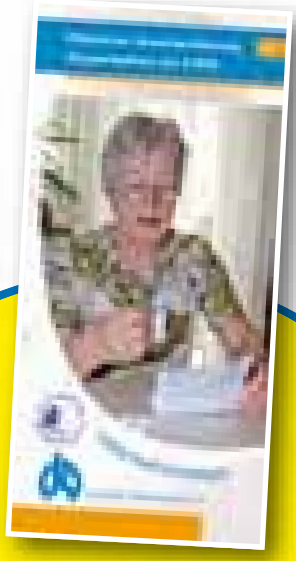
Frühjahr 2015 · 23. Jahrgang
Deutschland 4,50 €

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent – verständlich – patientengerecht

- **Asthma**
  Pollenallergie
- **Therapie Asthma/COPD**
  Welche Inhalatoren?
- **Lungensport**
  Besser als jede Pille!



Neuer Flyer der DPLA gemeinsam mit der Deutschen Atemwegsliga e.V.

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

Wir sind ELPEN

Wir setzen auf eine effektive Kontrolle Ihrer Atemwegstherapie.

„Mein Asthma habe ich gerne unter Kontrolle.“

„Einfach und kontrolliert. So soll meine COPD-Therapie sein“

Kontrolliert. Inhalieren.

www.elpen-pharma.de

ELPEN
pneumo care

ANZEIGE

Liebe Leserinnen und Leser,

nun halten Sie wieder eine neue Ausgabe unserer „Luftpost" in Händen. Auf dem Titelblatt finden Sie erstmals die 3 Worte: „Kompetent – verständlich - patientengerecht". In diesem Sinne wollen wir auch im 23. Jahrgang - und erstmals mit vier Heften in einem Jahr - den Inhalt unserer „Luftpost" für Sie gestalten.

Naturgemäß folgt auf den langsam „müden" Winter endlich der Frühling. Grund zur Freude, jedoch nicht bei Pollenallergie. Diesem Schwerpunkt widmen sich 3 Artikel: Von Allergien auf Pollen allgemein über ein Interview mit einer betroffenen Patientin bis zum neuen bundesweiten „Netzwerk Schweres Asthma", einer konkreten Hilfe für besonders schwer erkrankte Patienten. Neu und nach über acht Jahren hat jetzt die weltweite „Globale Initiative gegen Asthma" (engl. GINA) ihre überarbeiteten Empfehlungen vorgelegt. Vieles davon werden wir in der kommenden deutschen Asthmaleitlinie wiederfinden. Wir berichten aktuell.

Ein in der Asthma- und COPD-Therapie häufiges Problem entsteht in der Apotheke. Dort erhält man, auch wenn das bisherige Medikament mit dem gewohnten Inhalator auf dem Rezept steht, einen neuen, oft unbekannten Inhalator, teilweise in ungewohnten Farben. Zwei Autoren widmen sich diesem Problem der täglichen Praxis.

Ein Problem, besonders bei der COPD, ist die häufig späte Diagnose der Erkrankung. Damit beginnt auch die Therapie erst spät. Die Chancen einer Lungentransplantation, selbst bei fortgeschrittener Erkrankung, schildert ein Betroffener. Als ein wesentlicher Fortschritt in der Sauerstofflangzeittherapie gilt Flüssigsauerstoff. Wenn dieser von der Krankenkasse nicht mehr bewilligt wird, kann mit guter Aussicht auf Erfolg Widerspruch eingelegt werden. Wir geben konkrete Hilfe.

Für Patienten, die an chronischen Atemwegs- und Lungenkrankheiten leiden, ist neben einer abgestimmten individuellen Behandlung mit Medikamenten - bei fast allen Betroffenen - der Lungensport zur Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit sehr wichtig. Von den Selbsthilfetechniken zur Bewältigung im Alltag, bis zur konkreten Durchführung auch bei Sauerstofflangzeittherapie und dem möglichen Widerspruch bei Ablehnung durch die Krankenkassen, reicht das Spektrum dieser Berichte. Tipps zum Aufbau einer Lungensportgruppe gibt eine neue Broschüre der Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland e.V., auf die wir gerne hinweisen.

