zudem wurden neue Generikaprodukte für die COPD-Therapie zugelassen, nämlich das Fluticason/Salmeterol im Elpenhaler®, ein Formoterol/Beclomethason enthaltendes Sprühgerät (Dosieraerosol) und die Budesonid/Formoterol-Fixkombination im Spiromax®-Inhaler (die preisgünstigeren Generika enthalten die gleichen Wirkstoffe. Anm. d. Red.). Die jeweiligen Original-Pendants sind schon seit über zehn Jahren in Deutschland zur Asthma- und COPD-Therapie auf dem Markt.

In der klinischen Forschung werden derzeit auch bereits Dreifach-Fixkombinationen aus Beta-2-Mimetika, Anticholinergika und Steroiden untersucht. ■

Die Autoren:
Prof. Dr. A. Gillissen ist Direktor der Klinik für Lungen- und Bronchialmedizin am Klinikum Kassel.

Dr. Hellmuth Nordwig ist Redakteur der „Luftpost".

Wirkstoff bzw. Wirkstoffkombination	Arzneimittelname	Inhalatorname	Hersteller	Bemerkung
Salmeterol/ Fluticasonpropionat (LABA/ICS)	Airflusal®	Forspiro®	Hexal	Hybridgenerikum zu Viani®/atmadisc®
Vilanterol/Umeclidinium-bromid (LABA/LAMA)	Anoro®/Laventair®	Ellipta®	GSK	Neues Präparat
Formoterol/Budesonid (LABA/ICS)	DuoResp®/BiResp®	Spiromax®	TEVA	Hybridgenerikum zu Symbicort®
Formoterol/Beclomethason-propionat (LABA/ICS)	Foster®	-	Chiesi	Indikationserweiterung nur für Dosieraerosol!
Umeclidiniumbromid (LAMA)	Incruse®	Ellipta®	GSK	Neues Präparat
Vilanterol/Fluticasonfuroat (24h-LABA/ICS)	Relvar®	Ellipta®	GSK	Neues Präparat
Salmeterol/Fluticasonpropionat (LABA/ICS)	Rolenium®	Elpenhaler®	ELPEN	Hybridgenerikum zu Viani®/atmadisc®
Olodaterol (LABA)	Striverdi®	Respimat®	Boehringer Ingelheim	Neues Präparat
Indacaterol/Glycopyrronium-bromid (LABA/LAMA)	Ultibro®	Breezhaler®	Novartis	Neues Präparat

COPD-Medikamente, die 2014 die Marktzulassung erhalten haben oder in einem anderen Land zugelassen sind, sodass die Zulassung wahrscheinlich auch in Deutschland in Kürze erteilt wird. LABA = Langwirksames ß2-Mimetikum, LAMA = Langwirksames Anticholinergikum, ICS = Inhalatives Kortikosteroid, GSK = GlaxoSmithkline.

Asthma und COPD: Haben Sie heute schon richtig inhaliert?

Meist atmen Asthmatiker und Menschen mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) ihre Medikamente mit einem Inhalator ein. Für den Erfolg der Therapie ist es enorm wichtig, die Technik des Inhalierens zu beherrschen und einen bedienungsfreundlichen Inhalator zu nutzen.

Heutzutage gibt es viele Medikamente, um Atemwegserkrankungen wie Asthma und COPD wirksam zu behandeln. Dazu verordnen Ärzte unterschiedliche Geräte, mit denen die Patienten ihre Arzneimittel inhalieren. Zu den häufigsten gehören Dosieraerosole und Pulverinhalatoren.

Jeder Pulverinhalator hat seine eigene Handhabung

Ein Dosieraerosol setzt den Wirkstoff mit Hilfe von Treibgas frei. Den Sprühstoß löst der Patient mit der Hand aus. Dabei muss er das Inhalieren zeitlich auf das Auslösen des Sprühstoßes abstimmen. Der Wirkstoff erreicht die Atemwege nur, wenn der Patient gleichzeitig mit dem Auslösen tief einatmet. Das Grundprinzip der Pulverinhalatoren ist immer das gleiche: Der Wirkstoff liegt als treibgasfreies Pulver vor, das der Patient beim Einatmen inhaliert. Inzwischen gibt es auf dem Markt eine Vielzahl an unterschiedlichen Modellen mit eigener Technik, die sich in ihrer Handhabung gravierend unterscheiden. Einige Pulverinhalatoren sind aufwändig vorzubereiten, andere sind nach wenigen Schritten zum Inhalieren bereit.

50 bis 80 Prozent der Patienten beherrschen die Technik nicht richtig

Mit dem Inhalieren gelangen die Wirkstoffe in die tiefen Verzweigungen der Lunge. Der Knackpunkt: Die Arzneimittel können ihre Wirkung nur dann entfalten, wenn die Patienten ihren Inhalator auch richtig anwenden. Das ist keineswegs selbstverständlich. Im Gegenteil: Untersuchungen[1] zufolge bedienen 50 bis 80 Prozent der Asthmatiker und COPD-Patienten ihren Inhalator falsch. Einige Patienten wiederum benutzen ihn nicht regelmäßig, aus Angst vor Nebenwirkungen oder aus Unkenntnis. Die Gefahr: Wenn Betroffene zu wenig Wirkstoff inhalieren, kann das den Therapieerfolg beeinträchtigen. Grundsätzlich ist es deshalb immer ratsam, sich an den Arzt oder Apotheker zu wenden, um sich in einer Schulung mit der Inhalationstechnik vertraut zu machen, selbst wenn man seinen Inhalator schon seit Jahren benutzt.

Mit ihrem Inhalator zufriedene Patienten haben weniger Beschwerden

Wer das Inhalieren beherrscht, hat eindeutig Vorteile. Je zufriedener Asthma-Patienten mit ihrem Inhalator sind, desto höher ist ihre Lebensqualität: Einer Studie[2] zufolge sind zufriedene Asthma-Patienten „therapietreuer“, haben weniger Beschwerden und müssen seltener zum Arzt oder ins Krankenhaus. Doch was zeichnet einen „bedienungsfreundlichen“ Inhalator aus Sicht der Betroffenen eigentlich aus? Am zufriedensten waren die Patienten mit folgende Eigenschaften: Die Inhalatoren lagen gut in der Hand und waren leicht zu tragen. Sie waren so robust gebaut, dass sie nicht so leicht kaputtgehen. Zudem waren die Anwendungshinweise einfach und leicht nachzuvollziehen.

Wichtig für Betroffene: Inhalationskontrolle, die auf Fehler hinweist

Allerdings nannten die Patienten auch Eigenschaften ihrer Inhalatoren, die sie nicht zu ihrer Zufriedenheit erfüllt sahen. Einer der Kritikpunkte war unter anderen die oftmals fehlende Inhalationskontrolle.

Grundprinzipien, auf die man beim Inhalieren unbedingt achten sollte

Unabhängig vom Inhalationssystem gibt es einige Grundprinzipien, auf die Betroffene beim Inhalieren achten sollten:

- Atmen Sie langsam und entspannt aus, jedoch nicht in den Inhalator.
- Umschließen Sie das Mundstück fest mit den Lippen und atmen Sie gleichmäßig und tief ein.
- Nehmen Sie danach das Mundstück aus dem Mund und halten Sie den Atem für fünf bis zehn Sekunden an.
- Atmen Sie langsam aus, jedoch nicht in den Inhalator.
- Spülen Sie den Mund mit Wasser aus und spucken Sie dieses aus.

Mehr zu Richtig Inhalieren und weitere Informationen zu Asthma und COPD.

Pressekontakt:

Katja Minak,
Manager PR & Media Relations
Tel. +49(0)8024 / 908 -1663 · Fax -2511
presse@hexal.com

1) A. Hämmerlein, U. Müller, M. Schulz. Pharmacist-led intervention study to improve inhalation technique in asthma and COPD patients. Journal of evaluation in clinical practice. 2011; 17(1): 61-70

2) M. Small et al. Importance of Inhaler-Device Satisfaction in Asthma Treatment: Real-World Observations of Physician-Observed Compliance and Clinical/Patient-Reported Outcomes. Advances in Therapy 2011; 28(3): 202-212

Rehabilitation bei COPD – Bewährtes und Neues

Rehabilitation kann bei COPD-Patienten zu einer deutlichen Verbesserung der körperlichen, seelischen und sozialen Krankheitsfolgen führen und generell den Krankheitsverlauf relevant verbessern. Dies ist bei der COPD besonders wichtig, da hier die medikamentösen Möglichkeiten begrenzt sind und die Krankheit unbehandelt zumeist einen fortschreitenden Verlauf nimmt. Leider wird die Indikation zur Rehabilitation noch viel zu selten gestellt.

von Dr. med. Konrad Schultz

Rehabilitation bedeutet „Wiederbefähigung" und bezeichnet ein vielschichtiges Maßnahmenpaket, welches darauf angelegt ist, die körperlichen, aber auch die seelischen und die sozialen Folgen einer chronischen Krankheit wie COPD zu vermindern. Ziel ist, den Patienten wieder zu befähigen, ein möglichst normales Leben zu führen - trotz seiner chronischen Atemwegserkrankung. Gerade bei der COPD ist die Wirksamkeit einer Rehabilitation wissenschaftlich sehr gut belegt. Daher stellt die Reha für sie einen wichtigen Baustein der Langzeitbehandlung dar, auf den COPD-Patienten nicht verzichten sollten.

In Anlehnung an die Nationale Versorgungsleitlinie COPD (www.versorgungsleitlinien.de) ist eine Rehabilitation in folgenden Fällen angezeigt:

- wenn trotz ambulanter medizinischer Behandlung anhaltende Krankheitszeichen bestehen (z.B. Atemnot, Husten, Auswurf bzw. Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit und Mobilität z.B. beim Treppensteigen, Heben oder Tragen)
- nach einer Behandlung im Akutkrankenhaus wegen der Atemwegerkrankung (Anschlussrehabilitation = AHB)
- bei Einschränkung oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit
- bei drohender Pflege- und Hilfsbedürftigkeit
- bei seelischen Krankheitsfolgen (Depressionen, Ängste, sozialer Rückzug) sowie
- bei der Notwendigkeit von Reha-typischen Therapieverfahren, wenn diese ambulant nicht im erforderlichen Ausmaß erfolgen können, z.B. Patientenschulung, Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Tabakentwöhnung

Was geschieht in der pneumologischen Rehabilitation?

Zu Beginn der Rehabilitation erfolgt eine ausführliche (fach-)ärztliche Untersuchung. Hierbei kommen, abhängig von der individuellen Erfordernis und den vorliegenden Vorbefunden, alle notwendigen apparativen Untersuchungsmethoden zur Anwendung, zum Beispiel eine umfassende Lungenfunktionsdiagnostik, Laboruntersuchungen, sowie bei Bedarf auch weitere Untersuchungsverfahren bezüglich Herz und Kreislauf, eventuell auch Röntgen oder Ultraschall. Anhand dieser Untersuchungsbefunde wird dann im Gespräch mit dem Patienten aus den unten genannten Therapiebausteinen ein „individueller Reha-Therapieplan" erstellt. Die wichtigsten Therapiebausteine der Rehabilitation sind:

- fachärztliche Überprüfung und gegebenenfalls Optimierung der medikamentösen Therapie
- umfassende Patientenschulung
- spezialisierte medizinische Trainingstherapie (zugeschnitten auch auf Schwerkranke)
- spezialisierte (Atem-)Physiotherapie und Krankengymnastik
- Inhalationstherapie
- Ergotherapie einschließlich Hilfsmittelberatung
- Psychologische Hilfen
- Entspannungsverfahren
- Sozial- und Berufsberatung
- Nutzung klimatischer Faktoren (Schadstoffkarenz)
- Ernährungsberatung
- Tabakentwöhnung

Über den Verlauf der Rehabilitation wird ein ausführlicher ärztlicher Bericht erstellt, der für die nachbehandelnden Ärzte wichtige Informationen enthält, insbesondere Empfehlungen zur weiteren Behandlung.

Patientenschulung: Voraussetzung für eine erfolgreiches Selbstmanagement ist eine intensive Patientenschulung

Die Therapiebausteine der Rehabilitation

Medizinische Trainingstherapie bei COPD

In den letzten beiden Jahrzehnten hat sich immer klarer herausgestellt, dass die medizinische Trainingstherapie eine, wenn nicht die entscheidende Kernkomponente der pneumologischen Rehabilitation bei COPD darstellt. Das zumeist gravierendste Krankheitszeichen der COPD, die Atemnot bei Belastung, entsteht nicht ausschließlich durch die dauerhafte Verengung (= chronische Obstruktion) der Bronchien, sondern ist zu einem relevanten Anteil durch Veränderungen der Muskulatur bedingt. Körperliches Training wirkt dem entgegen und kann die Leistungsfähigkeit der Muskulatur so verbessern, dass höhere Belastungen mit weniger Atemaufwand möglich werden. Wichtig ist hierbei, dass sich die medikamentöse Behandlung und die Trainingstherapie ergänzen, sich aber gegenseitig nicht ersetzen können.

Solche Trainingsprogramme müssen dabei aber viele Besonderheiten der COPD berücksichtigen, z. B. einen eventuellen Sauerstoffmangel unter Belastung bzw. die häufigen Nebenerkrankungen des Herzkreislaufsystems und des Bewegungsapparates. Daher erfolgt ein solches Training am besten unter der Überwachung speziell ausgebildeter Sporttherapeuten. Zudem ist vor Einleitung einer solchen Trainingstherapie bei COPD-Patienten eine ärztliche Untersuchung erforderlich, was in einer Rehabilitationseinrichtung gewährleistet ist. Das Training im Rahmen der Rehabilitation besteht regelmäßig aus den beiden Komponenten Ausdauer- und Krafttraining. Beide Trainingsformen ergänzen sich optimal.

Bei der Trainingstherapie hat es in den letzten Jahren viele neuere Entwicklungen gegeben:

- Das Intervall-Ausdauertraining ermöglicht noch vielen schwerkranken Patienten die Teilnahme am Sportprogramm. Hierbei wechseln kurze (z. B. 10 Sekunden) intensivere Trainingsphasen mit längeren weniger intensiven Phasen ab (z. B. 50 Sekunden).
- Beim Ganzkörpervibrationsmuskeltraining steht der Patient auf einer vibrierenden Metallplatte, die zu einer reflektorischen Anspannung vor allem der Beinmuskulatur führt. Die Muskeln werden hierbei in einem Ausmaß stimuliert wie es viele COPD-Patienten aufgrund ihrer eingeschränkten Atmung mit einem normalen Trainingsprogramm nicht erreichen können.
- Bei der Neuromuskulären Elektrostimulation werden die Muskeln (zumeist der Oberschenkel) über aufgeklebte Elektroden direkt elektrisch stimuliert. Auch hierdurch kann ein Muskelwachstum angeregt werden. NMES kommt zumeist bei Patienten zum Einsatz, die ein normales Training wegen starker Belastungsatemnot gar nicht oder nicht ausreichend intensiv durchführen können.
- Zunehmend wird im Rahmen der COPD-Rehabilitation auch das Inspirationsmuskeltraining durchgeführt. Das Einatmen gegen einen individuell eingestellten Widerstand trainiert das Zwerchfell und kann bei vielen Patienten zu einer Verringerung der Belastungsatemnot führen. Dieses Atemmuskeltraining kann in der Reha erlernt und mit einfachen Trainingsgeräten daheim fortgesetzt werden.

Patientenschulung

Patientenschulung soll den Patienten zum Experten im Umgang mit seiner chronischen Erkrankung machen. Es ist wissenschaftlich gut belegt, dass dies zu einer deutlichen Verbesserung des Krankheitsverlaufes und der Lebensqualität führt. Daher gehört Patientenschulung zwingend zu den Therapieverfahren. Themen im Rahmen der COPD-Patientenschulung sind:

- Aufbau und Funktion der Atmungsorgane
- Krankheitslehre
- Nicht-medikamentöse Therapien: körperliches Training, Atem- und Hustentechniken
- Medikamentenlehre und Einüben der korrekten Inhalationstechnik
- Risikofaktoren und deren Vermeidung, insbesondere Tabakentwöhnung
- Selbstkontrolle (Symptomtagebuch, evtl. Peak-Flow-Meter)

Atemphysiotherapie: Verbesserung der Beweglichkeit des Brustkorbs

Ergometertraining: Ausdauertraining auf dem Fahrradergometer

- Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Bronchialinfekten
- Verhalten beim Atemnotanfall
- Besondere Behandlungsformen (u.a. Sauerstoff, Operationen, Heimbeatmung).

Für Patienten mit einer Sauerstoff-Langzeittherapie, einer Schlafapnoe (OSAS) bzw. Notwendigkeit einer nächtlichen außerklinischen Beatmungstherapie (NIV) werden zudem in einigen Reha-Kliniken zusätzlich spezielle Schulungsmodule angeboten („Sauerstoffschulungen" „OSAS- bzw. NIV-Schulungen")

Atem- und Physiotherapie

Atem- und Physiotherapie sind ein wichtiger ergänzender Teil der nicht-medikamentösen Behandlung der chronischen Atemwegserkrankungen. Wichtig sind vor allem das Erlernen von atemerleichternden Techniken und Selbsthilfemaßnahmen (Lippenbremse, atemerleichternde Körperhaltungen, Hustentechnik) in Ruhe und bei körperlicher Belastung. Sehr wirksam und durch keine andere Therapieform zu ersetzen ist bei schwerkranken Patienten ein gezieltes „Geh- und Treppensteigtraining", bei dem diese Techniken unter der konkreten Belastungssituation des täglichen Lebens eingeübt werden. Wird dieses Training von einem erfahrenen Therapeuten durchgeführt, sind oft auch schwerkranke Patienten wieder mobilisierbar. Neben der Belastungsatemnot führen insbesondere Schwierigkeiten beim Abhusten zu einer massiven Verschlechterung der Lebensqualität. Daher profitieren die Patienten subjektiv deutlich von einer qualifizierten krankengymnastischen Husten- und Atemschulung.

Ernährungsberatung

Viele Patienten mit fortgeschrittenen Atemwegserkrankungen haben eine stark verminderte Körpermuskelmasse; manchmal kommt es zu einer regelrechten Auszehrung. Dies führt zu eingeschränkter Belastbarkeit mit verminderter Lebensqualität. Umgekehrt konnte gezeigt werden, dass bei untergewichtigen COPD-Patienten durch spezielle (kalorienreiche) Diätformen eine Besserung des weiteren Verlaufs der Erkrankung erreicht werden konnte. Da auch bei normal- und übergewichtigen Patienten die Körpermuskelmasse erniedrigt sein kann, gehört deren Messung zur Routinediagnostik der Rehabilitation. Falls sich hier Auffälligkeiten ergeben, wird eine spezialisierte Ernährungsberatung und ggf. die oben erwähnte hochkalorische Ernährung durchgeführt. Empfehlenswert sind in diesen Fällen kleine, häufige Mahlzeiten. Die Zufuhr von Kalorien sollte zudem möglichst durch körperliches Training ergänzt werden, was während der Reha regelmäßig gewährleistet ist.

Tabakentwöhnungsprogramme

Der Verzicht auf Tabakrauchen ist die entscheidende Einzelmaßnahme zur Verhinderung der Entstehung einer COPD und eine der wirksamsten Maßnahmen zu deren Behandlung. Daher ist die Tabakentwöhnung eine der Kernkomponenten der COPD-Rehabilitation. Mit Hilfe psychologisch geleiteter verhaltenstherapeutischer Programme und in Kombination mit medikamentösen Entwöhnungshilfen (z. B. Nikotinersatztherapie) lassen sich im Rahmen der Rehabilitation durchaus gute Rauchstoppraten erreichen. In eigenen Untersuchungen an der Klinik Bad Reichenhall konnte mehrfach aufgezeigt werden, dass es deutlich über 50% der noch rauchenden COPD-Patienten gelang, zum Ende der Reha einen Rauchstopp zu erreichen. Inwieweit der Rauchstopp auch noch nach einem Jahr aufrechterhalten werden kann, aus den Rauchern also Nichtraucher geworden sind, wird derzeit im Rahmen einer Langzeitstudie untersucht. Generell darf innerhalb pneumologischer Rehabilitationskliniken nicht geraucht werden, was vielen Rauchern den Rauchstopp sehr erleichtert.

Psychologische Hilfen

Psychische Krankheitsfolgen und Einschränkungen der Lebensqualität sind bei chronischen Atemwegserkrankungen häufig. So kann die zunehmende Belastungsatemnot zu einer schwerwiegenden Beeinträchtigung im Familien-, Berufs- und Sozialleben führen. Depressionen und Ängste sind daher keinesfalls seltene Ausnahmen und stellen sowohl die betroffenen Patienten als auch die behandelnden Ärzte und das Rehabilitationsteam vor eine schwierige Aufgabe. Durch geeignete psychologische, psychotherapeutische oder auch medikamentöse Hilfen sind hierbei aber meist deutliche Verbesserungen zu erzielen. Patienten mit seelischen Krankheitsfolgen profitieren daher oft in besonderer Weise von einer Rehabilitation, an der viele verschiedene Berufsgruppen beteiligt sind und bei der sowohl die körperlichen als auch die seelischen Krankheitsfolgen adäquat behandelt werden können.

Wie wirksam ist Rehabilitation bei COPD?

Die Effektivität der pneumologischen Reha bei COPD ist durch zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen belegt. Daher stellt die Rehabilitation bei COPD eine gesicherte Therapieform dar, die aber leider noch viel zu selten genutzt wird. Gesicherte positive Effekte der pneumologischen Rehabilitation bei chronisch obstruktiver Bronchitis/Emphysem sind

- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Abnahme der Atemnot
- Steigerung der Lebensqualität
- Abnahme von krankheitsbegleitender Angst und Depression

- Weniger Krankenhausaufnahmen
- Bessere Überlebenschancen nach Anschluss-Reha nach Krankenhausbehandlung wegen COPD
- Verbesserung von Kraft und Ausdauer der Armmuskeln bei gezieltem Training
- Besserung von psychischen Krankheitsfolgen

(modifiziert aus: Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD)

Zugangswege zur Rehabilitation

Aufgrund der geltenden gesetzlichen Regelungen können behandelnde Ärzte ihre Patienten leider nicht einfach in eine Rehabilitationseinrichtung einweisen, sondern die Zugangswege zur Rehabilitation sind genau geregelt und nicht ganz unkompliziert. So ist festgelegt, welcher Kostenträger bei welchem Patienten für die Bewilligung einer Rehabilitation zuständig ist. Vereinfachend gesagt ist das bei Erwerbstätigen die gesetzliche Rentenversicherung, zumeist die Deutsche Rentenversicherung, bei Nichterwerbstätigen (z. B. Rentner oder Hausfrauen/-männer) die Krankenversicherung.

Wenn man als Patient das Gefühl hat, eine Rehabilitation zu benötigen, sollte man sich zunächst an den behandelnden Arzt wenden. Da aber die Einleitung einer Rehabilitation mit teilweise erheblichem bürokratischen Aufwand verbunden ist und sich auch nicht alle Ärzte Experten sind, was die Einzelheiten der Reha-Zugangswege angeht, kann es durchaus hilfreich sein, sich zusätzlich direkt an den Kostenträger zu wenden. Das sind zumeist die Rentenversicherung oder die Krankenkasse. Damit sich Patienten leichter bei den Zuständigkeiten der verschiedenen Kostenträger zurechtzufinden, wurden entsprechend der gesetzlichen Vorgaben im SGB IX in allen Landkreisen und kreisfreien Städten „Gemeinsame Servicestellen" eingerichtet, die jedem Rat- und Hilfesuchenden in allen Fragen der Rehabilitation und Teilhabe als Anlaufstelle zur Verfügung stehen (www.reha-servicestellen.de).

Um eine Rehabilitation einzuleiten, müssen Patient und behandelnder Arzt letztlich die entsprechenden Antragsformulare beim Kostenträger einreichen. Hierbei gibt es gewisse Unterschiede bei den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern. Bei der Krankenversicherung muss der Arzt eine „Rehabilitationsverordnung" erstellen. Hierzu sind aber nur Ärzte berechtigt, die eine entsprechende Qualifikation nachweisen können. Welcher Arzt eine solche Berechtigung hat, kann man z.B. bei der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KVB) erfragen (www.kbv.de). Bei der Rentenversicherung sind ein Reha-Antrag des Patienten und ein ärztliches Gutachten erforderlich. Einzelheiten hierzu kann man über eine kostenlose Servicetelefon-Nummer (0800-1000 4800) oder www.deutsche-rentenversicherung-bund.de erfragen. Weitere Informationen zum Reha-Antrag finden sich auf der Website der Atemwegsliga (http://www.atemwegsliga.de/informationsmaterial.html).

Leider ist die Ablehnungsrate bei Reha-Anträgen und Reha-Verordnungen bei COPD-Patienten immer noch hoch, obwohl wissenschaftlich der große medizinische Nutzen ganz eindeutig belegt ist. Bei einer Ablehnung sollte man daher überlegen, ob man Widerspruch einlegt. ■

Der Autor:
Dr. Konrad Schultz ist medizinischer Direktor der Klinik Bad Reichenhall und Chefarzt des Fachbereiches Pneumologie. Er ist Arzt für Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie, Umweltmedizin und Sozialmedizin.

ANZEIGE

Krankenhaus vom Roten Kreuz

Wenn das Atmen zur Qual wird:
Hilfe erhalten Sie im Kompetenzzentrum Interventionelle Lungenemphysemtherapie

In unserem Kompetenzzentrum behandeln wir jährlich über 350 an einem Lungenemphysem erkrankte Patienten mit den neuesten Methoden der interventionellen Lungenemphysemtherapie:

- ➔ Bronchoskopische Lungenvolumen-Reduktion durch Implantation von Zephyr®-Ventilen
- ➔ Bronchoskopische Lungenvolumen-Reduktion durch Implantation von Spiration®-Ventilen
- ➔ Bronchoskopische Lungenvolumen-Reduktion durch Implantation von RePneu Coils®

Mit einer individuell an das Krankheitsbild angepassten Therapie verfolgen wir das Ziel, bei den Erkrankten eine nachhaltige Verringerung der Symptome und damit eine deutlich verbesserte Lebensqualität zu erreichen.

Krankenhaus vom Roten Kreuz Bad Cannstatt
Klinik für Pneumologie, Internistische Intensivmedizin, Beatmungsmedizin und Allgemeine Innere Medizin
Chefarzt: Prof. Dr. med. Martin Hetzel

Badstraße 35-37 | 70372 Stuttgart
www.rkk-stuttgart.de

Ambulante Pneumologische Rehabilitation: eine weitere effektive Therapieoption in der Behandlung chronischer Lungenerkrankungen

Neben der etablierten stationären Rehabilitation können ambulante Therapiekonzepte ähnlich gute Ergebnisse erzielen. Allerdings besteht in diesem Bereich noch eine erhebliche Versorgungslücke. Eine wichtige Aufgabe für die nächsten Jahre sollte daher die Schaffung einer ausreichenden Anzahl ambulanter Zentren sein, die flächendeckend und kontinuierlich eine rehabilitative Langzeitbetreuung von COPD-Patienten gewährleisten können. Mit der ambulanten pneumologischen Rehabilitation in Leverkusen (APRiL) können wir zumindest im Großraum Köln diese Lücke schließen.

von Dr. Marc Spielmanns

Im Gegensatz zu der Akutmedizin zielt die pneumologische Rehabilitationsmedizin nicht nur auf die Beseitigung bzw. Kompensation akuter körperlicher Krankheitsaspekte, sondern zusätzlich auch auf die der resultierenden körperlichen, psychischen und sozialen Krankheitsfolgen. Daten belegen, dass Rehabilitationsprogramme auf der Basis von körperlichem Training und Schulungen, insbesondere bei Patienten mit COPD, zu weniger Krankenhausaufenthalten und einer höheren Lebenserwartung führen. Daher sollte bei einem geeigneten Patienten nicht gezögert werden, die Indikation für eine Rehabilitation zu stellen. Aus organisatorischen Gründen und in Ermangelung ambulanter Reha-Einrichtungen in Deutschland wird die Reha fast immer als stationäre Maßnahmen durchgeführt. Hier gilt es anzusetzen.

Das Rehabilitationskonzept der Ambulanten Pneumologischen Rehabilitation in Leverkusen (APRiL)

Vorgesehen ist ein Basisprogramm von 3 Wochen mit 5 Behandlungstagen pro Woche von durchschnittlich 5,5 Stunden pro Tag. Pro Rehabilitationsmaßnahme werden 10-15 Patienten versorgt. Zur Optimierung und Ökonomisierung der Maßnahme werden die Räumlichkeiten des St. Remigius Krankenhauses genutzt. Die Maßnahme findet zudem in enger Kooperation mit niedergelassenen Pneumologen statt. Um einen möglichst langfristigen Erfolg zu gewährleisten, wird im Anschluß an das Reha-Verfahren eine Teilnahme an der Lungensportgruppe und der Selbsthilfegruppe „Atmen" forciert. Beide sind in Zusammenarbeit mit der Klinik entstanden, an der Klinik angesiedelt und werden auch von der Abteilung für Innere Medizin betreut.

Indikationen zur APRiL

Die Hauptindikationen zur APRiL stellen folgende Diagnosen dar:

- COPD (nach GOLD ab Stadium II)
- Asthma Bronchiale
- nach operativen Eingriffen am Thorax, den Atemwegen und den Lungen
- interstitielle Lungenerkrankungen
- schwer verlaufene Pneumonien

Der Rehabilitationsplan und Behandlungselemente der APRiL

Zur Anwendung kommen verschiedene rehaspezifische Therapieprinzipien, welche die gängige, vorwiegend medikamentöse Behandlung durch das systematische Angehen der körperlichen, psychi-

schen und sozialen Krankheitsfolgen ergänzen. Dies erfordert ein multidimensionales, an den Krankheitsfolgen ausgerichtetes Therapiekonzept und ein multiprofessionelles Team. Nachfolgend eine Auswahl der verschiedenen Therapieoptionen.

Trainings- und Sporttherapie:
Das körperliche Training als therapeutische Maßnahme ist sehr gut untersucht und gilt als der zentrale Baustein einer jeder pneumologischen Rehabilitation. Inhalte sind Kraft-, Ausdauer-, Beweglichkeits- und Koordinationstraining. COPD-Patienten leiden vor allem bei körperlicher Belastung unter Atemnot, was bei vielen zu einer ausgeprägten Schon- und Vermeidungshaltung führt. Dies wiederum zieht häufig eine strukturelle und funktionelle Veränderung der peripheren Muskulatur nach sich und hat äußerst negative Auswirkungen auf Lebensqualität und Krankheitsverlauf.

Geeignetes körperliches Training führt hingegen zu einer Zunahme der Leistungsfähigkeit und einer steten Verbesserung der Lebensqualität. Mittels Sport- und Trainingstherapie können sowohl somatische als auch psychische Folgen der Erkrankung gebessert werden Durch den gezielten Einsatz der Sauerstofftherapie kann bei bestimmten Patienten die Trainingstherapie effizienter gestaltet werden.

Patientenschulung:
Ohne aktive Mitarbeit und Wissen der Patienten können chronische Erkrankungen nicht optimal behandelt werden. Schulungsinhalte sind Medikationsschulung, insbesondere hier die korrekte Nutzung der Inhalativa, sowie Selbstbeobachtung und Selbstmanagement bei Verschlechterungen. Durch gezielte Schulungen gelingt idealerweise eine Verhaltensveränderung, die zu einem verbesserten Umgang mit der Krankheit im Alltag führt.

Atem- und Physiotherapie:
Atem- und Physiotherapie sind ein wichtiger ergänzender Teil der nicht-medikamentösen Behandlung der COPD. Hocheffizient und durch keine andere Therapieform zu ersetzen ist bei schwerkranken

ANZEIGE

Physiotherapie befreit Atemwege

RC CORNET®

Beim Ausatmen in das RC-Cornet® entstehen Vibrationen, die das Bronchialsystem auf physikalische Weise therapieren.

PZN 08 418 667

Wirkung:

- befreit von zähem Schleim bei Asthma und COPD
- erleichtert das Abhusten
- lindert Reizhusten

Für Kinder und Erwachsene geeignet

RC MEDIZINTECHNIK
R.Cegla GmbH & Co.KG
Tel. 02602 9213-0
www.basiscornet.de

erhältlich in Apotheken oder unter www.cegla-shop.de

COPD-Patienten zum Beispiel ein gezieltes „Geh- und Treppensteig-Training". Wird dieses Training von einem erfahrenen Therapeuten durchgeführt, sind oft auch schwerkranke Patienten wieder mobilisierbar.

Neben der Belastungsdyspnoe führen insbesondere Schwierigkeiten beim Abhusten zu einer massiven Verschlechterung der Lebensqualität. Daher profitieren COPD-Patienten deutlich von einer qualifizierten krankengymnastischen Husten- und Atemschulung. Die krankengymnastische Atemtherapie spielt eine weithin unterschätzte Rolle in der Therapie der Atemwegserkrankungen. Gerade bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen führt das Beherrschen von Selbsthilfemaßnahmen zu einer deutlichen Angstreduktion und wird als äußerst hilfreich erlebt.

Ergotherapie und Hilfsmittelberatung:
Die Ergotherapie spielt im Gesamtkonzept der ambulanten Rehabilitation eine ergänzende Rolle. Um ein weitgehend selbstständiges Zurechtkommen im Alltag zu erleichtern oder wieder zu ermöglichen, werden Hilfsmittelberatungen, -versorgungen und -unterweisungen durchgeführt.

Ernährungsberatung:
Viele Patienten mit fortgeschrittener COPD zeigen eine Reduktion der fettfreien Körpermasse. Unterernährung kann die Prognose der COPD beeinträchtigen. Aber auch bei normal- und übergewichtigen Patienten kann die fettfreie Körpermasse erniedrigt sein. Daher gehört eine spezialisierte Ernährungsberatung und eine Anpassung der Ernährung in Bezug auf die körperliche Verfassung der COPD-Patienten zum Reha-Therapieplan.

Strukturierte Tabakentwöhnungsprogramme:
Der Verzicht auf Tabakrauchen ist die wichtigste Einzelmaßnahme zur Prävention und Therapie der COPD. Sind die Voraussetzungen für den Nikotinverzicht in der Reha günstig, kommt der regelmäßigen hausärztliche Nachsorge große Bedeutung zu. Selbst ein kurzes Beratungsgespräch von wenigen Minuten Dauer führt in 5 bis 10 Prozent der Fälle zur Aufgabe des Nikotinkonsums. Je intensiver und individueller diese ärztliche Beratung erfolgt, desto wahrscheinlicher ein Erfolg.

Psychologische Hilfen:
Psychische Krankheitsfolgen und Einschränkungen der Lebensqualität sind bei der COPD als progredient verlaufender Erkrankung häufig. Reaktive Depressionen und Ängste sind daher keinesfalls seltene Ausnahmen und stellen sowohl die betroffenen Patienten, die behandelnden Ärzte als auch die Pflegepersonen vor eine schwierige Aufgabe. Hier ist zu prüfen, ob psychologische, psychotherapeutische oder psychopharmakologische Hilfen erforderlich sind. ■

Der Autor:
Dr. Marc Spielmanns
ist Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie, Sportmedizin, Schlafmedizin, Rehabilitationswesen, Lehrbeauftragter an der Universität Witten/Herdecke und Chefarzt am St. Remigius-Krankenhaus Opladen.

Idiopathische Lungenfibrose (IPF)

Eine seltene Lungenerkrankung unbekannter Ursache

Die idiopathische Lungenfibrose (IPF) ist eine chronische Erkrankung mit unvorhersehbarem Verlauf. Sie entsteht durch eine gestörte Wundheilung der Lunge nach kleineren Verletzungen auf zellulärer Ebene (zum Beispiel durch Zigarretenrauch, Stäube). Dabei kommt es zu einer gesteigerten Produktion und Anreicherung von Bindegewebe. Da nach dem heutigen Wissensstand keine Ursache für die Entstehung dieser Lungenerkrankung gefunden werden kann, spricht man von einer „idiopathischen“ Lungenerkrankung.

Alltägliche Aktivitäten werden zur Last

Durch die zunehmend geringe Dehnbarkeit und Elastizität der Lunge fällt das Atmen schwerer. Die zunehmende Luftnot bemerkt der Patient zunächst bei körperlicher Aktivität, im weiteren Krankheitsverlauf jedoch auch im Ruhezustand oder bei Aktivitäten des täglichen Lebens wie z. B. beim Essen, Telefonieren oder Steigen weniger Treppenstufen. Begleitend zur Luftnot kann ein meist trockener Reizhusten auftreten. Weitere unspezifische Beschwerden wie Müdigkeit, Gewichtsabnahme, Muskel- und Gelenkschmerzen können ebenfalls mit einer IPF einhergehen. Treten erste Symptome auf, sollte der Betroffene unbedingt einen Lungenfacharzt (Pneumologen) aufsuchen, um die genaue Ursache abzuklären und eine entsprechende Behandlung einzuleiten.

Behandlungsmöglichkeiten

Steht die Diagnose fest, sehen sich Arzt und Patient mit einer seltenen Krankheit konfrontiert, die eine schlechte Prognose nach sich zieht. Eine Heilung ist nur durch die Lungentransplantation möglich. Diese kommt aber aufgrund der Begrenztheit der Transplantate und häufig vorhandenen Begleiterkrankungen nur für wenige Patienten in Frage. Doch es gibt Behandlungen, die die Symptome lindern oder das Fortschreiten der Erkrankung verzögern können. Welche Behandlung die richtige ist, muss im Einzelfall vom Arzt entschieden werden.

InterMune begrüßt die Europäische IPF-Patientencharta

Um der IPF mehr Anerkennung zu verleihen, haben elf europäische Patientenorganisationen (u.a. Lungenfibrose e.V. als deutsche Vertreter) – unterstützt von IPF-Fachexperten – eine europäische IPF Patientencharta entwickelt. In der Charta werden eine stärkere Standardisierung bei der Versorgung von Patienten mit IPF und ein gleichberechtigter Zugang zu Diagnose und Therapie in ganz Europa gefordert.

Über eine öffentliche Online-Plattform will die Initiative 35.000 Unterschriften sammeln – genau so viel wie jährliche Neuerkrankungen in Europa.

EUROPEAN IPF Patient Charter

Ziel ist, dass die Forderungen der Charta von den Mitgliedern des Europäischen Parlaments gehört und politisch unterstützt werden, um den Status quo mit konkreten Maßnahmen zu ändern.

Weitere Informationen erhalten Sie unter:
http://www.ipfcharter.org/

Über InterMune

InterMune ist ein Biotechnologie-Unternehmen mit Fokus auf der Entwicklung innovativer Therapien für Lungenerkrankungen und fibrotische Erkrankungen. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.intermune.de.

Neue Trainingsmethoden in der pneumologischen Rehabilitation

Pneumologische Rehabilitation ist eine umfassende Behandlungsmaßnahme für Patienten mit chronischen Erkrankungen der Atmungsorgane, die unter Atemnot und weiteren krankheitsbedingten Symptome leiden und in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind. Die körperliche Trainingstherapie gilt als eine der wichtigsten Grundbausteine pneumologischer Rehabilitation. In der Trainingstherapie hat sich ein kombiniertes Ausdauer- und Krafttraining als effektivster Ansatz bewährt. Dennoch besteht weiterhin der Anspruch, neue bzw. ergänzende Trainingsmethoden zu erforschen, um so die Effektivität der Trainingstherapie bei Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen weiter zu optimieren. Dieser Artikel beschreibt die Wirkprinzipien neuer Trainingsmethoden und erklärt, für wen diese Maßnahmen sinnvoll sein könnten.

von Dr. phil. Rainer Glöckl und Ulrike Hornung

Atemmuskeltraining

Was ist Atemmuskeltraining?

Unter Atemmuskeltraining versteht man ein Training der Atemmuskeln mittels verschiedener Trainingsmethoden und Geräte. Hierbei steht vor allem ein Training der Einatemmuskulatur im Vordergrund. Positive Effekte lassen sich in den Bereichen Kraft und Ausdauer sowohl bei gesunden Personen als auch bei Patienten mit COPD erreichen. Obwohl es im ersten Moment vielleicht widersprüchlich erscheinen mag, eine chronisch überlastete Muskulatur durch Training „noch mehr zu belasten", hat es sich bei einem Großteil von COPD-Patienten unterschiedlichen Schweregrades als sinnvoll herausgestellt, genau dies zu tun. Es ist nachgewiesen, dass sich Kraft und Ausdauer der Atemmuskeln wieder verbessern lassen.

Wie funktioniert Atemmuskeltraining?

Atemmuskeltraining wird mit speziellen, handlichen Trainingsgeräten durchgeführt, durch die man gegen einen Widerstand einatmet (siehe Abbildung 1). In der Regel zieht man bei dieser Trainingsmethode so stark wie möglich an dem Trainingsgerät. Dadurch muss die Atemmuskulatur bei der Einatmung kurzfristig stark arbeiten, was primär den Trainingseffekt erzielt. Es folgt eine Ausatmung zumeist in das Gerät. Der Ausatmung wird ein sehr geringer Widerstand entgegengesetzt, der die Ausatmung - ähnlich wie bei der Lippenbremse - unterstützt. Diese Trainingsform ist in erster Linie als ein „Krafttraining" zu verstehen. Auch für Patienten mit hohem Schweregrad der COPD ist diese Trainingsform angemessen durchführbar und es werden bedeutsame Effekte erreicht. Entscheidend in der Umsetzung ist vor allem in der Anfangsphase

Patientin mit schwerer COPD beim Atemmuskeltraining

ein regelmäßiges Training (zwei- bis dreimal pro Tag). Dieses kann nach einigen Wochen auf einmal pro Tag reduziert werden. (Ausführlichere Informationen: www.atemmuskeltraining.com)

Für wen ist Atemmuskeltraining geeignet?

Besonders gute Effekte werden erzielt, wenn eine deutliche Schwäche der Atemmuskulatur, ausgeprägte Atemnot und eine schlechte allgemeine Leistungsfähigkeit vorliegen. Von einer Schwäche der Atemmuskulatur spricht man, wenn die maximale Einatemkraft („PImax-Wert") bei Frauen weniger als 7 kPa und bei Männern weniger als 8 kPa beträgt. Bei Durchführung eines Atemmuskeltrainings als alleinige Maßnahme sind folgende Effekte nachgewiesen:

- Kraft und Ausdauer der Muskeln, die bei der Einatmung helfen, werden erhöht.
- Die Betroffenen erfahren weniger Atemnot bei einer vergleichbar schweren Belastung (z. B. gleiches Tempo beim Gehen). Man kann eine gegebene Belastung (etwa spazieren gehen) länger durchhalten.
- Die maximale Belastbarkeit verbessert sich: Man kann beispielsweise wieder schneller gehen, oder man „schafft die Treppe" wieder.)

Inwiefern ein Atemmuskeltraining als Ergänzung zu einem allgemeinem Ausdauer- und Krafttraining einen zusätzlichen Nutzen bringt, ist noch nicht abschließend geklärt und wird aktuell in mehreren Studien untersucht.

Neuro-Muskuläre Elektrostimulation (NMES)

Was ist NMES?

Bei der Elektromuskelstimulation werden Elektroden auf der Haut befestigt (siehe Abbildung 2). Mittels eines elektrischen Impulses wird dann eine Anspannung der darunter liegenden Muskulatur ausgelöst. Ein Vorteil dieser Trainingsmethode liegt darin, dass man sie auch in Phasen der Immobilisation, in denen kein normales Krafttraining möglich ist (z. B. im Bett), durchführen kann. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass dieses Training so gut wie keine Atemnot verursacht, da die Muskulatur nur sehr lokal trainiert wird.

Wie funktioniert NMES?