Ein neuer Trend zur Raucherentwöhnung ist die E-Zigarette. Unsere Autoren informieren sachkundig zum Stand der wissenschaftlichen Diskussion. Zunehmende Bedeutung in der Krankheitsentstehung bei Atemwegserkrankungen wird dem Feinstaub beigemessen. Wir informieren.

Wie auf dem Titelblatt bereits abgebildet, können wir Ihnen jetzt einen Flyer zur gefürchteten Exazerbation bei der chronisch obstruktiven Bronchitis (COPD) anbieten. Gemeinsam von der Deutschen Atemwegsliga e.V. und der DPLA erarbeitet, können Sie ihn in unserer Geschäftsstelle, wie weitere 40 andere aktuelle Flyer, anfordern.

Wir wünschen Ihnen wieder viele Anregungen beim Lesen. Tun Sie es mit uns und dem großen spanischen Lyriker, Antonio Machado (1875 – 1939) gleich, dessen junge Frau bereits mit 18 Jahren an Tuberkulose starb: „ Im Gehen entsteht der Weg."

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

Editorial
3

Asthma
5 Pollenallergie - Alle Jahre wieder
8 GINA 2014: Licht und Schatten
12 Hilfe, ich kann nachts nicht mehr schlafen
16 Netzwerk Schweres Asthma

Therapie Asthma/COPD
18 Welcher Inhalator für welchen Patienten?
22 Inhalator austauschen, nein danke
24 Lungentransplantation: Selbsterfahrung

COPD
27 8. Symposium Lunge, Hattingen
28 COPD auf dem Vormarsch
30 Sauerstofflangzeittherapie nicht umstellen
31 DVDs Symposium-Lunge

Lungensport
34 Lungensport - besser als jede Pille
36 Lungensport und Sauerstofflangzeittherapie
38 Selbsthilfetechniken - atemerleichternde Ausgangspositionen
41 Lungensport abgelehnt? Widerspruch
42 Atmung und Bewegung bei COPD – was Ihnen im Alltag hilft!
45 Skispaß trotz Asthma

Schadstoffe
46 E-Zigarette: Geeignet zur Tabakentwöhnung?
50 E-Zigarette: Werbung verführt zum Konsum
52 Der Feind in der Luft - Schadstoffe und Gesundheit

Zu Ihrer Information
54 Atemfrequenzmessung
55 DGP Kongress in Berlin
55 Vorstellung Redakteur
56 Ihr Recht auf Reha
57 Flyer der DAL und DPLA zu Atemwegserkrankungen

Selbsthilfe
58 Dank an Krankenkassen und Spender
59 10 Jahre Lungensport Wiesbaden
60 Tipps zum Aufbau einer Lungensportgruppe
61 Jubiläen
62 Ortsverbände der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA
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

Pollenallergie – Alle Jahre wieder

von Prof. Dr. med. Karl-Christian Bergmann

Ursachen und Beschwerden

Patienten mit einer Pollenallergie reagieren überempfindlich auf die aus den Pollen freigesetzten Substanzen und bilden gegen diese für Nichtallergiker harmlosen Stoffe (Allergene) Abwehrstoffe (spezifische IgE-Antikörper). Beim Zusammentreffen der Allergene mit diesen Antikörpern an den Augen, in der Nase und in den Bronchien kann es zu einer Reizung der Schleimhäute mit folgenden Beschwerden kommen:

- Augentränen, Augenjucken, Augenschwellung
- Niesreiz, Fließschnupfen, verstopfte Nase
- Husten, Atemnot
- Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes: Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Fieber, Abgeschlagenheit

Die erbliche Veranlagung zum Heuschnupfen/Heuasthma spielt eine entscheidende Rolle. Das Risiko zu erkranken, ist vor allem dann besonders groß, wenn Vater und Mutter unter allergischen Reaktionen leiden; das Risiko ihrer Kinder, auch eine Allergie zu bekommen, liegt dann bei 60 %.