Der Trainierende kann anhand einer kleinen Fernbedienung die Intensität des Stromreizes und damit auch der Muskelanspannung nach den therapeutischen Vorgaben selbst steuern. Ein entscheidendes Kriterium für die Effektivität der Elektromuskelstimulation ist die Einstellung der Stromstärke. Studien haben gezeigt, dass der Kraftzuwachs der trainierten Muskulatur eine Mindeststromstärke voraussetzt. Die Intensität der Muskelanspannung kann dabei durchaus bis an die Schmerzgrenze heranreichen. Trotz des subjektiven, teilweise unangenehmen Spannungsgefühls in der Muskulatur sollte man wissen, dass die Elektromuskelstimulation weniger effektiv ist als konventionelles Krafttraining (z. B. mit Hanteln oder an Krafttrainingsgeräten).

Für wen ist NMES geeignet?

Aufgrund der aktuellen Studienlage kann für den Einsatz einer Elektromuskelstimulation im Rahmen pneumologischer Rehabilitation keine allgemeingültige Empfehlung ausgesprochen werden. Nur bestimmte Patienten scheinen von der Anwendung dieser Trainingsmethode zu profitieren. Es wird vermutet, dass vor allem Patienten mit einer stark eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit und einem niedrigen Body-Mass-Index vom Einsatz einer Elektromuskelstimulation profitieren können. Das gilt bereits dann, wenn die Maßnahme für sich allein durchgeführt wird. Dieser Effekt verstärkt sich, wenn die Elektrostimulation mit Ausdauer- und Krafttraining kombiniert wird. Denn Elektromuskelstimulation ersetzt das eigene

Patient mit Muskelschwäche während Muskel-Elektrostimulation

körperliche Training in keinster Weise! Es kann aber vor allem in Phasen der Immobilisation (z. B. während eines schweren Infektes) eine überbrückende Maßnahme sein, um den Abbau der Muskulatur zu verhindern, bis wieder selbständig trainiert werden kann.

Vibrationstraining

Was ist Vibrationstraining?

Im Rahmen der Trainingstherapie bezieht sich die Bezeichnung „Vibrationstraining" in der Regel auf ein körperliches Training, das auf speziellen Vibrationsplatten durchgeführt wird. Dabei steht der Trainierende auf einer Plattform, die sich bis zu 30-mal pro Sekunde um einige Millimeter nach oben und unten bewegt (siehe Abbildung 3). Im Allgemeinen müssen zwei verschiedene Funktionsweisen von Vibrationsplatten unterschieden werden. Bei einem System hebt und senkt sich die gesamte Plattform (z.B. Powerplate®), bei der anderen steht man wie auf einer Wippe, bei der ein Bein nach oben und das andere Bein nach unten bewegt wird (z.B. Galileo®). Bislang ist noch nicht abschließend geklärt, ob ein System dem anderen überlegen ist. Von verschiedenen Herstellern oder Einrichtungen häufig angepriesene Verspre-

Kniebeugen-Training auf einer Vibrationstrainingsplatte

chungen wie z. B. „10 Minuten Vibrationstraining sind vergleichbar effektiv wie 90 Minuten herkömmliches Gerätetraining" sind allerdings höchst unseriös und ganz einfach falsch.

Wie funktioniert Vibrationstraining?
Dieses schnelle „Rütteln" (mehr als 20 Bewegungen pro Sekunde) bewirkt, dass sich die Muskeln (vor allem die Beinmuskulatur) reflexartig anspannen. Dies kann zu einer Kräftigung und einer damit verbundenen Leistungssteigerung führen. Wird bei sehr niedrigen Vibrationsfrequenzen (weniger als 10 Bewegungen pro Sekunde) trainiert, so wirkt dies eher lockernd für die Muskulatur und man kann die Beweglichkeit des Körpers verbessern.

Für wen ist Vibrationstraining geeignet?
Vibrationstraining hat sich in den letzten Jahren als Bestandteil der Therapie von Erkrankungen wie chronischen Rückenschmerzen, Weichteilrheumatismus (Fibromyalgie) oder Nervenkrankheiten (Multiple Sklerose) als nützlich erwiesen. Der Einsatz eines Vibrationstrainings bei Patienten mit COPD hingegen ist bisher kaum in wissenschaftlichen Studien untersucht worden. Weltweit gibt es aktuell nur eine Handvoll Studien, die sich mit diesem Thema beschäftigt haben.

Die erste Studie hierzu wurde bereits im Jahr 2010 in der Schön Klinik Berchtesgadener Land in Schönau am Königssee durchgeführt. Hierbei wurden 82 Patienten mit schwerer COPD im Rahmen einer stationären dreiwöchigen Rehabilitation einer von zwei Trainingsgruppen zugelost. Eine Trainingsgruppe trainierte dreimal pro Woche auf einer Vibrationsplatte (Galileo®, Novotec Medical, Deutschland) – die zweite Gruppe absolvierte das gleiche Trainingspensum auf einem normalen, harten Boden. Beide Gruppen führten zusätzlich klassisches Ausdauertraining (auf dem Fahrrad-Ergometer) und Krafttraining (an Geräten) durch. Obwohl das klassische Ausdauer- und Krafttraining bereits einen erheblichen Effekt auf die Steigerung der Leistungsfähigkeit hat, konnten die Patienten, die das Vibrationstraining absolvierten, ihre körperliche Leistungsfähigkeit nochmal deutlich steigern.

In einer weiteren Studie der Uniklinik Marburg wurde der Einsatz eines Vibrationstrainings bei COPD-Patienten untersucht, die aufgrund eines schweren Infekts ins Krankenhaus aufgenommen werden mussten. Ein kurzes, aber intensives täglich durchgeführtes Vibrationstrainingsprogramm führte dazu, dass die Patienten ihre körperliche Leistungsfähigkeit im Rahmen eines einwöchigen stationären Krankenhausaufenthaltes sogar steigern konnten. Zusätzlich zeigte sich eine überraschend deutliche Reduktion wichtiger Entzündungswerte im Blut. Auch wenn dieser Ansatz noch neu ist, so könnte Vibrationstraining auch im Akut-Krankenhaus in Zukunft eine wichtige Rolle spielen.

Sowohl die praktische Erfahrung als auch wissenschaftliche Studien zeigen, dass Vibrationstraining gerade auch bei Patienten mit sehr schwerer COPD und Langzeitsauerstofftherapie problemlos durchzuführen ist. Entscheidend beim Training mit fortgeschrittener COPD ist es, die Belastungsphasen in kurzen, dafür aber durchaus intensiven Intervallen von etwa 30 bis 60 Sekunden Dauer durchzuführen. Somit bleibt die subjektiv empfundene Atemnot verhältnismäßig gering und die Muskulatur kann zeitgleich intensiv trainiert werden.

Vereinzelt berichten Patienten, die sehr stark „verschleimt" sind, auch davon, dass ihnen Vibrationstraining das Abhusten des Sekrets erleichtert. Dieses Phänomen lässt sich aber aus unserer praktischen Erfahrung heraus bisher noch nicht für alle Patienten beobachten; auch ist es nicht durch Studien belegt.

„Atem"-Qi Gong (sprich: „Tschi Gung")

Was ist Qi Gong?
Qi Gong sind Gesundheits- und Bewegungsübungen, die sich auf natürliche Weise mit der Atmung verbinden und die Vorstellungskraft mit einbeziehen. Qi Gong kommt aus dem Chinesischen und heißt wörtlich übersetzt: „Die Arbeit mit der inneren Energie" (Gong = Arbeit, Qi = Lebensenergie/innere Energie). Das medizinische Qi Gong ist stark an der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) angelehnt. So können bestimmte Energiebahnen/Meridiane, die für die Atmung relevant sind, bei den Übungen angesprochen werden. Qi Gong versucht, über die Bewegung, über die Atmung und/oder über die Vorstellung die eigenen Kräfte zu stärken.

Hinter dem zumeist bekannteren Begriff Tai Chi verbirgt sich ebenfalls Energiearbeit und damit auch Qi Gong. Tai Chi stellt jedoch keine Meridiane in den Vordergrund, sondern orientiert sich an einer hocheffektiven Kampfkunst. Tai Chi ist eine Aneinanderreihung stilisierter Abwehr- und Angriffspositionen, die

Atem-Qi-Gong im Freien

meist in einer fließenden Form gelehrt werden. Dies kompliziert das Erlernen der Bewegungsabläufe, die Wirkungsweise beider Übungssysteme ist sehr ähnlich.

Wie funktioniert Qi Gong?
In der chinesischen Denkweise soll das Lebenselixier Qi – ähnlich wie das Blut – frei durch unseren Körper fließen. Durch Verspannungen zum Beispiel im Schulter-Nacken-Bereich ist dies aber oft nur eingeschränkt möglich. Qi Gong besteht aus langsamen, sanften Bewegungen vor allem mit den Armen, die die Lockerheit der Muskulatur stets über die Größe der Bewegung stellen (siehe Abbildung 4). Dadurch beruhigt sich die Atmung und es kommt zu einer ruhigen, tiefen und natürlichen Bauchatmung, die eine entspannende innere Ruhe bewirkt. Manchmal sind kurze Massagen oder Dehnungen ein Teilbereich des Trainings, welches im Sitzen oder im Stehen durchgeführt werden kann. Dies ermöglicht auch körperlich stark eingeschränkten Menschen, ohne Probleme teilzunehmen. Qualitativ gutes Qi Gong-Training beginnt im Kopf: Über die Vorstellung des Qi-Flusses im Körper oder die Konzentration auf bestimmte Körperregionen wie zum Beispiel die Hände, wird die innere Energie gut aktiviert. Dies ist schwer zu begreifen, doch ist es ähnlich dem Autogenen Training - auch dort fokussiert man sich mit dem Satz „Mein rechter Arm wird ganz warm" so auf seinen Arm, dass dieser wirklich messbar wärmer wird. Im Sinne der TCM geschieht dies über den vermehrten Qi-Fluss. Hier kann es sein, dass die Hände kribbeln oder warm werden und zwischen den Händen ein Widerstand oder eine Energie spürbar wird.

Für wen ist Qi Gong geeignet?
Qi Gong Training ist geeignet für alle Menschen, die grundsätzlich offen für andere Denkweisen sind. Das geforderte Leistungsniveau ist im Qi Gong sehr variabel. Es gibt körperlich schwierige Übungen, die mit Einbeinständen verknüpft werden. Genauso gibt es Übungen im Sitzen, die fast ohne Bewegung auskommen und die Vorstellung des Energieverlaufs in den Vordergrund stellen. Keine der beiden Formen ist qualitativ als besser zu bewerten.

Die aktuelle Studienlage über die messbaren Effekte ist noch relativ dürftig. Dennoch gibt es vereinzelte Studien, in denen Qi Gong-Training Patienten mit COPD zu einer deutlich besseren Lebensqualität verhalf, das Gleichgewicht verbesserte und die Atemnot verringerte. Vergleichbare Studien durchzuführen ist sehr schwierig, da die unterschiedlichen Qi Gong-Übungen kaum vergleichbar sind, und die Qualität der inneren Arbeit („Habe ich mich wirklich auf die Übung konzentrieren können?") nicht messbar ist.

Aus der eigenen Arbeit mit Patienten sind häufig motivierende Aussagen zu hören, etwa:

- „Jetzt habe ich auf einmal keine Rückenschmerzen mehr."
- „Das hat mir richtig gut getan."
- „Das macht Spaß, das mach ich zu Hause auch."
- „Ich übe auch nachts, wenn ich stark husten muss."
- „Endlich etwas, was ich mit meinem Leistungsstand auch üben kann."

Patienten, deren Neugierde für Qi Gong anzusprechen ist, können durch die Übungen persönlich etwas für ihre Gesundheit tun. Sie erfahren, dass das kombinierte Training von Körper und Geist die Lebenszufriedenheit steigert. ■

Die Autoren:
Dr. phil. Rainer Glöckl und **Ulrike Hornung** sind beide Dipl.-Sportwissenschaftler und arbeiten an der Schön Klinik Berchtesgadener Land, Fachzentrum für Pneumologie

Rehabilitation bei Asthma und COPD

Unter Rehabilitation versteht man die Gesamtheit aller Maßnahmen, um chronisch Kranke – trotz ihrer Krankheit – wieder zu einem möglichst normalen Leben zu befähigen. Wie wirksam sind sie? Wie kommen Patienten an eine Reha-Maßnahme? Und wer bezahlt sie?

von Jürgen Frischmann

Die Maßnahmen können ambulant und stationär durchgeführt werden. Die stationäre Rehabilitation bei Asthma bronchiale, COPD und Lungenemphysem umfasst umfangreiche Maßnahmen, bei denen die bekannten diagnostischen und therapeutischen Verfahren genutzt werden, um für den Patienten wieder eine verbesserte und länger andauernde Lebensqualität zu erreichen.

Eine Rehabilitation bei Asthma und COPD ist zu empfehlen, wenn trotz ärztlicher Behandlung zu Hause anhaltende Krankheitszeichen bestehen und die Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt ist, im Anschluss an eine Behandlung der Atemwegserkrankung im Krankenhaus als Anschlussheilbehandlung (AHB), bei drohendem Verlust der Erwerbsfähigkeit oder drohender Pflegebedürftigkeit, bei Depressionen bzw. Ängsten und sozialem Rückzug und bei der Notwendigkeit von rehatypischen Therapieverfahren, wenn diese nicht ambulant erbracht werden können.

Welche Therapiebausteine kommen bei einer Rehabilitation zum Einsatz?

Zu Beginn erfolgt eine ärztliche Untersuchung, ergänzt durch apparative Untersuchungen. An Hand dieser Befunde wird im Gespräch mit dem Patienten ein individueller Therapieplan aufgestellt, der folgende Bausteine enthalten kann:

Patientenschulungen

In Schulungen, die auf das Krankheitsbild abgestimmt sind, erhält der Patient Empfehlungen und Hinweise zum Umgang mit seiner chronischen Erkrankung. Diese führen zu einer Verbesserung des Krankheitsverlaufes und der Lebensqualität und beinhalten Informationen wie beispielsweise nicht-medikamentöse Therapien, Atem- und Hustentechniken, Medikamentenlehre und Inhalationstechniken, Tabakentwöhnung, Eigenkontrolle (COPD-Tagebuch, Peak-Flow-Messung), Informationen zur Verhinderung und Behandlung von Bronchialinfekten, einen Notfallplan bei Atemnot, besondere Therapien wie etwa die Sauerstofftherapie oder die Heimbeatmung und Vorbereitungsmaßnahmen im Hinblick auf eine Ventilimplantation oder – in besonderen Fällen – über Chancen und Risiken einer Lungentransplantation.

Lungensport

Körperliches Training steigert die Leistungsfähigkeit und Lebensqualität. Durch Trainingstherapien im Lungensport können körperliche und psychischen Folgen der Krankheit gebessert werden (Verringerung der Atemnot, Steigerung der Belastbarkeit). Dabei kommt es auf eine angemessene Dosierung der Belastung an, also nicht zu viel und nicht zu wenig. Die Wirksamkeit des Lungensports ist bei Patienten mit Atemwegserkrankungen wissenschaftlich bewiesen; daher ist Lungensport immer ein Bestandteil der Rehabilitation.

Atemtherapie und Krankengymnastik

Es werden atemerleichternde Techniken und Maßnahmen in Ruhe und bei körperlicher Belastung erlernt, wie zum Beispiel ein gezieltes „Geh- und Treppensteig-Training", bei dem die Belastung den Situationen zu Hause angepasst und geübt wird. Das Training wird von Fachtherapeuten geleitet; auch schwer kranke Patienten profitieren von den Anwendungen und steigern dabei ihre Leistung. Auch die krankengymnastische Husten- und Atemschulung ist für die Patienten hilfreich. Dabei lernen sie zudem verschiedene wichtige Hilfsmittel kennen. Von kranken-

gymnastischer Atemtherapie können Schwerstkranke und medikamentös schlecht einzustellende Patienten profitieren und zusätzliche Lebensqualität gewinnen. Diese Techniken werden ambulant kaum angeboten.

Ernährungsberatung
Patienten mit Atemwegserkrankungen zeigen aufgrund der eingeschränkten Bewegung häufig einen Abbau der Muskelmasse. Dies führt oft zu eingeschränkter Belastbarkeit und Infektanfälligkeit. Darüber hinaus kann bei den untergewichtigen Atemwegspatienten durch eine spezielle kalorienreiche Ernährung eine Besserung des Verlaufs der Erkrankung erreicht werden. Die Ernährungstherapie, die regelmäßig durch körperliches Training ergänzt werden sollte, ist daher ein wichtiger Teil der Reha-Maßnahme bei Atemwegspatienten. Dies gilt natürlich auch bei Übergewicht.

Unterstützung bei psychologischen Problemen
Psychische Probleme treten bei Patienten mit Atemwegserkrankungen sehr häufig auf. Sie werden unter anderem durch zunehmende Belastungsatemnot und die erheblichen Beeinträchtigungen in der täglichen Lebensführung ausgelöst. Depressionen und Ängste stellen deshalb sowohl die betroffenen Patienten als auch die Ärzte vor eine schwierige Aufgabe.
Durch psychologische bzw. psychotherapeutische Hilfen und begleitende Medikamente wird oft eine deutliche Verbesserung erzielt. Patienten mit seelischen Problemen profitieren in besonderer Weise von einer Rehabilitation, bei der sowohl die körperlichen als auch die seelischen Krankheitsfolgen optimal behandelt werden können.

Ist eine Rehabilitation bei Atemwegserkrankungen wirksam?

Der Erfolg einer pneumologischen Rehabilitation ist durch wissenschaftliche Untersuchungen belegt. Daher stellt die Rehabilitation bei den chronischen Atemwegserkrankungen eine gesicherte hilfreiche Therapieform dar, die viel zu selten von Ärzten verordnet und von Patienten genutzt wird.

Die wichtigsten Wirkungen der Rehabilitation bei chronischen Atemwegserkrankungen sind die Steigerung der Lebensqualität, besseres Allgemeinempfinden, Abnahme von Atemnot, Husten und Auswurf, gesteigerte körperliche Leistungsfähigkeit, Abnahme von krankheitsbedingten Ängsten und Depressionen und Besserung von psychischen Krankheitsfolgen.

Wie wird die Rehabilitation beantragt?

Der Antragsvordruck kann beim Rehabilitations-/Leistungsträger angefordert werden. Der allgemeine Antragsteil ist vom Antragsteller auszufüllen. Als Patient hat man nach §9 Sozialgesetzbuch Teil IX (SGB IX) das Recht, einen „berechtigten Wunsch" bezüglich der Rehabilitationseinrichtung zu äußern, der nicht ohne rechtlichen Grund abgelehnt werden kann. Der ärztliche Befundbericht wird vom Haus- oder Facharzt ausgefüllt und unterzeichnet. Der Antrag wird dann mit allen notwendigen Unterlagen unterschrieben bei dem zuständigen Rehabilitations-Leistungsträger eingereicht.

Wer ist Leistungsträger?

Die gesetzliche Rentenversicherung ist in der Regel zuständig, wenn durch eine Rehabilitation Einschrän-

ANZEIGE

ZURÜCK IN EINEN LEBENSWERTEN ALLTAG.

Nach einer Erkrankung ist es oft nicht leicht, den Weg zurück in den Alltag zu finden. Wir möchten Ihnen dabei helfen und einen Teil dieses Weges mit Ihnen gemeinsam gehen. Und das mit einem ganzheitlichen Ansatz, indem der Mensch mit Körper und Seele im Mittelpunkt steht. Gebündeltes Fachwissen, Engagement und echte menschliche Zuwendung geben nicht nur im körperlichen, sondern auch im seelischen und sozialen Bereich die bestmögliche Hilfestellung. Therapie und Freizeit, Medizin und soziale Kontakte – das alles gehört zusammen und beeinflusst den Genesungsprozess.

STRANDKLINIK ST. PETER-ORDING
Wissen, was dem Menschen dient.

Wir sind eine Einrichtung der Fuest Familienstiftung, einer starken Gruppe im Dienst des Menschen. Drei medizinische und drei suchtmedizinische Reha-Kliniken sowie vier Senioreneinrichtungen stehen für hohe Professionalität, interdisziplinäre Vernetzung und die Umsetzung diakonischer Werte. Der Mensch steht im Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns, das ist Wissen, was dem Menschen dient!

Fachklinik für Psychosomatik, Pneumologie, Dermatologie, Orthopädie und HNO/Tinnitus
Fritz-Wischer-Str. 3 | 25826 St. Peter-Ording | Telefon 04863 70601 | info@strandklinik-spo.de | www.strandklinik-spo.de

ANZEIGE

© pressmaster - fotolia.com

kungen der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden können. Für Erwerbstätige, Arbeitssuchende oder Bezieher einer EU-Rente ist die zuständige Rentenversicherung der richtige Ansprechpartner.

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert Rehabilitationsleistungen, um Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

Die privaten Krankenversicherungen zahlen nur, wenn im Vertrag Rehabilitationsleistungen mitversichert sind.

Was tun bei Ablehnung?

Nach sozialmedizinischer Begutachtung und versicherungsrechtlicher Prüfung des Antrages erhält man einen Bescheid des Leistungsträgers. Bei Ablehnung hat man die Möglichkeit, gegen die Entscheidung Widerspruch einzulegen. Wenn auch der Widerspruch abgelehnt wird, ist eine Klage vor dem Sozialgericht möglich.

Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Rehabilitation bestimmt in der Regel der Leistungsträger, aber auch hier hat man die Möglichkeit, begründet Widerspruch einzulegen.

Bei Selbsthilfegruppen und Verbänden kann man sich diesbezüglich Informationen und Hilfe einholen.

Mit welchen Kosten muss man rechnen?

Für stationäre medizinische Rehabilitation werden die Kosten vom Leistungsträger getragen. Bei stationärer Rehabilitation sowie ambulanter Rehabilitation muss der zu Behandelnde eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro pro Tag leisten, die bei einer Anschlussheilbehandlung der gesetzlichen Rentenversicherung auf höchstens 14 Tage begrenzt ist.