Etwa jeder zweite Heuschnupfenpatient beobachtet nach dem Essen von Äpfeln oder anderem Steinobst auch Brennen im Mund oder an den Lippen bzw. andere Mundsymptome. Diese Krankheitszeichen werden als pollenassoziiertes Nahrungsmittelsyndrom, oder auch „Orales Allergie-Syndrom" (OAS) bezeichnet.

Erkennung

Für jeden Pollenallergiker ist es wichtig zu wissen, auf welche Pollen er überempfindlich reagiert. Baum-, Kräuter- und Gräserpollen, wozu auch Getreide wie der Roggen gehört, haben die größte Bedeutung.

Der Pollenallergiker sollte daher den Allergologen in Praxis oder Krankenhaus aufsuchen, um sich dort testen zu lassen. Diese Testung umfasst neben einer Haut- auch eine Bluttestung (RAST), bei denen Antikörper gegen die Allergene im Blut nachgewiesen werden. Bei der Hauttestung wird dem Patienten eine geringe Menge des Pollenallergenextraktes in die Haut injiziert; liegt eine Allergie gegen die verabreichten Pollen vor, so wird innerhalb von 20 Min. nach der

Injektion eine Quaddel (Blase) mit Rötung entwickelt.

Pricktest

Behandlung

Für an Pollenallergie Erkrankte gibt es unterschiedliche Möglichkeiten der Behandlung:

- Behandlung mit Antihistaminika (antiallergisch wirkend)
- Behandlung mit Dinatrium cromoglycicum (antiallergisch wirkende Substanz)
- Behandlung mit Kortison
- Behandlung durch die Spezifische Immuntherapie.

Die veränderten Pollenflugzeiten haben Auswirkungen auf die spezifische Immuntherapie (auch Hyposensibilisierung), da diese möglichst 3 bis 4 Monate vor dem Beginn des Pollenflugs begonnen werden soll.

Klimawechsel und Pollenflug

Der allgemeine Klimawandel, sprich Erwärmung, hat Einfluss auf den Pollenflug in ganz Europa. Eine Auswertung aller Pollendaten Deutschlands, gemessen an rund 50 Messstationen in den letzten zehn Jahren, hat ergeben, dass:

- die Pollen der frühblühenden und für Pollenallergiker besonders wichtigen Bäume (Hasel, Erle und Birke) im Trend früher im Jahr in der Luft fliegen (teilweise bereits im Dezember) und damit früher zu pollen-bedingten Beschwerden führen
- die Pollen von Gräsern und Roggen (die Letzteren spielen mengenmäßig eine geringere Rolle) nur eine leichte Tendenz zum früheren Beginn haben
- die Pollen von Kräutern, allen voran von Beifuss und der verwandten Ambrosia, haben die Tendenz länger zu fliegen, d.h. bis in den November hinein, sofern es die Temperaturen und die Feuchtigkeit zulassen
- Birkenpollen zeigen tendenziell eine Zunahme (Gesamtjahressumme Deutschland) nicht aber Gräserpollen; bei den Kräutern findet sich keine sichere Tendenz zur Zunahme.

Subkutane Immuntherapie

Diese Entwicklungen werden von den meisten Wissenschaftlern dem Klimawandel mit seinen zumindest regionalen Veränderungen mit erhöhten Temperaturen, CO2-Anstieg (Pflanzenwuchs- und Pollenmenge-fördernd), verändertem Wasserhaushalt u.a. Faktoren angelastet.

Die Pollen werden dann „aggressiver", wenn sie als Komplex mit Luftschadstoffen wie Dieselpartikeln oder Feinstaub eingeatmet werden; sie haben dann eine erhöhte krankheitsfördernde Wirkung auf die Schleimhäute von Augen, Nase und Bronchien bei Kindern und Erwachsenen.

Pollenflucht im Urlaub

Patienten mit einer Pollenallergie wissen meist spätestens im zweiten Jahr der Beschwerden, wann am Wohnort die Zeit gekommen ist, in der ihr Pollenschnupfen den Aufenthalt im Freien zur Qual macht.

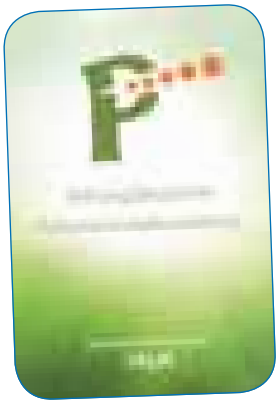
Lieschgras

Es ist ein natürlicher Wunsch, in der Pollenflugzeit den Urlaub an einem Ort zu verbringen, der möglichst pollenfrei ist.

Um diesen Ort zu finden, muss man wissen, durch welche Pollen die Allergie ausgelöst wird. Dann kann man unter Beachtung der Blütezeit, der landschaftlichen und klimatischen Verhältnisse im In- und Ausland Orte finden, in denen die entsprechenden Pollen noch nicht, nicht mehr, kaum oder nie fliegen wie auf Inseln, an den Küsten, auf der Hochsee oder im Hochgebirge.

Die Stiftung Deutscher Polleninformationsdienst, die gemeinsam mit dem Deutschen Wetterdienst die Pollenflugvorhersage für Deutschland erstellt, hat im März eine eigene App veröffentlicht (Pollen App 3.0; siehe www.pollenstiftung.de), mit der eine individuelle Pollenflugvorhersage möglich wird. Dorthin können die Symptome an Nase, Augen und Bronchien gemeldet werden und dann mit den Pollen und ihrer Konzentration in der nächstgelegenen Pollenmessstation verglichen werden.

So kann man erfahren, welche Pollen und welche Konzentrationen für die eigenen Beschwerden ursächlich sind. Diese Daten kann man dann per Mail an seinen behandelnden Arzt zur persönlichen Therapieanpassung senden. Im Jahr 2014 haben bereits über 50.000 Nutzer auf diese App zugegriffen.

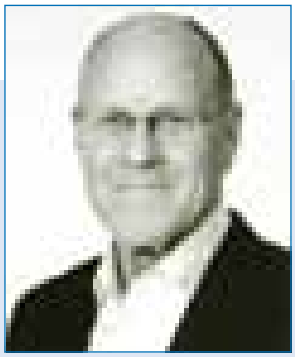


Da jeder dritte Patient mit Heuschnupfen auch eine Allergie gegen Milben entwickelt, wurde aktuell auch eine Milben App (Milbencheck; siehe auch www.pollenstiftung.de) erstellt. Sie steht dort kostenlos zur Verfügung.

So ist es möglich, gut informiert und bei richtig diagnostizierter Krankheit aktiv und eigenverantwortlich an der eigenen Behandlung mitzuwirken. ■

Pollen der Birke

Der Autor:
Professor Dr. med.
Karl Christian Bergmann,
Interdisziplinäre pneumologisch - allergologische Ambulanz am Allergie-Centrum-Charité, Charité-Universitätsmedizin Berlin



Asthma bronchiale: Die neuen Empfehlungen der GINA 2014 – Licht und Schatten

Nach acht Jahren hat jetzt die weltweite „Globale Initiative gegen Asthma" (englisch: GINA, www.ginasthma.org) wieder eine umfassende Neufassung ihrer Empfehlungen vorgelegt. Diese wurde im Herbst vergangenen Jahres beim Kongress der europäischen Pneumologen in München offiziell vorgestellt.

von Dr. med. Peter Kardos

Die wichtigste Änderung ist eine Erweiterung der Zielsetzung: Es geht nicht mehr nur um die Symptomkontrolle („Asthmakontrolle"), sondern um die Abschätzung von Risikofaktoren. Risikofaktoren können den Krankheitsverlauf verschlechtern, indem sie Exazerbationen, also plötzliche, deutliche Verschlechterungen begünstigen. Die Atmung ist eingeschränkt und das Risiko möglicher Nebenwirkungen steigt an. Diese Risiken sind:

- Rauchen,
- starkes Übergewicht,
- ungenügende Inhalationstechnik,
- krankheitsbedingt notwendige häufige Einnahme von Kortisonpräparaten als Tablette (OSC)
- krankheitsbedingt erforderliche hohe Dosierung inhalativer Kortisonpräparate (ICS)

Neu aufgenommen zur individuellen Risikoabschätzung ist die Empfehlung, die Anzahl der eosinophilen Zellen (einer bestimmten Art der weißen Blutkörperchen) im Blut zu bestimmen. Sie ist erhöht, etwa bei einem allergisch bedingten Asthma.