Jedoch gibt es Möglichkeiten, sich teilweise oder vollständig von Zuzahlungen befreien zu lassen, etwa bei einem geringen Einkommen. Darüber hinaus werden Zuzahlungen aufgrund eines vorangegangenen Krankenhausaufenthaltes im selben Kalenderjahr angerechnet.

Welche Reha-Einrichtung ist geeignet?

Die Einrichtung sollte auf das Krankheitsbild spezialisiert sein und über entsprechende Fachärzte verfügen. Wenn man ein bestimmtes Klima nicht verträgt, sollte man dies schon bei Antragstellung mit angeben. Viele Kliniken bieten Ausflüge ins Umland und Aktivitäten in der Klinik am Abend und an Wochenenden an. An freien Nachmittagen und am Wochenende kann man mit dem Rad, Bus und Auto die Gegend erkunden und hat Zeit für sportliche und private Aktivitäten.

Wie oft habe ich Anspruch auf eine Rehamaßnahme?

Zwischen zwei bezuschussten Rehabilitationsmaßnahmen (ambulant oder stationär) muss in der Regel ein Zeitraum von vier Jahren liegen. Ausnahmen von dieser Regel sind möglich, wenn wegen medizinischer Gründe eine Rehabilitation dringend erforderlich ist; dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes beim zuständigen Leistungsträger nachgewiesen werden.

Wo bekomme ich weitere Informationen?

Bei den zuständigen Leistungsträgern (Krankenkasse oder Rentenversicherung), bei Selbsthilfegruppen und auch in Rehakliniken.

Mein Arzt befürwortet keine Rehamaßnahme?

Erklären Sie Ihrem Facharzt oder Hausarzt die Vorteile einer Reha-Maßnahme auf den weiteren Verlauf Ihrer Erkrankung und Ihrer Lebensqualität. ■

Der Autor:
Jürgen Frischmann ist stellvertretender Vorsitzender der DPLA und ehrenamtlich im Ortsverband Wiesbaden der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen - DPLA e. V. tätig.

HABEN SIE DEN DREH SCHON RAUS?

Inhalation, inspiriert von der Natur:

DER RESPIMAT® – EINFACH. ATMEN.

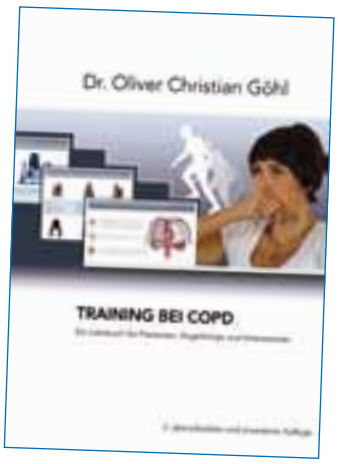
38/14

Boehringer Ingelheim

ANZEIGE

Lungensport – wozu?

Bei Patienten mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen ist die Lungenfunktion eingeschränkt. Daher nehmen sie Atemnot vor allem bei Belastung wahr (wenn es etwa heißt: „Die Treppe wird zu steil"). Unsicherheit und Angst entstehen.



von Dr. Oliver Göhl

Nicht selten wählen die Betroffenen als Lösungsstrategie, sich körperlich zu schonen. Dadurch nimmt die Leistungsfähigkeit weiter ab. In der Regel verändern sich zudem verschiedene Organe wie Herz, Kreislauf und Muskulatur, weil sie weniger beansprucht werden (der Fachausdruck dafür heißt „Dekonditionierung").

Im Laufe der Zeit ändert sich das. Die Patienten „entscheiden" sich nicht mehr für die Inaktivität, sondern sie sind dann einfach nicht mehr in der Lage, selbst einfachste Aktivitäten des täglichen Lebens ohne Überanstrengung zu meistern. Gewohnte Aktivitäten mit Freunden und Verwandten bleiben auf der Strecke, der Rückzug in die häusliche Umgebung beginnt. Soziale Isolation ist häufig der Endpunkt. Häufiger als bisher angenommen entwickelt sich eine Depression; Lebensqualität ist einfach nicht mehr vorhanden. Diese oft als „Abwärtsspirale" oder „Inaktivitätsspirale" beschriebene Folge von Ereignissen wird bei COPD durch die zunehmende Häufigkeit und Schwere von Infekten massiv beschleunigt. Bei höheren Schweregraden werden Patienten oft wochenlang außer Gefecht gesetzt, Krankenhausaufenthalte nehmen zu; kurzum: Ein normaler Lebensrhythmus ist fast nicht mehr möglich.

Aus der Spirale der Inaktivität ausbrechen

Von den genannten Punkten ist das Nachlassen der Skelettmuskulatur von besonderer Bedeutung. Denn damit hängen direkt die körperliche Belastbarkeit und Aktivität sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität zusammen. Schwindende Muskelkraft lässt Kosten im Gesundheitssystem entstehen (wenn etwa eine Gehhilfe benötigt wird) und beeinflusst sogar die Sterblichkeit. Im Gegensatz zum Organ „Lunge" kann das Organ „Muskulatur" potentiell wiederhergestellt werden, nämlich durch körperliches Training. Und die Muskulatur ermöglicht uns nicht nur körperliche Aktivität. Ist sie aktiv, kann das auch entzündungshemmend wirken. Allgemein ergänzt Bewegungstherapie die Wirkung einer Behandlung mit Medikamenten.

Das ist auch bei Patienten mit chronisch obstruktiven Atemwegs- und Lungenkrankheiten so. Hier ist Lungensport eine Behandlungsoption, deren Wirksamkeit in Studien nachgewiesen wurde. Sie ist nicht nur als Bestandteil der Rehabilitationsnachsorge wichtig, sondern auch eine eigenständige Therapiemaßnahme.

Allgemein dient Rehabilitationssport der Krankheitsbewältigung, er stärkt die Eigenverantwortlichkeit, erleichtert die sozialen Integration und ergänzt sinnvoll die ärztliche Behandlung am Wohnort. Sie ersetzt jedoch nicht die möglicherweise erforderliche Heilmittelversorgung, zum Beispiel Bewegungsübungen, Krankengymnastik oder ambulante Atemphysiotherapie.

Der Rehabilitationssport soll auch dazu dienen, dem Patienten Hilfe zur Selbsthilfe zu vermitteln. Sein Ziel ist, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken. Der Patient soll motiviert und in die Lage versetzt werden, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen. ■

Hier finden Sie eine Lungensportgruppe in Ihrer Nähe:
http://www.lungensport.org/lungensport-register.html

Der Autor:
Dr. phil. Oliver Göhl ist Sportwissenschaftler und Sporttherapeut an der Klinik in Donaustauf. Er hat das Buch „Training bei COPD" verfasst und gehört dem Vorstand der AG Lungensport in Deutschland e. V. an.

Hexal – stark in Deutschland
Qualität in Entwicklung, Produktion und Vertrieb.

Barleben
Entwicklung und Produktion von Tabletten, Filmtabletten, Hartgelatinekapseln

Osterweddingen
Entwicklung und Produktion von Salben, Cremes, Gelen und Brausetabletten

Rudolstadt
Entwicklung und Produktion von Inhalativa

Gerlingen
Qualitätsmanagement

Holzkirchen
- Hauptsitz der Hexal
- Entwicklung und Produktion von transdermalen Systemen und Implantaten

www.hexal.de

Was gibt es Neues von der Tabakabhängigkeit? Eine praktizierende Tabakentwöhnerin berichtet

Zunächst ist bemerkenswert, dass auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin im November 2013 in Berlin der Tabakabhängigkeit breiter Raum eingeräumt wurde. Ich gewann den Eindruck, dass die Sorge um die Tabakabhängigkeit von Millionen Menschen auf der Liste der gesundheitspolitischen Prioritäten endlich einen angemessenen Rang erhielt.

von Dr. Isabelle Azoulay

Die e-Zigarette

In einer Bestandsaufnahme wurde die elektrische Zigarette, kurz e-Zigarette genannt, mit all ihren Erscheinungsformen vorgestellt, von denen wir noch nicht wissen können, welche davon längerfristig relevant bleiben werden. Eines ist aber jetzt schon sicher: Die e-Zigarette wird therapeutisch neue Herausforderungen schaffen. Große Vorsicht ist geboten, da alles noch viel zu „jung" ist und die Gesamtheit aller möglichen Haupt- und Nebenwirkungen noch nicht beurteilt werden kann. Dennoch lässt sich jetzt schon sagen: Wir werden die e-Zigarette nicht empfehlen, weil ihre Inhaltstoffe zu undurchsichtig sind. Die Hersteller sind nämlich nicht in der Lage, eine transparente Inhaltsangabe vorzulegen.

Der Lungenfacharzt Prof. Dr. med. Dennis Nowak (München) untersuchte alle erhältlichen e-Zigaretten im Labor; dabei kam eine abenteuerliche Liste von Bestandteilen heraus, bis hin zu Viagra. Trotzdem müssen wir sagen, die e-Zigarette bleibt viel weniger schädlich als die Tabak-Zigarette. Denn die Größenordnung der immerhin messbaren Schädlichkeit ist nicht vergleichbar mit der von herkömmlichen Zigaretten. Und dennoch werden wir keine Entwarnung aussprechen, hieß es auf dem Kongress. Zu Recht, denn die Tabakindustrie wird uns mit diesem Produkt noch vor unermessliche Aufgaben stellen.

An einer Front können wir etwas locker lassen, führte Dr. med. Tobias Rüther (München) aus: In der Psychiatrie bleibt für ein bestimmtes Profil von Patienten, die einen gravierenden Tabakkonsum aufweisen, beim Abwägen zwischen Schadensbegrenzung und Lebensqualität die e-Zigarette eine Option.

Außerhalb der Psychiatrie, dort, wo ich Tabakentwöhnung praktiziere, muss ich feststellen, dass die e-Zigarette therapeutisch ungut ist. Sie sabotiert nämlich den sehr gut möglichen Weg zur vollen Abstinenz. Es hat sich als Fehler herausgestellt, sie als vorübergehende „Krücke" für Teilnehmer zu akzeptieren, die darum betteln. Insofern muß ich aus therapeutischer Sicht deutlich davon abraten.

Der kontrollierte Zigarettenkonsum

Auf dem Kongress wurde auch eine oft wiederkehrende Kontroverse diskutiert: der kontrollierte Zigarettenkonsum. Kann er nicht als ernst zu nehmender Einstieg in den Ausstieg angesehen werden? Wissenschaftlich wurde dieser Idee bisher nicht wirklich Beachtung geschenkt, und doch zeigte Prof. Dr. med. Anil Batra (Tübingen), dass er eine Perspektive aufzeigt, die wir nicht einfach links liegenlassen können. Der Ansatz finde großen Zuspuch, heißt es.

Als Therapeutin für Tabakentwöhnung kann ich dem allerdings nur sehr bedingt zustimmen. Es ist, als würden wir die Patienten noch sanfter ansprechen, die Angst einflößende Devise „Rauchfrei für immer" vorerst verwässern, um mehr Vertrauen zu gewinnen. Das leuchtet zwar ein, aber letzendlich scheint es mir wie ein kleines Austricksen des Süchtigen nach dem Motto „komm nur her, wir gehen die Sache ganz langsam an". Kein Wunder, dass wir damit Zuspruch ernten. Das absolutistische Schwert der unabdingbaren Forderung eines kategorischen Rauchstopps verliert seine Autorität und erleichtert uns als Therapeuten gewiss die Öffnung seitens der Patienten, um sie für einen Plan der vollständigen Entwöhnung zu gewinnen.

Trotzdem kommt Anil Batra in seiner stetigen wunderbaren Vorsicht zu dem Fazit: Im Augenblick ist der Stand der Dinge so, dass es für den kontrollierten Tabakkonsum keine guten wissenschaftlichen Belege gibt, auch wenn der Pragmatismus uns mindestens zur Schadensbegrenzung drängt.

Meine Erfahrung bezüglich eines reduzierten Tabakkonsums ist, dass in den Entwöhnungskursen mit dem einen definitiven Rauchstopp ansteuernden „Rauchfrei-Programm" bei Personen, die rückfällig wurden, später durchaus festgestellt werden konnte, dass der therapeutische Ansatz eines solchen Kurses bei vielen Teilnehmern grundsätzlich ein Davor und ein Danach entstehen lässt. Das Bewusstsein über den Zusammenhang der Sucht zu ganz persönlichen biografischen Bezügen, das Kennenlernen des eigenen Rauchmusters und das Abtasten der eigenen tückischen Gründe der Sucht können nach einem Kurs kaum mehr verdrängt werden; sie verändern den Konsum und das Verhältnis zum Konsum.

© chones - fotolia.com

Würden solche Spuren bei diesen Personen hinterlassen, wenn man von vornherein den kontrollierten Konsum als Option eingeräumt hätte? Ich kann es nicht belegen, aber ich bezweifle es. Daher waren Anil Batras Betrachtungen zum kontrollierten Konsum umso interessanter. Die Psychodynamik des Süchtigen ist und bleibt besonders listig. Und indem man die unabdingbare Vorgabe eines postulierten gänzlichen Rauchstopps unterläuft, gibt man dieser List der Sucht noch mehr Raum. Praktisch versucht man damit, die List zu zähmen, aber das ist ein riskanter Pfad. Da flirtet gewissermaßen der Therapeut mit der List des Rauchers. Deshalb glaube ich, dass der Raucher der Erfahrung von Abstinenz keine Stabilität verleihen kann, wenn wir diese Option stehen ließen. Mit dieser Option gräbt ihm das Unbewusste bei dem Versuch, seine Sucht zu beenden, hintenherum das Wasser ab.

Hypnose und Akupunktur als Tabakentwöhnungsmethoden

Gegenüber Hypnose und Akupunktur als Tabakentwöhnungsmehoden bleibe ich nach wie vor zurückhaltend. Ohne Zweifel bleibt die Devise überzeugend: „Wer heilt, hat Recht". Und bei manchen mobilisiert der Glaube, gemischt mit dem Willen, in der Tat Kräfte, die zu Erfolg führen können. Zeitweilig. Meine Erfahrung ist, dass in Anbetracht der Angst vor dem aktiven Entzug für viele der Weg zur Hypnose und Akupunktur als weitaus attraktiver erscheint, nach dem Motto: „Mach Du mir den Entzug, ich hol´ mich nachher wieder ab".

Ganz selten begegnen mir Personen, die einzig durch Hypnose oder Akupunktur vor langer Zeit gänzlich mit dem Tabakkonsum aufhören konnten. Diese Methoden beziehen den Raucher selbst nicht in seine Entwöhnung mit ein. Die Person lernt ihr Rauchmuster nicht kennen, lernt nicht ihre Gewohnheiten und deren Sinn zu verstehen. Nämlich alles, was sich in unseren Gewohnheiten einnistet: Abwehr, wie zum Beispiel Milderung von Angst, einzig möglicher Weg für Abgrenzung, tägliche Notwendigkeit eines „Trostes". Diese Aspekte können oft die unabdingbare Voraussetzung dafür sein, dass die Patienten ihr individuelles persönliches Gleichgewicht finden. Da spüren wir als Therapeuten, warum die Kraft der Sucht so hartnäckig sein muss. Und erst wenn man der Psyche den Zugang zum Verständnis dieser nicht selten unheimlichen inneren Orte des Betroffenen verschafft, kann der Raucher seinen eigenen Ausweg mit alternativen Verhaltensweisen selbst entwickeln.

Mit Hypnose oder Akupunktur lernt der Raucher wenig über sich kennen. Daher bleiben die alternativen Verhaltensmöglichkeiten zum Rauchen fragile Pfropfe, die beim nächsten inneren Ansturm dem Druck wieder nachgeben werden. Die sechs Sitzungen, mit denen ich arbeite, führen zu Etappen, bei denen gefühlte, gespürte, erlebbare Erfahrungen gemacht werden. Sodass der Raucher genau weiß, woran er arbeitet, und somit die Verantwortung, Herr seiner Selbst zu sein, ausschließlich bei ihm selbst liegen wird.

Diese Erfahrung ist eine, die das Selbst weit über den Rauchstopp hinaus stärkt. Das ist die Zusatzbeute, die meine Kursteilnehmer reißen. Der Boden für einen nachhaltigen Entzug scheint mir gegeben, wenn Angstabbau und Motivationsaufbau therapeutisch erarbeitet werden - und das eigene Rauchmuster ermittelt wird. So nehmen die Raucher spürbar ihre Verantwortung in die eigenen Hände. Denn nur dann verstehen sie, was sie tun! ■

Die Autorin:
Dr. phil. Isabelle Azoulay
ist Soziologin und Tabakentwöhnerin in Berlin.
www.tabakentwöhnung-berlin.de

Grundlagen des Lungensports

Lungensport ist ein speziell angepasstes und entsprechend dosiertes Training für Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen. Lungensport ist aber sicher kein Leistungssport, sondern er soll Atemwegspatienten schulen. Er trainiert sie, mit ihrer Erkrankung besser umzugehen, ihren Alltag ökonomischer zu bewältigen und ihre Belastbarkeit und damit ihr Selbstwertgefühl zu steigern.

von Michaela Frisch

Lungensport kommt für Patienten mit folgenden Krankheitsbildern in Frage:

- Asthma bronchiale
- chronische Bronchitis
- COPD mit und ohne Lungenemphysem
- Patienten mit LTOT (Sauerstofflangzeittherapie)
- pulmonale Sarkoidose
- Alpha-1-Antitrypsinmangel
- Bronchiektasen
- Lungenfibrose
- Zustand nach Lungenoperationen
- Cystische Fibrose (Mukoviszidose)

Wie wird Lungensport verordnet?

Lungensport kann bei gesetzlich Versicherten vom Hausarzt oder Lungenfacharzt mit dem Formular 56 verordnet werden. Hierbei bestehen zwei Möglichkeiten: eine Verordnung mit 50 Einheiten befristet auf 18 Monate oder 120 Einheiten in 36 Monaten. Diese ausgefüllte Verordnung ist dann bei der Krankenkasse mit der Bitte um Genehmigung einzureichen - in vielen Fällen geht das schneller und einfacher, wenn man persönlich vorbeigeht und vorspricht. Mit der genehmigten Verordnung stellt sich der Patient dann beim Therapeuten vor.

Patienten, die eine Rehabilitationsmaßnahme über die Deutsche Rentenversicherung in einer pneumologischen Rehabilitationsklinik durchführen, können sich direkt in der Reha-Klinik Lungensport für 6 Monate mit der Rentenversicherung als Kostenträger verordnen lassen. Dabei gilt das ausgefüllte Formular G 850 bereits als Kostenzusage. Hierbei gibt es allerdings die Vorgabe, dass die Lungensport-Behandlung spätestens drei Monate nach Ende der Rehabilitation begonnen werden muss.

Privatversicherte sollten sich im Vorfeld mit dem Übungsleiter und ihrem zuständigen Kostenträger wegen der Kostenübernahme in Verbindung setzen. In vielen Fällen müssen die Patienten zunächst beispielsweise 5 Euro pro Einheit selbst bezahlen. Sie bekommen diesen Betrag dann wieder erstattet, wenn sie die Rechnung und eine Kopie der gültigen Lizenz des Übungsleiters einreichen. Sicherheitshalber sollte man sich lieber vorher bei der Kasse über die genauen Bedingungen informieren.

Wer darf Lungensport anbieten?

Für die Anerkennung bei den Kostenträgern und Durchführung von Lungensport-Gruppen brauchen die Übungsleiter eine entsprechende Ausbildung und müssen eine Fachübungsleiter-Lizenz erwerben. Diese muss regelmäßig verlängert werden; dafür gibt es Lizenzverlängerungskurse. Der Leistungserbringer (Sportverein) muss Mitglied im Behindertensportverband des jeweiligen Bundeslandes sein.

Lungensport dauert zwischen 60 und 90 Minuten und findet normalerweise einmal in der Woche statt. Anders als beim Herzsport muss der betreuende Arzt nicht anwesend, aber rufbereit sein.

Eine Liste mit den Lungensport-Adressen findet man im Internet unter www.lungensport.org.

Welche Ziele und Inhalte hat der Lungensport?

Atmung: Diese wird bewusst gemacht, die Wahrnehmung wird gelehrt. Die Patienten lernen die wichtigsten Selbsthilfetechniken (Lippenbremse,

Bauchatmung, atemerleichternde Positionen) und sie trainieren weitere Atemformen (Flankenatmung, Nierenatmung). Ergänzt wird der Bereich Atmung durch Übungen, die den Brustkorb beweglicher machen, die Kraft der Atemmuskeln steigern, den Atem vertiefen und ihn ökonomisieren, also den Einsatz der Atemhilfsmuskulatur reduzieren. Da alle Entspannungsverfahren die Atmung als zentrales Element haben, gehören natürlich auch die Entspannungstechniken zum Bereich Atmung im Lungensport. Trainiert bzw. geübt wird dabei in unterschiedlichen Ausgangspositionen, mal mit und mal ohne Gerät.

Schulung: Sie umfasst die Elemente Schleimlösen, richtiges Husten, Hustenvermeidungsstrategien und Nasenhygiene. Das Notfallverhalten wird ebenfalls trainiert, auch als Information für den Partner. Schulungen vermitteln natürlich auch Wissen über die Krankheiten und darüber, wie Patienten mit ihnen umgehen können - dies erfolgt vor allem durch den Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen. Seit wenigen Jahren dürfen auch Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie offiziell am Lungensport teilnehmen. Der Übungsleiter sollte sich auch über deren Besonderheiten informieren, damit er Wissen etwa zum Thema Hygiene an seine Gruppenteilnehmer weitergeben kann.

Training: Hier geht es darum, die physische Belastbarkeit zu steigern, die eigenen Leistungsgrenzen wahrzunehmen und zu verschieben, und Gelenkversteifungen und Schonverhalten zu vermeiden. Dies wird erreicht durch Einheiten mit allgemeiner Kräftigung, Dehnübungen, Koordinationstraining und Übungen zur Verbesserung der Ausdauer. Das Training geht nahtlos in den Bereich **Alltag** über, da das Training alltagsorientiert sein sollte. Geübt wird, wie schädigende Atemformen (wie Luft anhalten oder uneffektiv atmen) bei Alltagsaktivitäten vermieden werden können. Zudem ist es wichtig, gemeinsam ein Programm zu erarbeiten, das der Patient auch zu Hause umsetzen kann. Denn mit einen Termin Lungensport in der Woche ist es nicht getan! ■

Die Autorin:
Michaela Frisch ist verantwortlich für die Therapieleitung der Espan-Klinik, einer Einrichtung für Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung von Atemwegserkrankungen in Bad Dürrheim im Schwarzwald.

ANZEIGE

Unterwegs auftanken. Services für Langzeitsauerstoffpatienten.

Bereits seit Ende 2010 ist das Reisen für Langzeitsauerstoffpatienten deutlich einfacher geworden. An über 30 bundesweiten Standorten können sie ihre Sauerstoff-Reisetanks von Linde Gas Therapeutics kostenlos auffüllen. Jede der fünf Regionen „Nord", „West", „Mitte", „Südwest" und „Südost" hat ihren eigenen Ansprechpartner, an den sich die Patienten wenden und bei dem sie sich für die Tankbefüllung anmelden können. Darüber hinaus bietet Linde Gas Therapeutics in Zusammenarbeit mit einem Reisebüro an, Sauerstoffpatienten ihre Reisen inner- und auch außerhalb Deutschlands zu organisieren. Dabei wird die Versorgung mit medizinischem Sauerstoff während der gesamten Zeit gewährleistet, so dass der Patient seine Reise unbeschwert genießen kann.

Da für Linde Gas Therapeutics die zuverlässige und sichere Versorgung seiner Patienten im Vordergrund steht, wird regelmäßig eine Zufriedenheitsbefragung bei Langzeit-sauerstoffpatienten durchgeführt. Im Vergleich zur letzten Umfrage von 2010 konnte in 2011 die allgemeine Zufriedenheit weiter gesteigert werden. Besonders positiv wurden die Fachkompetenz sowie die Freundlichkeit der Fahrer bewertet, die die Patienten regelmäßig mit Sauerstoff beliefern. Zudem wurden die gute Beratung, die kompetente Einweisung in die Geräteanwendung sowie der qualitativ gute Zustand der Geräte hervorgehoben. „Damit wollen wir unseren Beitrag zu einem Stück Lebensqualität unserer Patienten leisten." berichtet Georg Göstl, Leiter Operation Homecare.

Ein Service der Linde Gas Therapeutics GmbH
Linde Healthcare, Mittenheimer Straße 62, 85764 Oberschleißheim
Telefon 089.37000-0, Fax 089.37000-37100, www.linde-healthcare.de

Angst, Panik und Depression – zu wenig beachtet bei der COPD

COPD-Patienten leiden unter Husten und Atemnot. Ihre Belastbarkeit ist eingeschränkt. Daneben können auch psychische Probleme wie Depression, Angst und Panik die Betroffenen stark beeinträchtigen. Viele von ihnen befürchten außerdem, dass ihre Krankheitssymptome sich noch weiter verschlechtern – oder sie haben Angst vor der Endphase des Lebens.

von Dr. Klaus Kenn

Das Hauptsymptom Atemnot wird als sehr bedrohlich empfunden. Daher überrascht es nicht, dass das körperliche Befinden (also die eingeschränkte Atmung) und das psychische Erleben (die Not beim Atmen) sich gegenseitig bedingen. Wenn die COPD fortschreitet, können Atemnot, Angst und Depression sich sogar im Sinne eines Teufelskreises zunehmend verselbstständigen. Dies gilt es zu verhindern.

Wie oft und wann treten Angst und Depression auf?

Hier gibt es in der Fachwelt sehr unterschiedliche Aussagen. Bis zu 80 Prozent der Betroffenen sollen unter Depressionen, bis zu 75 Prozent unter Angst leiden. Somit sind depressive oder Angststörungen bei COPD-Patienten deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Befragt man die die Betroffenen selbst, so stellen sie psychische Probleme erheblich bedeutsamer dar, als es die behandelnden Ärzte erwarten würden.

Studien zeigen, dass Angst und Depression bereits in den frühen Stadien der COPD auftreten. Sie werden kaum stärker, wenn der Schweregrad der Krankheit zunimmt. Jedoch wird die Lebensqualität durch Angst und/oder Depression erheblich beeinträchtigt. Das Vorhandensein von Angst und Depression beeinflusst offenbar auch den weiteren Krankheitsverlauf. Ärzte beobachten, dass COPD-Patienten mit einer starken Depression nicht so lange leben und dass sie häufiger im Krankenhaus behandelt werden. Nicht zuletzt wirken sich psychische Probleme auch auf die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft aus. Vor allem Angst scheint dazu zu führen, dass die Patienten eine „Vermeidungshaltung" einnehmen und ihre körperliche Aktivität entsprechend reduzieren.

Zusätzliche Risikofaktoren für Angst und Depression sind:

- dauerhafte Funktionsbeeinträchtigungen,
- ein zunehmender Verlust an Kontrolle über die Krankheit,
- nachlassender Behandlungserfolg trotz hochdosierter Medikamente,
- häufige und schwere Infekte und nachfolgende sprunghafte Verschlechterungen des Krankheitsbilds (Exazerbationen).

Die Angst vor dem Ende

COPD-Patienten machen sich frühzeitig Gedanken über die letzte Phase ihres Lebens. Wir konnten in einer eigenen Studie erkennen, dass die Betroffenen mit Angst auf die Art des Sterbens blicken und dass dies für die meisten Patienten eine gewaltige Belastung darstellt. Viele Patienten wünschen sich von ihren Ärzten Angaben zum weiteren Verlauf, zu aktuellen Therapiemöglichkeiten, zur eigenen Prognose und darüber, wie das eigene Sterben aussehen könnte.

Obwohl diese psychischen Belastungen weit verbreitet sind, werden sie offenbar im Alltag zwischen Ärzten und COPD-Patienten selten besprochen. Die Gründe dafür sind sicher vielschichtig und noch nicht ausreichend geklärt. Die Mehrheit der COPD-Patienten steht heute mit ihren psychischen Problemen alleine da und erhält kaum Unterstützung. Dabei kann ein offenes Gespräch über Ängste und Sorgen um die eigene Zukunft oft schon zu erheblicher Erleichterung führen.

© Alexander Raths - fotolia.com

Es konnte gezeigt werden, dass bereits einfache verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze dazu führen können, dass Angst und Depression deutlich zurückgehen. Wichtig erscheint dabei, dass die Patienten lernen, bedrohliche Gedanken nicht mehr als „Katastrophe" wahrzunehmen und so den Teufelskreis aus Angst und Atemnot zu durchbrechen. Oft stellen sich die Patienten ihre Zukunft schlimmer vor, als sie in der Realität zu erwarten ist. Bei Bedarf bietet sich auch die Behandlung mit angstlösenden und/oder antidepressiv wirkenden Medikamente an. Bei massiver Atemnot in fortgeschrittenen Stadien ist Morphin in niedriger Dosierung meist sehr hilfreich gegen das quälende Gefühl, nicht genug Luft zu bekommen.

Zuversichtlich stimmen hier die Ergebnisse von eigenen Studien. Wir konnten zeigen, dass eine umfangreiche pneumologische Rehabilitation mit gezielter körperlicher Reaktivierung Angst und Depression erheblich reduzieren konnte - auch ohne dass eine Psychotherapie oder eine Behandlung mit Psychopharmaka erforderlich gewesen wären.

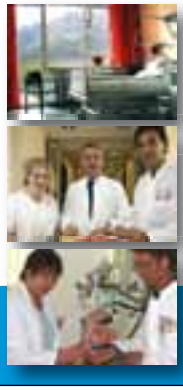
Wege aus dem Teufelskreis

Depression, Angst und insbesondere Panikstörungen sind also bei COPD-Patienten häufig anzutreffen. Die Betroffenen werden öfter in ein Krankenhaus eingewiesen, sie bleiben dort oft für längere Zeit. Oder sie suchen häufig Ärzte auf, weil sich ihre Lebensqualität deutlich verschlechtert. Hier hilft es den Patienten, wenn der Arzt mit ihnen über die psychische Belastung spricht, ihnen die mitunter erheblich übersteigerten Befürchtungen und Zukunftsängste nimmt und eine verlässliche ärztliche Begleitung bis zum Lebensende zusagt. Es ist sinnvoll, behutsam in eine Kommunikation über die Angst vor der letzten Phase des Lebens einzutreten. Viele Patienten erleben dies als sehr hilfreich und nehmen solche Angebote gerne an. ■

Der Autor:
Dr. Klaus Kenn ist Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie sowie Sportmedizin. Er ist als Chefarzt in der Schön-Klinik Berchtesgadener Land in Schönau am Königssee für die Bereiche Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin zuständig.

ANZEIGE

KLINIKEN SÜDOSTBAYERN
Kreisklinik Bad Reichenhall
Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München



„Das" überregionale Lungenzentrum
Seit über 30 Jahren erfolgreich in der Behandlung lungenkranker Patienten

Wir sind als Akutklinik kompetent für:
+ die Therapie Ihrer Begleiterkrankungen (z.B. Osteoporose, Diabetes, KHK,..)
+ Therapieeinstellung bei Verschlechterung Ihrer Lungenerkrankung
+ alle Arten bronchoskopischer Eingriffe
+ stationäre Optimierung Ihrer Sauerstoff Langzeittherapie unter Berücksichtigung von Demandsystemen
+ Einrichtung oder Neueinstellung nicht-invasiver Beatmung
+ Diagnostik im Schlaflabor
+ Behandlung komplizierten Hustens („Cough Center")

Wir halten für Sie bereit:
+ Komfortable Zimmer mit Bad/WC, TV, Telefon, Kaffeebar, Balkon, Bergblick
+ Leistungsstarkes Ärzteteam, freundliches und engagiertes Pflegeteam, kompetente Physikalische Medizin
+ sehr gute Verpflegung
+ enge Kooperation mit leistungsstarken Partnern in der Rehabilitationsmedizin und im AHB-Sektor durch das LungenZentrum Südost

Wir freuen uns auf Sie – bitte melden Sie sich an (am besten durch den Hausarzt)

Zentrum Innere Medizin
Kreisklinik Bad Reichenhall
Riedelstr. 5
83435 Bad Reichenhall
T 08651 / 772 - 401
E rainerwilly.hauck@kliniken-sob.de
www.kreisklinik-badreichenhall.de

Wir sind Mitglied im LungenZentrum Südost
www.lungenzentrum-suedost.de

Lungentransplantation in Deutschland 2014 – auch eine Frage der Behandlungsqualität

In Deutschland wurden 2013 insgesamt 371 Lungentransplantationen in 23Transplantationszentren vorgenommen, wie die Zahlen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) zeigen (2014 bis September: 278). Die Tendenz ist eher steigend. Dabei handelte es sich ausschließlich um Organe von hirntoten Spendern. Die theoretisch mögliche Lebendspende einer Teillunge ist über das experimentelle Stadium in Deutschland trotz des Organmangels nicht hinausgekommen.

von Joachim Linder

Transplantiert wird meist die gesamte Lunge. Nur bei etwa 12 Prozent aller Transplantationen reicht derzeit eine Teillunge aus. Die Aussichten nach einer Lungentransplantation sind gut. Das transplantierte Organ überlebt in den letzten Jahren immer länger. Zwar weisen Statistiken noch ein „mittleres Transplantatüberleben" von nur fünf Jahren aus. Doch diese Zeitspanne dürfte sich in Zukunft verdoppeln. Wie auch bei anderen Organen können auch bei der Lunge mehrere Folgetransplantationen erfolgen. Es gibt heute schon Lungentransplantierte, die nach der dritten Lungentransplantation immer noch aktive Sportler sind. Dies ist aber sicherlich die Ausnahme. Eine transplantierte Lunge ist - wie auch bei allen anderen Organtransplantationen - ein Geschenk auf Zeit und eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität.

Spitzengruppe von nur zwei Zentren

Die Zahl der Patientinnen und Patienten auf den Wartelisten der Lungentransplantationszentren liegt konstant bei etwa 430. Wer also auf die Warteliste aufgenommen wird, hat trotz des bestehenden Spendermangels gute Aussichten, tatsächlich transplantiert zu werden. Allerdings schafft es nicht jeder Patient auf die Warteliste. 2013 wurde in den zwei größten Zentren insgesamt mehr als 250 Patientinnen und Patienten die Aufnahme auf die Warteliste verweigert, den wenigsten aus rein medizinischen Gründen. Ein großes Transplantationszentrum erfasst die Ablehnungsgründe für die Aufnahme auf die Warteliste nicht, obwohl eigentlich eine Berichtspflicht bestünde.

Chancen auch in mittleren Zentren

In Deutschland gibt es 23 Transplantationszentren, die Lungentransplantationen vornehmen und auch grundsätzlich für deren Nachsorge zuständig sind.

Von diesen 23 Zentren werden vom Deutschen Wissenschaftsrat allerdings nur die beiden größten Zentren in der Medizinischen Hochschule Hannover und an der Universität München (Großhadern) mittelfristig als wirtschaftlich überlebensfähig beurteilt. Diese bilden auch im Ranking von www.info-organtransplantation.de aufgrund ihrer Jahres- und Qualitätsberichte die Spitzengruppe. Angesichts der zentrumsbezogenen lebenslangen Nachsorge für Lungentransplantierte ist das Fortbestehen eines Zentrums ein wichtiges Auswahlkriterium für Patienten. Die Zahl der Lungentransplantationszentren dürfte sich in den nächsten Jahren deutlich verringern.

Kriterien für die Auswahl eines Zentrums

Bei der Wahl des Zentrums sollte darauf geachtet werden, dass dieses wegen der Vorbereitung auf die Transplantation und der mehrmals im Jahr erforderlichen Nachsorge möglichst gut zu erreichen ist. Damit kommen auch mittelgroße Transplantationszentren in Frage, auch weil sie deutlich weniger Patienten die Aufnahme auf die Warteliste verweigern. Dies wirkt sich – natürlich – auch auf die Ergebnisqualität aus.

Wie wird auf der Warteliste ausgewählt?

Für den Rang auf der Warteliste der einzelnen Zentren wird ein Punktemodell angewendet, bei dem ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Dringlichkeit und Erfolgsaussicht angestrebt wird. Nach der Entnahme des Spenderorgans muss die Transplantation möglichst rasch erfolgen. Daher werden Organe, die von einem Zentrum nicht sofort akzeptiert werden, personenbezogen einem anderen Zentrum zugeteilt, das sich zur Transplantation des entsprechenden Spenderorgans rasch bereit erklärt. Die ständige Transplantationsbereitschaft dieser Zentren erhöht die Chancen auf eine Lungentransplantation deutlich.

Eine Transplantation ist ein schwerer Eingriff und die letztmögliche Therapie bei einer Lungenerkrankung. Daher sollte gemeinsam mit dem Lungenfacharzt vor Ort jede mögliche Therapieoption genutzt werden, um die Lungentransplantation zu vermeiden oder hinauszuzögern. Auch neu zugelassene Medikamente können dabei eine Option sein. Zu lange sollte aber mit der Lungentransplantation auch nicht gewartet werden.

Zukunft der Lungentransplantation

Die rasche Erfolgsgeschichte der Lungentransplantation wird sich wohl in den nächsten Jahren weiter fortsetzen, auch wenn der Mangel an Spenderorganen diese Entwicklung begrenzt. Für viele, die es auf die Warteliste schaffen, ist die Lungentransplantation eine lebensrettende und lebensverlängernde Therapieoption, die auch heute der Goldstandard ist und bleiben wird. Alternative Möglichkeiten werden voraussichtlich noch Jahre brauchen, bis sie im Klinikalltag zuverlässig eingesetzt werden können. ■

© Dreadlock - fotolia.com

Der Autor:
Joachim F. Linder
betreibt die patientenzentrierte Website info-organtransplantation.de mit Beiträgen rund um die Organtransplantation.

ANZEIGE

OXYCARE GmbH
Sauerstoff • Beatmungstechnik
Fon 04 21-48 99 6-6 Fax 04 21 - 48 99 6-99

Asthma Bronchitis COPD Migräne
THERAPIEGERÄTE
Schlafapnoe Herzschwäche Wunde
Neuromuskulär Krebs

Jetzt auch bequem im Shop einkaufen:
www.oxycare.eu

Sauerstoffversorgung
Shop-Preis ab 565,00 €
– Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

Sauerstoffkonzentratoren
Leise, klein, mit 1-12 l/min Dauerflow

Der SimplyGo® nur 4,5 kg
Der kleinste mobile O2-Konzentrator mit Dauerflow bis 2 l/min
Shop-Preis ab 3.695,00 €

Der LifeChoice Activox®
nur 1,9 kg, mit interner Akkuleistung bis zu 12,5h, Stufe 1

Der Inogen One G3®
nur 2,2 kg, mit interner Akkuleistung von 4h erweiterbar auf 8h, St. 2

TravelCare Eclipse®
mit Dauerflow bis 3 l/min
Shop-Preis Inogen One G3 ab 2.975,00 €

Inhalation

Sami®
154,11 €
Kurze Inhalationszeit durch Sidestream-Vernebler, optional mit autoklavierbarem Vernebler

OxyHaler® Membranvernebler
345,00 €
Klein - leicht (88 g) - geräuschlos - kurze Inhalationszeit - mit Akku Verneblung von NaCl, z.B. Nebusal 7%, bis Antibiotika möglich

Atemtherapiegeräte
In großer Auswahl z.B.:
GeloMuc®/ Quake®
PowerBreathe Medic®
Respiflow®/RC-Cornet®
GeloMuc: Shop-Preis nur 37,50 €

Taxxos® der Atemtakter
149,50 €
Klein wie eine Streichholzschachtel
Kann Hyperventilation und Panikattacken verhindern. Zum Erlernen einer gesundheitsfördernden langsamen Zwerchfellatmung mit verlängerter Ausatmungszeit. Unauffällig jederzeit und überall anwendbar - kein Mundkontakt nötig.

Finger-Pulsoxymeter
„Bärchen" für Kinder MD 300 C52
49,95 €
für Erwachsene M70 49,95 €

OXYCARE GmbH · Holzweide 6 · 28307 Bremen
Fon 0421-48 996-6 · Fax 0421-48 996-99
E-Mail ocinf@oxycare.eu · www.oxycare.eu

Warum braucht der Sauerstoffpatient eine spezielle Patientenverfügung?

Nicht alle Patienten, die mit Sauerstoff behandelt werden, haben eine auf ihre Situation zugeschnittene Patientenverfügung. Nach einer Aufklärung durch den Arzt können Fachleute, etwa Ethikberater, die Patienten hier unterstützen.

von Dr. Birgit Krause-Michel

Patienten mit einer Langzeit-Sauerstoff-Therapie (LTOT) befinden sich bereits in einem fortgeschrittenen Stadium ihrer chronischen Lungenerkrankung. Nach den Leitlinien für eine Langzeit-Sauerstoff-Therapie sollten diese Patienten rund um die Uhr oder mindestens 16 Stunden pro Tag ihren Sauerstoff nehmen - vor allem unter Belastung.

Die Aussage des Arztes, lebenslänglich vom Sauerstoff abhängig zu sein, stürzt viele Patienten zunächst in eine tiefe Krise. Sie fühlen ihre Lebensqualität durch die für alle sichtbare Nasenbrille mehr eingeschränkt als ohne Sauerstoff. Im Laufe der Zeit ändert sich diese Einstellung. Sie geraten in Panik, wenn sie in einen Verkehrsstau geraten und die Sauerstoffkanne nicht mehr genügend Vorrat hat. Die Spirale Atemnot – Angst – Panik ist ein Teufelskreis, aus dem sich die Patienten oft nicht mehr befreien können. Die Aufenthalte im Krankenhaus, meist auf der Intensivstation, werden immer häufiger und länger.

Aber welche andere Alternative hätten die Patienten noch, wenn sie nicht zu Hause ersticken wollen? Selbst ein lebensrettender Luftröhrenschnitt und die Beatmungsmaschine scheinen besser zu sein, als keine Luft zu bekommen.

Behandlung der Atemnot ist möglich

Der Palliativmediziner kann mit dem Symptom der Atemnot gut umgehen und scheut sich auch nicht, eine entsprechende Therapie mit Morphin einzuleiten. Er weiß, dass Morphium in niedriger Dosierung keineswegs zu einem Atemstillstand führt, sondern den Teufelskreis aus Atemnot – Angst – Panikattacken wirkungsvoll durchbrechen kann.

Doch der Patient mit einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) oder einem Lungenemphysem kennt diese Behandlung meist nicht. Sein Hausarzt oder sein Lungenfacharzt haben ihn nicht aufgeklärt, dass seine Atemnot durchaus gut behandelt werden kann. So bleibt ihm nur die Flucht ins Krankenhaus, wo ihm mit hohem medizinischen und technischen Aufwand wieder für kurze Zeit geholfen wird. Mit dem Tod setzt er sich nicht auseinander. Er kämpft ums Überleben. Eine Patientenverfügung, in der er selbstbestimmt voraus plant, wie er in einem Notfall behandelt werden möchte, liegt meist nicht vor.

Durch dieses Auf und Ab der Erkrankung ist der Patient mit einer schweren chronischen Atemwegserkrankung immer sowohl ein Intensiv- als auch ein Palliativpatient. Unter Notfallbedingungen kann dem Patienten mit einer Beatmung durchaus geholfen werden. Aber wie soll es weiter gehen? Irgendwann muss der Patient sich entscheiden, wie weit die Ärzte bei der nächsten akuten Verschlechterung gehen dürfen.

Auseinandersetzung mit der Krankheit

In dem Moment, in dem sich der Patient zum ersten Mal mit seinem Krankheitszustand und der Prognose ernsthaft auseinandersetzt, braucht er eine gute Aufklärung durch seinen Hausarzt über mögliche Behandlungsalternativen. Wenn er diese auch wirklich verstanden hat, sollte er für künftige Notfallsituationen seinen Willen jetzt und möglichst detailliert in einer Patientenverfügung voraus bestimmen.

In der aktuellen Patientenverfügung vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz (www.bjm.de) haben die Verfasser dies durch ein zusätzliches Formular „im Fall schwerer Krankheit" ergänzt. In dieser kann ein Pati-

© MIC GmbH

ent mit einer schweren chronischen Erkrankung mit eigenen Worten formulieren, was ihm am Ende des Lebens wichtig ist.

Ein Sauerstoffpatient hat hier die Möglichkeit, seinen Verzicht auf Intubation, Beatmung oder lebenslängliche Abhängigkeit von einer Beatmungsmaschine wohlüberlegt selbst zu formulieren. In einem Notfallplan beschreibt er zusammen mit seinen Hausarzt die zu erwartenden möglichen Komplikationen und legt seine sich daraus ergebenden Behandlungswünsche eindeutig fest. Will er einem Luftröhrenschnitt zustimmen, um möglicherweise bis zu seinem Lebensende an einer Heimbeatmungsmaschine zu hängen? Möchte er auf keinen Fall ins Krankenhaus eingewiesen werden, sondern durch den Hausarzt oder einen ambulanten palliativmedizinischen Dienst am Ende seines Lebens begleitet werden? Wichtig ist in diesem Fall, dass sowohl der Patient als auch der behandelnde Arzt diese Verfügung unterschreiben Dem Formular ist ein aktueller Medikamentenplan angehängt, in dem vom Hausarzt die erforderlichen Medikamente genannt und von ihm auch bereitgestellt werden.

Aufklärung tut Not

Zur Formulierung der Patientenverfügung braucht der Patient eine gute, verständliche Aufklärung durch den Hausarzt; zur Durchsetzung seines Willens, wenn er dazu nicht mehr in der Lage ist, einen Bevollmächtigten oder Betreuer. Seine Angehörigen dürfen diese Aufgabe nur übernehmen, wenn er sie schriftlich in der Patientenverfügung damit betraut hat. Deshalb ist es wichtig, dass auch die Angehörigen vom Hausarzt über die Therapiemöglichkeiten informiert werden und die Wünsche des Betroffenen kennen und akzeptieren. Keine Patientenverfügung zu erstellen ist sicher keine gute Lösung.

Nur: Bei konventionellen Patientenverfügungen ist wesentliche Voraussetzung, dass der Patient ausreichend aufgeklärt wurde (informed consent). Dies ist meistens nicht gegeben. Der Hausarzt ist zeitlich überfordert und seine Leistung wird auch nicht honoriert. Aber nur ein informierter Patient kann selbstbestimmt über Therapieoptionen entscheiden. Deshalb ist es wichtig, die gesundheitliche Vorausplanung professionell zu begleiten.

Ausgebildete Berater, vor allem Ethikberater, können den Diskussionsprozess unterstützen und auch die Angehörigen über den Sinn der Vorausplanung einbeziehen, etwa wenn es um künstliche Ernährung oder Wiederbelebung geht. Der Hausarzt bleibt Ansprechpartner des Patienten, er wird aber durch die zusätzliche Beteiligung dieser Berater zeitlich entlastet. Noch gibt es keine Standards für eine umfassende medizinische und ethische Beratung, aber diese wird immer wichtiger - gerade für Patienten, die an einer chronischen Erkrankung leiden. Patienten mit einer Langzeit-Sauerstofftherapie brauchen daher eine konkrete Patientenverfügung mit einer Notfallplanung. Nur so können sie ihre letzte Lebensphase selbstbestimmt gestalten. ■

Die Autorin:
Dr. Birgit Krause-Michel ist Fachärztin für Pneumologie, Palliativmedizin und Psychotherapie sowie zertifizierte Ethikberaterin und Ehrenvorsitzende der Deutschen Sauerstoffliga LOT e.V.. In Bad Reichenhall betreibt sie eine Privatpraxis Medizin und Ethik.

ANZEIGE

Der „Lungeninformationsdienst“ bietet unabhängige Informationen zu Lungenerkrankungen

Seit seinem Start im Jahr 2011 steht der Lungeninformationsdienst des Helmholtz Zentrums München Menschen mit Lungenerkrankungen, ihren Angehörigen sowie der interessierten Öffentlichkeit als neue Informationsquelle unter www.lungeninformationsdienst.de zur Verfügung. Mehrmals pro Woche wird auf der Internetseite über aktuelle Ergebnisse oder wichtige Fragestellungen aus der Forschung berichtet.

von Sabine Gnan

Die Online-Plattform des Lungeninformationsdienstes gibt umfassende Informationen über Lungenerkrankungen. Der Lungeninformationsdienst ging in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Lungenforschung (DZL) an den Start. Die enge Kooperation mit dem Deutschen Lungenforschungszentrum CPC garantiert, dass neue Erkenntnisse auf höchstem wissenschaftlichem Niveau anschaulich und allgemeinverständlich präsentiert werden.

Die Internetseite des Lungeninformationsdienstes bietet Patienten, Angehörigen und Interessierten Informationen zu Krankheitsbildern, Diagnose, Therapie oder Prävention, mehrmals pro Woche aktuelle Nachrichten direkt aus der Forschung und einen monatlichen Newsletter. Auf großes Interesse stoßen auch die regelmäßig veröffentlichten Experteninterviews zu aktuellen Fragen der Lungenforschung unter anderem mit so namhaften Wissenschaftlern wie Prof. Tobias Welte, Prof. Klaus F. Rabe und Prof. Jürgen Behr. Ein umfassender Serviceteil - unter anderem mit einer Adressensammlung von Fachkliniken, einem Veranstaltungskalender und einem Download-Bereich mit Broschüren für Patienten - rundet das Angebot ab. Um das Informationsangebot optimal zu gestalten, verfügt der Lungeninformationsdienst über ein Netzwerk aus Vertretern der Lungenforschung, der Medizin und von Patientenverbänden. Alle Inhalte des Lungeninformationsdienstes werden einem wissenschaftlichen Qualitätssicherungsverfahren unterzogen.

Über seine monatlichen Themenschwerpunkte lenkt der Lungeninformationsdienst den Blick auf aktuelle Fragen oder auch einzelne Krankheitsbilder, darunter Asthma, COPD, Lungenentzündung oder Lungenkrebs sowie verschiedene andere Lungenerkrankungen wie Lungenfibrose, Mukoviszidose oder das Kartagener-Syndrom.

Informationen nicht nur online

Mit dem Ziel, auch die Patienten zu informieren, die selbst keinen Zugriff auf das online-Angebot haben, hat der Lungeninformationsdienst eine Publikationsreihe aufgelegt. Unter dem Titel „Das Wichtigste in Kürze“ informieren zweiseitige Faktenpapiere über den aktuellen Stand des Wissens zu einzelnen Krankheitsbildern, Diagnosemethoden, Therapieansätzen oder anderen wichtigen Fragestellungen. Die ersten fünf Faktenpapiere sind nun zu den Bereichen Pollenallergien, COPD, Asthma sowie Lungenfibrose und Medikamente bei Lungenerkrankungen erschienen.

Ferner will der Lungeninformationsdienst den Patienten auch den direkten und persönlichen Austausch mit Medizin und Wissenschaft ermöglichen. Dafür lädt er zweimal im Jahr zum sogenannten „Patientenforum Lunge“ ein, das bislang unter anderem die Themen „Lungenfibrose“, „Lungenhochdruck“ oder „Leben mit COPD“ beleuchtete. Die Veranstaltungen stoßen bereits überregional auf großes Interesse.

Über das eigene Angebot hinaus beteiligt sich der Lungeninformationsdienst mit Informationsständen an weiteren Veranstaltungen wie dem „Symposium Lunge“ in Hattingen.

Weitere Informationen finden sich auf der Homepage des Lungeninformationsdienstes unter www.lungeninformationsdienst.de. ■

Die Autorin:
Sabine Gnan ist Redakteurin des Lungeninformationsdienstes am Helmholtz Zentrum München.

Wasserpfeifen: so schädlich wie Zigaretten

Zwei von drei jungen Leuten in Deutschland haben in ihrem Leben schon einmal Wasserpfeife geraucht – oft weil sie annehmen, dass diese Form des Nikotinkonsums gesünder sei als Zigarettenrauchen. Dabei entstehen in der „Shisha" die gleichen gesundheitsschädlichen Substanzen.

Schweizer Ärzte haben vor kurzem auf eine weitere Gefahr aufmerksam gemacht: Wer Wasserpfeife raucht, nimmt bis zu zehnmal mehr Kohlenmonoxid (CO) auf als Zigarettenraucher. Die Fachleute beschreiben vier Fälle von jungen Patienten mit einer akuten CO-Vergiftung, die im Krankenhaus behandelt werden mussten. Bei einem 21-Jährigen wurde dabei drei Mal so viel Kohlenmonoxid im Blut gemessen wie bei starken, langjährigen Zigarettenrauchern.

Kohlenmonoxid blockiert den Sauerstofftransport durch die roten Blutkörperchen, was zu Bewusstlosigkeit führt und tödlich enden kann. Durch rasche Sauerstoffgabe konnte der Rettungsdienst bei allen Patienten schlimmere Folgen verhindern. Dennoch zeigten die Fälle, dass die Gefahr einer Kohlenmonoxid-Vergiftung nach Wasserpfeifenkonsum unterschätzt werde, schreiben die Ärzte. Ihren Fachkollegen in den Notaufnahmen empfehlen sie, bei unklaren neurologischen Beschwerden junger Patienten gezielt danach zu fragen, ob diese Wasserpfeife geraucht hätten. ■

(Quelle: Joscha von Rappard u. a., Deutsches Ärzteblatt, 3. Oktober 2014)

ANZEIGE

GTI medicare
Oxygen Technology

HOMECARE

FreeStyle® Familie

Für jeden Zweck der richtige mobile Sauerstoff-Konzentrator!

Freiheit ohne Grenzen!

FreeStyle® Familie – die tragbaren mobilen Sauerstoff-Konzentratoren versorgen Sie unabhängig mit ausreichend Sauerstoff.

GTI medicare GmbH • info@gti-medicare.de • www.gti-medicare.de
Hattingen • Hamburg • Dessau • Bielefeld • Römhild • Idstein
Karlsruhe • Nürnberg • Stuttgart • München

Servicetelefon Hattingen 0 23 24 – 91 99-0
Servicetelefon Hamburg 0 40 – 61 13 69-0

Bericht vom 7. Symposium Lunge in Hattingen

Mehr als 2.400 Teilnehmer, 42 Aussteller, 10 Vorträge: Das „Symposium Lunge" war auch 2014 wieder ein voller Erfolg. Neben der Information über das Thema „ Chronische Atemwegserkrankungen - Neue Erkenntnisse und Behandlungsmöglichkeiten" waren Austausch und Beratung für die Patienten besonders wichtig. Veranstalter des Symposium-Lunge ist der COPD-Deutschland e.V.

von Jens Lingemann

Gegenüber dem Vorjahr wurde die Ausstellungsfläche verdreifacht. So konnten die Teilnehmer aus einer breiten Palette unterschiedlicher Angebote wählen: Lungenfunktionstests, Messungen der Sauerstoffsättigung mittels Pulsoximeter, Blutdruckmessung, Überprüfung von Nasenbrillen auf Keimbesiedlung, CO-Messungen in der Ausatemluft und einiges mehr. Teilnehmer mit einer Langzeit-Sauerstofftherapie konnten ihre mobilen Sauerstoffgeräte kostenlos befüllen lassen.

Hochkarätige Vorträge

Im Mittelpunkt standen auch dieses Mal die Vorträge renommierter Lungenspezialisten. Einige Vorträge seien hier kurz zusammengefasst:
Prof. Dr. Helmut Teschler (Essen) berichtete über die Unterscheidung zwischen Asthma und COPD. Beide sind von der sogenannten AHA-Symptomatik geprägt; die Abkürzung steht für Atemnot, Husten und Auswurf. Doch es gibt wesentliche Unterschiede:
Asthma: Beginn meist im Kindes- und Jugendalter, Bronchienverengung bildet sich vollständig zurück, Atemnot und Husten anfallsartig.
COPD: etwa ab dem sechsten Lebensjahrzehnt, oftmals auch früher, Rückbildung auch mit Medikamenten nicht möglich, morgendlicher starker Husten.

Erst seit einigen Jahren befasst sich die Medizin mit dem sogenannten Asthma-COPD-Overlap-Syndrom (ACOS), bei dem Symptome beider Krankheiten auftreten. 15 bis 20 Prozent der Patienten mit verengenden Lungenkrankheiten sind davon betroffen, so Teschler. Er plädierte für häufigere Lungenfunktionsprüfungen bei Risikopatienten.

Auf eine seltene Erbkrankheit, den Alpha-1-Antitrypsin-Mangel, machte Dr. Timm Greulich (Marburg) aufmerksam. Sie ist auch Ärzten kaum bekannt, weshalb vermutlich nur etwa jeder zehnte Betroffene entdeckt wird. Bei der Krankheit werden die Atemwege und die Lungenbläschen geschädigt. Letztlich kann daraus eine Überblähung der Lunge, ein Lungenemphysem, entstehen. Es gibt einen einfachen Schnelltest, für den ein Tropfen Blut aus der Fingerbeere ausreicht. Doch in der Praxis werden vor allem junge Leute mit COPD-ähnlichen Symptomen getestet - weil fälschlich angenommen wird, eine Erbkrankheit mache sich bereits in jungen Jahren bemerkbar. Bei dieser ist das nicht so, weshalb Greulich fordert, jeden COPD-Patienten einmal auf einen möglichen Alpha-1-Antitrypsin-Mangel hin zu testen. Dies umso mehr, als dieser fehlende Eiweißstoff problemlos ersetzt werden kann - durch eine einfache Spritze, die einmal pro Woche verabreicht wird.

Wie ein Gutachter einen Antrag auf einen Schwerbehindertenausweis beurteilt, erläuterte Prof. Dr. Adrian Gillissen vom Klinikum Kassel. Zunächst gilt: Der Patient muss den Nachweis im Hinblick auf seine Behinderung erbringen - also gilt es, möglichst viele Belege vorzulegen wie Gutachten, Arztbriefe usw. Ein Sachbearbeiter entscheidet dann über den Grad der Behinderung (GdB), ggf. mit Hilfe eines amtsärztlichen Gutachtens. Wichtig: Dabei müssen alle Krankheiten berücksichtigt werden. Es gelten folgende Abstufungen: Der Amtsarzt orientiert sich an den Gutachter-Richtlinien:

- unter Therapie Aktivitäten und Ernährung altersgemäß: GdB 20 %
- unter Therapie Aktivitäten und Lungenfunktion leicht eingeschränkt: GdB 30 bis 40 %
- Aktivitäten (und Lungenfunktion) deutlich eingeschränkt, Erwerbstätigkeit in der Regel noch möglich: GdB 50 bis 70 %
- schwere bis schwerste Einschränkungen der Aktivitäten und der Lungenfunktion: GdB 80 bis 100 %

Patienten mit einem GdB von mindestens 50 Prozent erhalten einen Schwerbehindertenausweis. Wer mit der Entscheidung nicht einverstanden ist, kann Widerspruch einlegen. Aber, so Gillissen, dieser muss medizinisch begründet sein, denn: Auch Rechtsanwälte wollen verdienen.

Professor Gillissen widmete sich auch dem Thema „COPD und Urlaub". Neben dem generellen Rat, nur zu reisen, wenn die Erkrankung stabil und eine medizinische Versorgung am Urlaubsort gesichert ist, gab er auch einige spezielle Tipps für COPD-Patienten: Bei Flügen ist die Sauerstoffversorgung im Flugzeug grundsätzlich möglich; man sollte aber vorher mit der Fluglinie Kontakt aufnehmen. Wer mit dem Auto verreist, kann ein mobiles Gerät nutzen, das an den Zigarettenanzünder angeschlossen wird. Schließlich gilt es die Vertriebsnetze des Sauerstofflieferanten zu prüfen; im EU-Ausland ist eine Versorgung nur dann möglich, wenn es einen Vertriebspartner gibt.

Wie Atmung und Seele zusammenhängen, darüber berichtete Dr. Justus de Zeeuw (Wuppertal). Schnelle Atmung - damit reagiert unser Körper auf Gefahr. Und wenn tatsächlich eine Gefahrensituation besteht, ist diese Reaktion auch angemessen. Wenn aber Atemnot als Gefahr empfunden wird, ist genau das Gegenteil richtig: langsame, tiefe Atmung. So kann sich der Körper wieder entspannen, und das tut auch den Atemwegen gut. Moderne therapeutische Konzepte versuchen diese Erkenntnisse zu berücksichtigen.

Dass COPD-Patienten im Alter Besonderheiten beachten müssen, erläuterte Prof. Dr. Susanne Lang (Gera). Je älter der Mensch, desto schlechter wird sein Immunsystem mit Infektionen fertig. Schutzimpfungen sind daher besonders wichtig. Auch die möglichen Begleiterkrankungen von COPD werden im Alter häufiger. Schließlich gilt es zu berücksichtigen, dass ältere Menschen einige Medikamente nicht mehr so gut vertragen und es häufiger zu unerwünschten Wechselwirkungen kommt.

Prof. Dr. Wolfram Windisch (Köln) hob die Bedeutung der Sauerstoffversorgung durch eine Langzeittherapie oder eine nicht-invasive Beatmung hervor. Anfangs fällt es vielen Patienten schwer, die Notwendigkeit einer Sauerstoffbehandlung zu akzeptieren. Hilfreich ist der Austausch mit anderen Betroffenen. Wesentlich ist eine Schulung in einem Beatmungszentrum während einer stabilen Phase der Erkrankung.

Zuletzt berichtete Prof. Dr. Felix Herth (Heidelberg) über die Möglichkeiten einer bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion für Patienten mit einem Lungenemphysem. Für diesen nicht-invasiven Eingriff stehen mehrere Verfahren zur Verfügung: Ventile, Spiralen, Kleber/Dampf oder die Blockade von Nerven. Die beiden letztgenannten werden bisher nur im Rahmen von Studien vorgenommen.

„Für mich war es wieder ein lehrreicher Tag mit vielen engagierten und starken Menschen" - so fasste eine Teilnehmerin ihre reichhaltigen Eindrücke zusammen. Grund genug, sich schon jetzt den 12. September 2015 vorzumerken. An diesem Tag findet in Hattingen das nächste „Symposium Lunge" statt. ■

Interessierte und Aussteller richten Ihre Anfragen bezüglich des 8. Symposiums Lunge 2015 bitte direkt an das Organisationsbüro: Jens Lingemann, Telefon: 02324 - 999 959, symposium-org@copd-deutschland.de http://www.copd-deutschland.de/

Der Autor:
Jens Lingemann ist Gründer und Koordinator der „Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland" sowie Vorsitzender des COPD-Deutschland e.V. Als Betroffener hat er nach der Diagnosestellung vor 14 Jahren die Initiative ergriffen, Informationen und Plattformen für Patienten zu entwickeln.

„Healthy Lungs for Life – Breathe Clean Air"

Mit großen Erfolg und viel Medienresonanz haben European Lung Foundation (ELF) und European Respiratory Society (ERS) im Vorfeld des diesjährigen ERS-Kongresses in München ihre weltweite Kampagne „Healthy Lungs for Life" gestartet. Die Kampagne richtet sich an Ärzte, Politiker, die breite Öffentlichkeit und alle medizinisch tätigen Einzelpersonen und Organisationen. Sie soll eine der größten internationalen Aktionen zur Lungengesundheit werden.

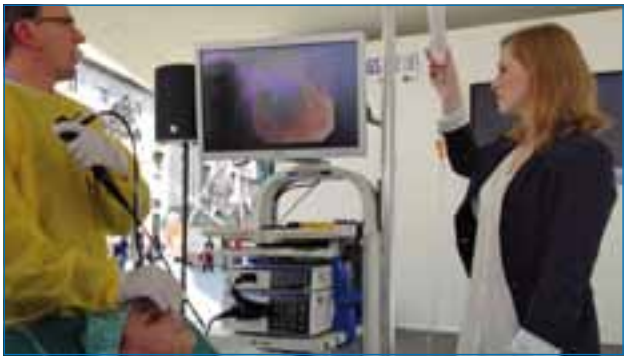
von Dr. Ulrich Kümmel

„Healthy Lungs for Life" löst den bisherigen Weltspirometrietag ab und wird jedes Jahr ein anderes Schwerpunktthema haben. Das Motto der diesjährigen Aktion lautet „Breathe Clean Air" („Atme saubere Luft"). Damit wollen die Initiatoren die Öffentlichkeit für die Bedeutung von sauberer Luft für die Gesundheit der Lunge und des gesamten Organismus sensibilisieren, vor gesundheitsschädlichen Einflüssen aus der Luft warnen und aufzeigen, welche Möglichkeiten der Früherkennung von Atemwegs- und Lungenkrankheiten es gibt und wie man diesen vorbeugen kann.

Dass ELF und ERS Großes planen, konnten Besucher und Einwohner Münchens an vielen Orten der Stadt erkennen. Bereits an Flughafen und Hauptbahnhof wiesen überdimensionale Displays auf das Großereignis hin. Ergänzt wurden sie durch Plakate an zahlreichen, über das gesamte Stadtgebiet verteilten Litfaßsäulen. Mit einer dreitägigen Auftaktveranstaltung in der Zeit vom 5. bis 7. September 2014 auf dem mitten in München gelegenen Odeonsplatz gaben der Präsident der ERS, Prof. Peter Barnes, die ELF-Vorsitzende Monica Fletcher und der Vorsitzende des diesjährigen ERS-Kongresses Prof. Oliver Eickelberg den Startschuss für die Megakampagne. Unterstützt wurden sie dabei von der Moderatorin Nina Ruge, die sich als Erste einem spirometrischen Lungenfunktionstest unterzog.

Lungenfunktionstests in der Zeltstadt

Für die Auftaktveranstaltung hatten die Organisatoren auf dem Odeonsplatz eigens eine Zeltstadt errichten lassen. Dort nutzten mehr als 1.700 Besucher die Möglichkeit zu kostenlosen Lungenfunktionstests. ELF und ERS hatten dazu zehn Messstellen aufbauen lassen, die nahezu während des gesamten Zeitraums mit unermüdlich messenden Pneumologischen oder Medizinischen Fachangestellten besetzt waren. Die Befundung der Fluss-Volumen-Kurven erfolgte durch Ärzte, die Patienten mit auffälligen oder unklaren Ergebnissen eine weiterführende Diagnostik nahelegten und ihnen dazu ein entsprechendes Informationsschreiben für den Hausarzt aushändigten.



Eine weitere Attraktion waren die zahlreichen Aktions- und Informationsstände der im Deutschen Lungentag e. V. zusammengeschlossenen und anderer Selbsthilfegruppen, Organisationen und Fachgesellschaften. Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen, AG Lungensport in Deutschland, Deutsche Atemwegsliga, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie, Deutsche Lungenstiftung, Deutsche SauerstoffLiga und viele andere, darunter auch internationale Organisationen, informierten die Besucher der Veranstaltung über ihre wertvolle Arbeit für Patienten und ihre Aufklärungs- und Informationsarbeit in der Öffentlichkeit. Bei den zahlreichen Teilnehmern hinterließen die beteiligten Organisationen einen bleibenden Eindruck von der pneumologischen Vielfalt Deutschlands, die besonders von den ausländischen Besuchern interessiert aufgenommen wurde. Denn im Unterschied zu anderen Ländern sind in Deutschland nicht nur die Interessen von Menschen vertreten, die von häufig vorkommenden Lungenerkrankungen betroffenen sind. Hochspezialisierte Organisationen betreuen auch Patienten mit selteneren Krankheiten.

Die teilnehmenden Organisationen und Gesellschaften gestalteten auch ein abwechslungsreiches Bühnenprogramm mit Vorträgen und Demonstrationen. Neben allgemeinen Präsentationen zur Früherkennung, Vorbeugung und Diagnose von Atemwegs- und Lungenkrankheiten animierten praktische Demonstrationen zur Atemtherapie mit Bewegungs- und Entspannungsübungen zum Mitmachen. Eine der Höhepunkte des informativen und unterhaltsamen Bühnenprogramms war sicherlich die „Live Bronchoskopie", bei der eine Probandin sich unter freiem Himmel auf dem Odeonsplatz für eine Atemwegsspiegelung zur Verfügung stellte. Ziel dieser Demonstration war einerseits, einen Eindruck von der Gesamtheit pneumolo-

gischer Diagnostik zu vermitteln. Auf der anderen Seite sollte die Vorführung der Bronchoskopie dazu beitragen, die Angst vor der invasiven Diagnostik zu nehmen.

Die „Healthy Lungs for Life"-Kampagne fand aber nicht nur auf dem Odeonsplatz Beachtung. Auch auf dem ERS-Kongress selbst wurde bereits im Rahmen der Eröffnungszeremonie auf das ehrgeizige Projekt der beiden europäischen Organisationen hingewiesen. Unterstützt wurden ELF und ERS dabei von der bermudischen Musikerin, Sängerin und Dichterin Heather Nova. In ihrer Anwesenheit wurde der diesjährige ELF Award ganz im Zeichen der Kampagne an Zsuzsanna Jakab, die europäische Regionaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Veröffentlichung einer WHO-Leitlinie zur Luftqualität verliehen.

Forschungswerkstatt für Kinder

Ein ELF Sonderpreis ging an die Gruppe „Mini-München", eine Spielstadt für Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 17 Jahren, die alle zwei Jahre von Kultur & Spielraum e. V. im Auftrag der Landeshauptstadt München organisiert wird und bis zu 2.500 Kinder täglich erreicht. In diesem Rahmen hat die ERS 2014 eine Forschungswerkstatt „Clean Air" organisiert. Kinder und Jugendliche hatten die Gelegenheit, sich bei Experimenten und Vorlesungen mit dem Thema Lunge und Lungenerkrankungen zu befassen. Sie wurden dazu angeregt, Möglichkeiten zu finden, wie sie sich selbst vor verschmutzter Luft und deren potenziellen Risiken schützen können. Darüber hinaus drehten sie unter fachkundiger Anleitung Filme über die Lungengesundheit und die Bedeutung von sauberer Luft. Die besten Arbeiten wurden im Rahmen der Eröffnungszeremonie des ERS Kongresses sowie während der Auftaktveranstaltung auf dem Odeonsplatz gezeigt und sind außerdem auf der Webseite der „Healthy Lungs for Life" Kampagne unter www.healthylungsforlife.org verfügbar.

Flankiert wurde die Kampagne von zwei Patienten-Experten-Foren zum Thema „Saubere Luft und Lungengesundheit", die in Zusammenarbeit mit dem Lungeninformationsdienst organisiert wurden. Die erste der beiden Veranstaltungen richtete sich mit Kurzvorträgen und Diskussionen unter anderem über Feinstaub, Luftschadstoffe am Arbeitsplatz sowie Passivrauchen an die interessierte Öffentlichkeit. Im Rahmen der zweiten Veranstaltung konnten sich Patienten und Angehörige unter anderem über seltene Lungenkrankheiten, Umwelteinflüsse auf kindliches Asthma sowie Luftnot bei COPD informieren.

European Lung Foundation, European Respiratory Society und die unzähligen Helfer und Unterstützer der Kampagne blicken heute nicht ganz ohne Stolz auf einen gelungen Auftakt zurück. Die Botschaft „Healthy Lungs for Life" ist in München gestartet und hat ihren Weg, flankiert von den unzähligen, über das gesamte Bundesgebiet verteilten Veranstaltungen des Deutschen Lungentages rund um den Globus angetreten. ■

Der Autor:
Dr. Ulrich Kümmel
arbeitet für die Agentur iKOMM (Information und Kommunikation im Gesundheitswesen GmbH) in Bonn.

ANZEIGE

ANZEIGE

„Bitte mach mit, es geht ums Leben!“

Tim L., geheilter Blutkrebspatient

Werden Sie Stammzellspender. Mund auf, Stäbchen rein, Spender sein.

Alle 16 Minuten erkrankt jemand an Blutkrebs. Der 12-jährige Tim war einer von ihnen. Dass er leben darf, verdankt er einer Stammzellspende von Udo K. und dessen uneigennützigem Einsatz. Wenn auch Sie vielleicht einem Blutkrebspatienten wie Tim das Leben retten wollen, registrieren Sie sich in der DKMS. Ihr Registrierungsset und weitere Informationen erhalten Sie unter **www.dkms.de**

DKMS Deutsche Knochenmarkspenderdatei
gemeinnützige Gesellschaft mbH

Folgen Sie uns auf

DKMS

Wir besiegen Blutkrebs.

Auch 2014: Aktion „Lauffeuer gegen COPD“

In 80 Tagen um die Welt – das war auch in diesem Jahr das Ziel der „Aktion Lauffeuer gegen COPD: Mehr Luft durch mehr Bewegung“. Ins Leben gerufen wurde sie von der Novartis Pharma GmbH. So hat das Unternehmen daran erinnert, wie wichtig es für COPD-Patienten ist, sich zu bewegen, vor allem zu laufen. Denn dadurch werden die Muskeln und der Kreislauf gestärkt – und das wirkt sich wiederum positiv auf die Atmung aus. Fehlt die Bewegung, können sich dagegen die Symptome der COPD weiter verstärken. Auch wenn es ihnen nicht leicht fällt, sollten sich also gerade diese Patienten so viel wie möglich bewegen.

Niemand musste bei der „Aktion Lauffeuer“ allein die Erde umrunden - denn 500 Kilometer pro Tag schafft auch der ausdauerndste Marathonläufer nicht. Nein, alle Teilnehmer zusammen sollten dieses Ziel erreichen: 40.000 Kilometer im Zeitraum vom 1. September bis 19. November 2014. Auch Angehörige, behandelnde Ärzte und weitere Interessierte durften mitmachen. Auf der Website aktion-lauffeuer.de konnten die Teilnehmer eine App fürs Smartphone herunterladen. Diese zählt direkt die Schritte und lädt sie automatisch hoch. Wer Bedenken wegen des Datenschutzes hat oder kein Smartphone besitzt, konnte auch einen Schrittzähler bestellen und die täglich gelaufenen Schritte auf der Website von Hand eingeben. Die Nachfrage war so rege, dass die Schrittzähler Mitte Oktober bereits vergriffen waren.

Unterstützung für Patientenorganisationen

Novartis hat die Aktion für jeden gelaufenen Kilometer mit 50 Cent unterstützt - egal ob die Entfernung beim Joggen, Einkaufen oder Spazierengehen zurückgelegt wurde. Insgesamt konnten also bis zu 20.000 Euro „erlaufen“ werden. Mit diesem Betrag werden folgende Organisationen unterstützt:

- Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.
- AG Lungensport in Deutschland e.V.
- COPD Deutschland e.V.
- Deutsche Atemwegsliga e.V.

Das Ergebnis stand bis Redaktionsschluss noch nicht fest - bis Sie dieses Heft in Händen halten, sollte es aber auf der Website aktion-lauffeuer.de veröffentlicht sein. 2013 hatten knapp 1.500 Teilnehmer zusammen mehr als 70.000 Kilometer geschafft - also weit mehr als einmal um die Erde. ■

Pneumokokken-Impfung: Empfehlung für Asthma- und COPD-Patienten

© Pfizer Deutschland GmbH

Pneumokokken sind vor allem für ältere Menschen gefährlich. Auch Patienten mit chronischen Atemwegskrankheiten zählen zur Risikogruppe. Wenn ihre Abwehr nach einer Erkältung geschwächt ist, droht die Infektion mit diesem keineswegs harmlosen Erreger. Lebensbedrohlich ist er vor allem dann, wenn er in die Blutbahn gelangt.

Eine Impfung kann vor einer Pneumokokken-Infektion schützen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt sie unter anderem

- allen Menschen, die 60 Jahre oder älter sind
- Patienten mit chronischen Atemwegskrankheiten wie Asthma oder COPD
- Patienten mit Herz-Kreislauf-Krankheiten
- Patienten mit Diabetes mellitus.

Zur Verfügung stehen zwei sogenannte Polysaccharid-Impfstoffe: einer ist gegen 23 verschiedene Varianten der Pneumokokken gerichtet, ein weiterer gegen 13 Varianten (siehe Artikel „Atemwegsinfektionen vermeiden“ von Prof. Heinrich Worth in diesem Heft). Beide gibt es auch als Kombination mit einem Influenza-Impfstoff. Anders als bei der Impfung gegen Influenza muss gegen Pneumokokken jedoch nur einmal geimpft werden. Es sind also normalerweise keine Auffrischungen nötig. Diese empfiehlt die STIKO nur für Menschen mit Immundefekten und chronischen Nierenkrankheiten. Die Kosten für die einmalige Pneumokokken-Impfung werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. ■

ANZEIGE

WOLFSPATEN

wie Hardy Krüger jr. sorgen dafür, dass der Wolf wieder bei uns lebt.

Werden auch Sie Pate!

Infos unter www.NABU.de/Paten

Infomaterial anfordern:

Vorname

Name

Straße/Nr.

PLZ

Ort

Ausschneiden und absenden an:
NABU Klemens Karkow
Charitéstr. 3, 10117 Berlin
oder per Fax an:
030.284 984 2500

NABU

Mitgliederversammlung

Turnusmäßige Neuwahl des Vorstandes und der Kassenprüfer der DPLA.

von Dr. Michael Köhler

Am 14. Juni 2014 fand wiederum im Ibis-Hotel in Mainz die jährliche Mitgliederversammlung unserer Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA statt. Hierzu war frist- und satzungsgemäß geladen worden. Jedes Mitglied hatte für die vorgeschlagene Satzungsänderung auch die Gegenüberstellung der bisherigen Satzung und des Vorschlages des neuen Textes des zu ändernden Paragraphen 2 erhalten. Neben bloßen Aktualisierungen ging es um die Aufnahme der chronisch obstruktiven Bronchitis, d. h. der COPD statt der bisherigen Benennung als chronischer Bronchitis, vor allem um die Präzisierung und Verstärkung der von uns satzungsgemäß angestrebten aktiv organisierten gemeinsamen Selbsthilfe. Diese Satzungsänderung wurde einstimmig und ohne Enthaltungen angenommen.

Die satzungsgemäße und geheime Neuwahl des Vorstandes leitete unser Ehrenvorsitzender, Herr Dr. Berck. Frau Wolf kandidierte nicht mehr als Schriftführerin und Herr Wern nicht mehr als stellvertretender Vorsitzender. Für jedes Amt gab es aus der Mitgliederversammlung jeweils einen Kandidaten. Als Vorsitzender wurde einstimmig, bei einer Enthaltung, der bisherige Vorsitzende, Herr Dr. Michael Köhler, wiedergewählt. Als stellvertretender Vorsitzender und als Schatzmeister wurden Herr Jürgen Frischmann und Herr Dieter Kruse, beide hatten ihre Bereitschaft schriftlich erklärt, da sie krankheitsbedingt nicht teilnehmen konnten, einstimmig und ohne Enthaltungen gewählt. Zur neuen Schriftführerin wurde, bei einer Enthaltung, Frau Dr. Judith Düttmann, gewählt.

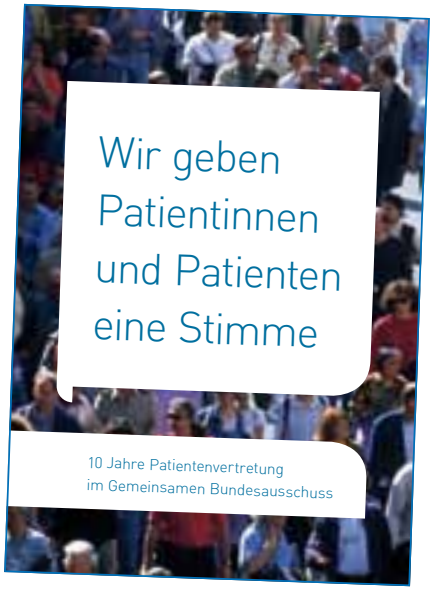
Nachdem die beiden Kassenprüfer gesundheitsbedingt nicht mehr zur Wahl standen, wurden als Kandidaten Frau Marlene Dudanksi und Frau Inge Follmann vorgeschlagen und einstimmig, bei einer Enthaltung, gewählt.

Herr Berck dankte stellvertretend für alle Mitglieder dem bisherigen Vorstand und den Kassenprüfern für Ihren großen Einsatz und ihre ehrenamtliche Arbeit und wünschte dem neuen Vorstand und den ebenfalls neuen Kassenprüfern eine erfolgreiche und gute Amtsperiode. ■

Mitbestimmung leben – 10 Jahre Patientenvertretung im obersten deutschen Entscheidungsgremium

Das Jahr 2014 geht dem Ende zu. Da ist es Zeit Bilanz zu ziehen. Für uns als Patienten gab es ein wichtiges rundes Jubiläum. 10 Jahre besteht jetzt unser gesetzlich verankertes Recht als Patienten den mehr als 70 Millionen in den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) Versicherten in Deutschland im obersten deutschen Beschlussgremium eine Stimme zu geben. Dieses 2004 in der heutigen Form geschaffene Gremium ist der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Der Deutsche Bundestag beschließt als Gesetzgeber den gesundheitspolitischen Gesamtrahmen. Der G-BA regelt dann die konkrete Umsetzung für die tägliche Praxis durch einheitliche Vorgaben. Dies erfolgt nach Abstimmung im obersten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, d.h. der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und gesetzlichen Krankenkassen. Festgelegt wird in verbindlichen Richtlinien welche medizinischen Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Für die vielen Gremien und Arbeitsgruppen im G-BA sind etwa 250 sachkundige und meist selbst betroffene Patienten als Vertreter bundesweiter Patientenorganisationen benannt. Die Patientenvertreter können dort aktiv mitberaten und Anträge stellen. Dies ist bis heute weltweit wohl beispielhaft.

Medizin wird oft – trotz aller naturwissenschaftlicher Fortschritte und Erkenntnisse – als Erfahrungswissenschaft bezeichnet. Eine individuelle Krankheitserfahrung kann aber nur ein Selbstbetroffener, d.h. ein Patient, in die Entscheidungsgremien einbringen.



Kern der Patientenkompetenz ist die persönliche Krankheitserfahrung in allen Höhen und Tiefen des Lebens und Krankseins. Vom Asthma bronchiale bis zum Zungenkrebs bringen wir Patienten unser Wissen und individuelle Krankheitserfahrungen, gesammelt in unseren Selbsthilfeorganisationen, in das oberste bundesdeutsche Entscheidungsgremium ein. Bilanz und einen Ausblick nach der ersten Dekade Mitwirkung der Patientenvertreter im gemeinsamen Bundesausschuss fasst die jetzt erschienene Broschüre: „Wir geben Patientinnen und Patienten ein Stimme" zusammen. Sie kann kostenlos bei der Geschäftsstelle unserer DPLA angefordert werden. ■

Dr. Michael Köhler

ANZEIGE

Espan-Klinik mit Haus ANNA

Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen

Gesundheitsarrangement z.B „Tief durchatmen" 1 Woche ab 659.- €/p.P. im DZ *zzgl Kurtaxe*

AHB/AR-Klinik, Rentenversicherung, alle Krankenkassen
Beihilfe, Privatzahler

Stationäre und ambulante Angebote
private Gesundheitsarrangements
Heilklimatischer Kurort, Soleheilbad, Kneipp-Kurort

Die Espan-Klinik ist eine auf die Behandlung von Atemwegserkrankungen spezialisierte Rehabilitationsfachklinik. Unter der Leitung von zwei Lungenfachärzten werden Sie von einem erfahrenen Ärzte- und Therapeutenteam nach den neusten medizinischen Leitlinien betreut.

Die ruhiger Lage direkt am Kurpark von Bad Dürrheim, das reizarme Klima auf der Höhe von 700m, die heilsame Wirkung der Bad Dürrheimer Sole und die ebene Landschaft bieten hervorragende Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Rehabilitation

78073 Bad Dürrheim, Gartenstr. 9, Tel: 07726/650 Fax: 07726/9395-929 E-Mail: info@espan-klinik.de; www.espan-klinik.de

Ehrenpreis der DPLA 2014 an Herrn Dirmeier verliehen

Ein Höhepunkt unserer diesjährigen Mitgliederversammlung am 14. Juni in Mainz war die Verleihung unseres diesjährigen Ehrenpreises an Herrn Hans Dirmeier, Wasserburg. Es war uns eine besondere Ehre hiermit dem Mitgründer der jetzigen Deutschen Sauerstoffliga LOT e.V., ihrem langjährigen Vorsitzenden und jetzigem Ehrenvorsitzenden, in diesem Jahr, nachdem er im vorigen Jahr für seine ehrenamtliche Lebensleistung das Bundesverdienstkreuz verliehen bekam, unseren Ehrenpreis zu verleihen.

Bei Herrn Dirmeier, Jahrgang 1945, wurde 1987 eine Asbestose mit einer Lungenfibrose, festgestellt. Seitdem ist er Sauerstofflangzeitpatient – fast ununterbrochen 24 Stunden am Tag. Die ersten fünf Jahre war ihm sogar ein Sauerstoffkatheter implantiert. Für seine wahrhaft kämpferische und vorbildliche Haltung spricht, dass er 1997 mit wenigen anderen ebenfalls betroffenen Patienten die damalige Deutsche Selbsthilfegruppe Sauerstoff-Langzeittherapie – LOT e.V., gründete. Diese hat sich seitdem in ihrer Mitgliederzahl fast verhundertfacht. Ein Großteil ihrer bundesweiten und beispielhaften Wirkung ist seiner prägenden Persönlichkeit zu verdanken.

Die Fülle seines ehrenamtlichen Engagements – von der Patientenschulung über die Kongressausrichtung, die Herausgabe der Zeitschrift O_2-Report, von Broschüren, medizinischen Berichten, Testberichten und Vorträgen - würde den Umfang dieses Heftes sprengen. Engagiert war er weiterhin als Vorstand der AWO in seinem Heimatort Wasserburg, Mitbegründer der dortigen Tafel und seit 2011 ist er auch Vorsitzender des VdK Wasserburg. Wir sind stolz, ihm persönlich und seiner lieben Frau mit der Überreichung unseres diesjährigen Ehrenpreises den Dank vieler Menschen denen er durch sein bis heute währendes Wirken als selbst betroffener Patient und Bürger geholfen hat, auszudrücken. Danke für Alles! ■

Dr. Michael Köhler

10 Jahre Lungensport in Marburg

Am 10. September 2014 war es soweit: Die Lungensportgruppen in Marburg feierten ihr zehnjähriges Bestehen. Die erste Gruppe in der hessischen Universitätsstadt wurde 2004 von Friedhelm Stadtmüller, Margit Nahrgang, Martin Weber und dem Lungenfacharzt Prof. Dr. Ulrich Koehler vom Universitätsklinikum Gießen-Marburg gegründet.

„Anlässlich einer Asthma-Schulung erzählte uns Prof. Koehler vom Lungensport. Damit rannte er bei uns offene Türen ein. Die Frage war nur: Wo gibt es so etwas? Bei uns in Marburg nicht ...“

So erinnert sich Margit Nahrgang an die Anfänge. Gesagt, getan: Eine Halle und die Übungsleiterin Kay-Ina Koehler wurden gefunden. Die Gruppe schloss sich dem VfL Marburg an. Schließlich ermöglichte die Anerkennung durch den Hessischen Behinderten- und Rehabilitationssportverband e. V. die Abrechnung mit den Krankenkassen. Heute hat die Gruppe mehr als 50 Mitglieder, von denen etwa 30 regelmäßig zu den Übungsstunden kommen. Seit 2008 besteht eine zweite Gruppe mit COPD- und Lungenemphysem-Patienten, die zum Teil auf eine dauerhafte Sauerstoffbehandlung angewiesen sind.

Wir blicken auf die vergangenen zehn Jahre mit ein bisschen Stolz zurück, denken gerne an die Sommerfeste bei Margit und an die Weihnachtsfeiern. Unser Jubiläum soll Ansporn sein, unseren Lungensport fortzuführen: mit professioneller Anleitung bei Reha-Sport und Fitness; in einer Gemeinschaft, die sich gegenseitig Halt gibt; und als Anlaufstelle für Menschen mit Lungenkrankheiten. Wir danken bei dieser Gelegenheit ganz herzlich unserem Hauptverein, dem VfL 1860 Marburg, dem Klinikum Marburg (UKGM), allen voran Prof. Ulrich Koehler, der Übungsleiterin Kay-Ina Koehler, den Sponsoren unserer Jubiläumfeier und vor allem unserer „Familie“, den lieben zuverlässigen Mitgliedern. ■ *Friedhelm Stadtmüller*

Friedhelm Stadtmüller leitet gemeinsam mit Margit Nahrgang die Lungensportgruppen Marburg.

Lachen ist die beste Medizin –

Der Ortsverband Wuppertal der DPLA e.V.

2008 wurde für Atemwegspatienten und ihre Angehörigen in Wuppertal eine Selbsthilfegruppe der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. gegründet.

Wir werden nach Kräften unterstützt von Ärzteteams folgender Institutionen:

- Bergisches Lungenzentrum im Helios-Klinikum Wuppertal-Barmen (Leitung: Prof. Dr. Kurt Rasche)
- Wuppertaler Lungenzentrum am Petrus-Krankenhaus (Dr. Sven Stieglitz)
- Bethesda-Klinikum Wuppertal (Prof. Dr. Bernd Sanner)
- Gemeinschaftspraxen Wuppertaler Lungenärzte aeroprax.

Die Zusammenarbeit mit den Ärzten klappt hervorragend - daher möchten wir uns ganz herzlich bei ihnen für das Engagement in unserer Sache bedanken! Alle beteiligten Ärzte „opfern" uns einen Teil ihrer Freizeit und das ohne Honorar. Ohne ihren Einsatz wäre es uns nicht möglich, ein derart informatives und abwechslungsreiches Programm für alle Betroffenen und ihre Angehörigen auf die Beine zu stellen. Viel Unterstützung erhalten wir auch von der Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen der Stadt Wuppertal sowie regionalen Krankenkassen.

Bei unseren Treffen diskutieren wir über neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zu unseren Erkrankungen sowie zu Geräten und Anwendungen in der Behandlung. Im Mittelpunkt steht die Hilfe zur Selbsthilfe, etwa wenn es um das Behindertenrecht geht. Großzügigerweise stellt uns das Helios-Klinikum Wuppertal-Barmen kostenlos einen Raum für unsere Veranstaltungen zur Verfügung. Auch dafür möchten wir uns ganz herzlich bedanken. Selbstverständlich sind auch Angehörige sehr herzlich zu unseren Veranstaltungen eingeladen, denn sie erleben unsere Krankheit ja immer mit und wissen manchmal gar nicht, wie uns in bestimmten Situationen zumute ist oder wie sie etwa bei akuter Atemnot am besten helfen können.

Natürlich sollen das gesellige Leben, das persönliche Gespräch und auch das gemeinsame, befreiende Lachen nicht zu kurz kommen. Bekanntlich ist Lachen ja immer noch die beste Medizin, die uns leider noch kein Arzt verschreiben kann. Wir gehen deshalb auch alle vier Wochen gemeinsam kegeln. Wir wollen ein abwechslungsreiches Gruppenleben führen und freuen uns sehr über Ihr Kommen.

Bei regionalen Ereignissen wie etwa dem Deutschen Lungentag, Patiententagen der Wuppertaler Kliniken, Veranstaltungen bei Sportvereinen und bei lokalen Gesundheitsmessen sind wir mit einem Informationsstand vertreten und stehen auch dort Interessierten und Betroffenen Rede und Antwort. Leider wird der Lungensport immer noch unterschätzt. In Wuppertal wird er regelmäßig in folgenden Einrichtungen angeboten: Bethesda-Krankenhaus, Sportverein Bayer, Stadtsportbund Wuppertal und beim Regionalen Therapiezentrum an der Wupper. Weitere Informationen: www.lungensport.org.

Wir hoffen, dass wir Ihr Interesse an unserem Wuppertaler Ortverband geweckt haben. Gerne begrüßen wir Sie bei einem unserer nächsten Treffen – sie finden immer am ersten Mittwoch im Monat statt. Weitere Auskünfte erhalten Sie über die Geschäftsstelle der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA e.V. und auf der Homepage www.pat-liga.de. ■ *Gabriele Reinhold*

Gabriele Reinhold ist Vorsitzende des Ortsvereins Wuppertal in der DPLA e. V.

Wir gratulieren ...

unserem am längsten junggebliebenem Mitglied, Frau **Margarete Sandbühler**. Seit bald 35 Jahren ist sie Asthmatikerin, aber auch schon über 25 Jahre aktive „Lungensportlerin", was sie bewundernswert vorführen kann. Immer nimmt sie an allen Veranstaltungen und auch unseren Mitgliederversammlungen teil – außer es sind Ferien, oder es geht zu den 5 Enkeln und 8 Urenkeln oder mal nach Griechenland.

Am 2. Juli hatte Sie - ganz Dame – ihren „dreißigsten" Geburtstag. Bekanntlich sind auch bei diesem Geburtstag „aller guten Dinge" drei. Wir gratulieren von Herzen und wünschen Gesundheit, persönliches Glück und den nächsten runden Geburtstag! ■

Dr. Michael Köhler

Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA
Geschäftsstelle: Frau Kunze, Frau Fell, Adnet-Str. 14, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 – 5738327, info@pat-liga.de, www.pat-liga.de

Bundesland, Ort	Ansprechpartner	Telefonnummer
Baden-Württemberg		
Fellbach, Waiblingen,	Dieter Kruse	0711 / 510 92 94
Backnang	Helmut Grätsch	0711 / 582 859
Bayern		
Weiden, Neustadt, Vohenstrauß	Angelika Stahl-Grundmann	09651 / 918 409
Hessen		
Frankfurt am Main	Irmgard Gaus	069 / 175 08 144
Ellen Herchen		069 / 523 507
Ursula Schösser		06102 / 53 416
Marburg	Friedhelm Stadtmüller	06422 / 44 51
	Margit Nahrgang	06424 / 45 73
Schwalmstadt	Frank Sachsenberg	06692 / 86 16
	Klaus Pittich	06698 / 911 933
Wiesbaden	Lothar Wern	06122 / 15 254
Niedersachsen		
Region Hannover -Neustadt am Rübenberge -Garbsen -Wunstorf	Detlef Henning	05032 / 964 090
	Michael Wilken	05130 / 583 85 77

Bundesland, Ort	Ansprechpartner	Telefonnummer
Nordrhein-Westfalen		
Dortmund	Cornelia Schulz	0231 / 126 376
Duisburg	Geschäftsstelle DPLA	06133 / 35 43
Essen	Jürgen Frischmann	0160 / 4628961
Gelsenkirchen	Christa Kranefeld	0209 / 379 688
	Dr. Markus Wittenberg	0209 / 364-3610
Hagen	Werner Brand	02330 / 12 792
Lüdenscheid	Marlene Dudanski	02351 / 27 567
	Wilhelm Knitter	02353 / 43 93
Moers-Niederrhein	Helga Brach	02842 / 59 20
Rheda-Wiedenbrück	Heinz-Jürgen Belger	05242 / 56 786
Wuppertal	Gabriele Reinhold	0202 / 253 12 21 (ab 19.00 Uhr)
Rheinland-Pfalz		
Alzey	Beate Wolf	06732 / 73 65
Bernkastel-Wittlich	Inge Follmann	06573 / 574
Bitburg	Hildegard Trost	06561 / 694 490
	Albertine Dunkel-Weires	06564 / 22 72
Daun (Vulkaneifel)	Inge Follmann	06573 / 574
	Renate Maisch	06572 / 23 99
Birkenfeld/ Idar-Oberstein	Winfried Walg	06785 / 77 70
Linz am Rhein	Jürgen Frischmann	0160 / 4628961
Mainz	Dr. Helmut Berck	06131 / 921 592
	Bernd Sack	06131 / 86 98 9
Trier	Ursula Eicher	0651 / 9945920
Worms	Jürgen Frischmann	0160 / 4628961
Saarland		
Homburg / Saar	Dietmar Hecker	06841 / 162 2919
	Uwe Sersch	06873 / 669 284

Befreundete Selbsthilfegruppen

ANAH Allergie-, Neurodermitis- und Asthmahilfe Hessen e.V.
www.anah-hessen.de

Selbsthilfegruppe Asthma & Allergie Kronberg im Taunus e.V.
www.asthma-und-allergie.de

Lungensportclub der Selbsthilfegruppe „Patientenliga Atemwegserkrankungen Montabaur / Westerwald"
geimon@t-online.de

Selbsthilfegruppe „Atemwegserkrankungen" für Erwachsene und deren Angehörige, AWO Kreisverband Fürth-Stadt e.V.
www.awo-fuerth.de

SHG Asthma- und COPD-Kranke Würzburg
www.asthma-copd-wuerzburg.selbsthilfe-wue.de

Selbsthilfegruppe Asthma Rielasingen und Konstanz
www.shg-asthma.de

Selbsthilfegruppe Rund um die Lunge im Idsteiner Land
Rund-um-die-lunge1@gmx.de

Selbsthilfegruppe COPD-Atemwegserkrankungen Plettenberg
g.h.gerhardt@gmx.de

Regional aktive Selbsthilfegruppen der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

Ansprechpartner in der Koordinationsstelle der Selbsthilfegruppen: Jens Lingemann
Telefon 0 23 24 - 99 90 00, Telefax 0 23 24 - 68 76 82,
www.lungenemphysem-copd.de, shg@lungenemphysem-copd.de

Baden-Württemberg
Bad Teinach
Bruchsal
Freiburg
Heilbronn
Horb
Karlsruhe
Künzelsau
Pforzheim

Bayern
Ingolstadt
München
Regensburg
Straubing

Berlin
Buch
Charlottenburg
Friedrichshain
Neukölln
Reinickendorf
Treptow-Köpenick
Zehlendorf

Brandenburg
Cottbus
Potsdam

Land Bremen
Bremen

Hamburg
Barmbek
Bergedorf

Hessen
Bad Sooden-Allendorf
Darmstadt
Frankfurt
Kassel
Langen
Rüsselsheim
Schlüchtern

Niedersachsen
Buchholz
Göttingen
Haselünne
Lingen
Nienburg
Osnabrück
Wittingen

Nordrhein-Westfalen
Balve
Bielefeld
Coesfeld
Duisburg
Engelskirchen
Hattingen
Herford
Krefeld
Mönchengladbach
Recklinghausen

Rheinland-Pfalz
Altenkirchen
Kaiserslautern
Neuwied
Pirmasens

Saarland
Riegelsberg

Sachsen
Hohenstein-Ernstthal

Sachsen-Anhalt
Halle

Schleswig-Holstein
Fehmarn
Großhansdorf
Rendsburg

Thüringen
Gera
Nordhausen

International
Pattaya

Warum auch Sie Mitglied in der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – der DPLA – werden sollten

Die Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. ist ein 1985 von Patienten gegründeter Verein zur organisierten gemeinsamen Selbsthilfe bei allen Erkrankungen der Lunge, insbesondere aber der Atemwege, wie Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Bronchitis (COPD) und Lungenemphysem. Wir sind als gemeinnützig anerkannt.

Wir sind bundesweit tätig und haben in Deutschland fast 30 Ortsverbände. In diesen finden regelmäßig Veranstaltungen wie Vorträge, Schulungen, Diskussionen und ein Erfahrungsaustausch zur organisierten gemeinsamen Selbsthilfe statt. Medizinisch verständliche Vorträge von kompetenten Fachleuten werden von uns organisiert. Wir fördern die gezielte, regelmäßige Physiotherapie und den in jedem Krankheitsstadium möglichen Lungensport, aber auch spezielle Atemtechniken.

Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen und die einbezogenen Angehörigen werden durch das Kennenlernen und Verstehen ihrer Krankheit zu besser informierten Betroffenen und verständnisvolleren Angehörigen. Ziel unserer Aktivitäten ist die Motivation zur gemeinsamen Selbsthilfe.
Eine wichtige Funktion kommt dabei auch der Wissensvermittlung durch unsere Patientenzeitschrift „Luftpost" zu. Sie erscheint inzwischen seit mehr als zwanzig Jahren und ab diesem Jahr erstmals auch neben einem Frühjahrs- und Herbstheft in einer zusätzlichen Sommerausgabe. Allgemeinverständlich geschriebene Artikel von kompetenten Ärzten und Professoren, Physiotherapeuten und Fachleuten aus dem gesamten Gesundheitswesen widmen sich nicht nur dem medizinischen, sondern auch dem persönlichen Umfeld von Patienten und ihren Angehörigen. Zur Darstellung einer fundierten Diagnostik und Therapie auf der Basis gesicherter Tatsachen, wichtiger Selbsthilfetechniken und Erfahrungen kommen aktuelle Berichte zu wichtigen medizinischen Neuerungen und Diskussionen. Als unser Mitglied erhalten Sie die „Luftpost" immer aktuell nach Erscheinen und kostenlos zugeschickt.

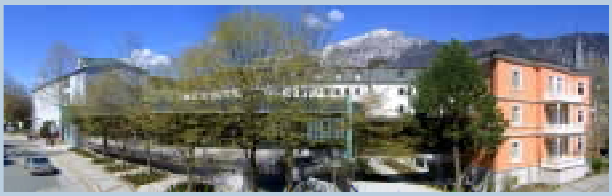
Ebenso kostenlos erhalten Sie schriftliche Ratgeber als Hilfen zu speziellen Fragestellungen, wie z.B.:

- Reisen ... mit Asthma und COPD
- Husten ... was muss ich tun?
- Häusliches Training bei schwerer COPD
- Lungenkrebs ...rechtzeitig erkennen und gezielt behandeln

Selbstverständlich können Sie auch weitere Informationen oder Beratung in unserer Geschäftsstelle erhalten:
Deutsche **P**atienten**L**iga
Atemwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
Adnet-Str. 14, 55276 Oppenheim
Tel.: 06133 / 35 43 - persönlich Montag bis Donnerstag von 8.30 bis 13.30 Uhr
Fax: 06133 / 573 83 27

Im Internet finden Sie uns unter: www.pat-liga.de
Unser jährlicher Mitgliedsbeitrag beträgt für Einzelpersonen 25,- Euro und für Familien 40,- Euro und ist steuerlich absetzbar. ■

ANZEIGE



KLINIK BAD REICHENHALL

Zentrum für Rehabilitation
Pneumologie und Orthopädie

Eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd

Salzburger Str. 8-11 in 83435 Bad Reichenhall
Telefon: 0 86 51/709-0, Fax: 0 86 51/709-683
E-Mail: info@klinik-bad-reichenhall.de
Internet: www.klinik-bad-reichenhall.de

Wir setzen seit 60 Jahren Standards in der pneumologischen Rehabilitation

KLINIK BAD REICHENHALL
freier atmen - besser bewegen

- 269 moderne und helle Einzelzimmer, alle ausgestattet mit Dusche/WC, TV, Telefon, Radio und Kühlschrank, auf Wunsch auch Doppelzimmer (z. B. Ehe- oder Lebenspartner)
- Barrierefreie Klinik mit rollstuhlgeeigneten Zimmern
- Optimale Lage in der Fußgängerzone (Kurzone) direkt am Kurpark mit Gradierwerk
- Behandlung von Patienten mit Erkrankungen der Atmungsorgane wie Asthma, Bronchitis, COPD, Emphysem, Lungenfibrosen, Atemwegsallergien sowie orthopädischen Erkrankungen und internistischen Begleiterkrankungen in ganzheitlicher Form, Anschluss-Rehabilitation, z.B. nach Tumorbehandlung oder Pneumonien
- Vorgehalten werden alle diagnostischen und therapeutischen Verfahren einer pneumologischen Schwerpunkt-Rehabilitationsklinik (z. B. Röntgen, Schlaflabor, Lungenfunktions- und Allergielabor, Bronchoskopie, internistische und kardiologische Funktionsdiagnostik, alle Formen der Inhalation, Atemphysiotherapie, allgemeine Krankengymnastik, Lungensport, Med. Trainingstherapie, Patientenschulung, nicht-invasive Beatmung, Diätberatung, psychologische Hilfen, Sozialberatung)
- Aufnahme von Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenkassen, Selbstzahlern und Privatpatienten

MITGLIEDSANTRAG

Deutsche PatientenLiga
Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA
Geschäftsstelle
Adnet-Str. 14
55276 Oppenheim

Bearbeitungsvermerke

Mitglieds-Nr.: _____

Ortsverband: _____

Eintritt: _____

Austritt: _____

Bemerkungen: _____

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

_____
Familienname Vorname

_____
Straße, Hausnummer

_____
PLZ Ort

_____
Telefon

_____
E-Mail

_____
Geb.-Datum mein gewünschter Ortsverband

Lungenerkrankung(en) ☐ Asthma
☐ COPD
☐ Emphysem
Weitere ☐ _____

Andere Erkrankungen ☐ _____
_____

Angehörige(r) ☐

Nicht selbst erkrankt ☐

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für Einzelpersonen € 25,00 und für Familien € 40,00.
Bitte überweisen Sie den Betrag erst nach Erhalt der Rechnung.

Gewünschte Zahlungsweise:

☐ Rechnung

☐ Lastschrift Geldinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

_____
Datum, Unterschrift:

ANZEIGE

Die "Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke" wird herausgegeben von:

Deutsche **P**atienten**L**iga
Atemwegserkrankungen e.V. - **DPLA**

unterstützt durch

Deutsche Atemwegsliga e.V.

Bildnachweise:
Titelbild: Michaela Frisch, Bad Dürrheim
S. 50: COPD-Deutschland e.V.
Alle anderen Bilder von den Autoren,
wenn nicht anders angegeben

Verlag, Anzeigenvertrieb, Layout und Druck:
SP Medienservice
Reinhold-Sonnek-Str. 12, 51147 Köln
Tel. 02203/980 40 31, Fax 02203/980 40 33
www.sp-medien.de, eMail: info@sp-medien.de

Herausgeber und Copyright:
Deutsche **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
Adnet-Straße 14, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 – 5738327
info@pat-liga.de

Redaktion:
„Luftpost"-Redaktion
Deutsche **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
Adnet-Straße 14, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 – 5738327

Das Team:
Dr. med. Michael Köhler, Redaktionsleitung und Druckfreigabe
Dr. rer. nat. Hellmuth Nordwig, Redakteur
Lothar Wern

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors wieder. Die Redaktion behält sich vor, eingereichte Artikel zu redigieren. Anzeigen müssen nicht die Meinung der Herausgeber wiedergeben. Die Beiträge der „Luftpost" können das Gespräch mit dem Arzt sowie entsprechende Untersuchungen nicht ersetzen. Die „Luftpost" dient der ergänzenden Information. Literaturnachweise können über Redaktion und Autoren angefordert werden. Die „Luftpost" erscheint dreimal jährlich. Die nächste Ausgabe der „Luftpost" erscheint im März 2015.

Einzelpreis pro Heft:
Deutschland 4,50 Euro, Ausland 8,00 Euro
Auflage 25.000

Abonnement der „Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke"

Hiermit abonniere ich die
„Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke".

Die „Luftpost" erscheint dreimal jährlich (die Ausgabe „Frühjahr" jeweils im März zum Jahreskongress der deutschen Lungenfachärzte, die Ausgabe „Sommer" im Juli, die Ausgabe „Herbst" im November). Der Bezugspreis pro Jahr beträgt 7,50 Euro, statt 13,50 Euro bei Einzelbezug, inklusive Porto und Versand innerhalb Deutschlands. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, falls es nicht schriftlich sechs Wochen vor Jahresende gekündigt wird.

Abonnement ab Ausgabe: ❏ Frühjahr ❏ Sommer ❏ Herbst.

Vorname, Name Telefon

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Abonnementbetreuung:
Deutsche **P**atienten**L**iga **A**temwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
Adnet-Straße 14, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543, Telefax 06133 - 5738327, info@pat-liga.de

Gewünschte Zahlungsweise:

❏ bargeldlos durch Bankeinzug

IBAN BIC

Geldinstitut

❏ gegen Rechnung (keine Vorauszahlung, bitte Rechnung abwarten)

Datum Unterschrift

Rücktrittsrecht:
Diese Bestellung kann innerhalb von 14 Tagen (Datum des Poststempels) schriftlich widerrufen werden

Impf 2 ab 60

Ab 60 steigt Ihr Infektionsrisiko – Deshalb: Grippeimpfung + Pneumokokkenimpfung

Ab 60 lassen unsere Abwehrkräfte nach – gefährliche Bakterien und Viren haben leichtes Spiel.

Lassen Sie sich jetzt kostenfrei gegen Grippe und Pneumokokken impfen. Damit können Sie Infektionen vorbeugen.

Fragen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.
www.impf2ab60.de

Pfizer

THE LINDE GROUP

Linde

Weil Lebensqualität zählt.

Linde. Der Partner für Sie.

Linde: Living healthcare

Linde Healthcare bietet qualitativ hochwertige und zugleich kostengünstige Therapiekonzeptean. Unser Ziel ist, einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebens qualität von Patienten in der häuslichen Umgebung, im Alltag und sogar auf Reisen zu leisten. Durch geschultes Fachpersonal garantieren wir einen marktführenden Service und umfassende Hilfestellung bei allen Fragen zur Therapiedurchführung.

Linde Gas Therapeutics GmbH
Linde Healthcare, Mittenheimer Straße 62, 85764 Oberschleißheim
Telefon 089.37000-0, Fax 089.37000-37100, www.linde-healthcare.de