Asthma-Schweregrade neu definiert

Neu ist ebenfalls, dass die bisherigen Stufen der Asthma-Schweregrade nicht mehr aufgeführt werden. Streng genommen bezogen sie sich auf das unbehandelte Asthma bronchiale. Als Konsequenz aus GINA wird der jeweilige Asthma-Schweregrad jetzt individuell erst nach einigen Monaten Therapie und rückwirkend anhand der benötigten Medikamente bestimmt:

- **Mildes Asthma:** Gut behandelt („kontrolliert") mit (bei Bedarf) einem schnell und kurz wirksamen Betamimetikum oder einem niedrig dosierten inhalativen Kortisonpräparat.
- **Moderates Asthma:** Gut behandelt („kontrolliert") mit einem niedrig dosierten langwirksamen Betamimetikum und einem niedrig dosierten inhalativen Kortisonpräparat.
- **Schweres Asthma:** wenn folgende Behandlungen erforderlich sind und unabhängig davon, ob dadurch die Asthmakontrolle erreicht werden kann oder nicht: Mittlere bis hohe Dosis eines langwirksamen Betamimetikums und zusätzlich eine mittlere bis hohe Dosis eines inhalativen Kortikosteroids, eventuell zusätzlich ein Leukotrienantagonist und / oder ein retardiertes Theophylin oder als Alternative niedrig dosiert Kortisontabletten.

Sehr wichtig war bisher zur Asthmakontrolle die wiederholte Bestimmung der Lungenfunktion. Nach den neuen Empfehlungen von GINA 2014 wird diese weitgehend durch die persönlichen Angaben des Patienten zur Schwere und Verlauf seiner Erkrankung in der zurückliegenden Behandlungsperiode ersetzt. Abzuwarten bleibt, wie die derzeit erarbeitete gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und der Deutschen Atemwegsliga dies berücksichtigen wird. Entscheidend wird sein, dass es zu keiner Unterschätzung und damit Unterbehandlung der Erkrankung im Einzelfall kommt, da der Patient sich wohl fühlt, obwohl die Lungenfunktion schlecht ist. GINA betont zu Recht die Unterschiedlichkeit der verschiedenen Schweregrade und Ausprägungsformen von Asthma bronchiale.

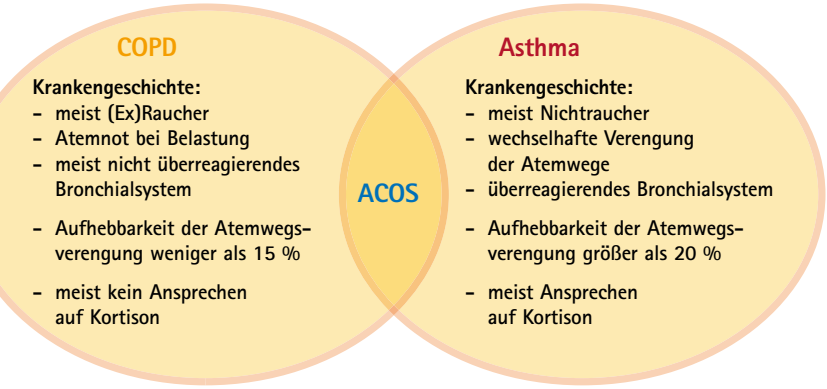
© fotolia.com / Alexander Raths

Die bisher zur Diagnosestellung empfohlene Bestimmung der individuellen Empfindlichkeit der Atemwege (bronchiale Hyperreagibilität) wird nicht mehr empfohlen. Nicht auszuschließen ist es, dass es durch die Abschaffung dieser Untersuchung zu mehr Fehldiagnosen kommen könnte.

Wenn sich Asthma und COPD überlappen

Nach der neuen GINA-Empfehlung liegen sowohl dem Asthma bronchiale als auch der COPD jeweils chronische Entzündungen in den Atemwegen zugrunde. Unterschieden wurden sie bisher daran, wie stark durch Medikamente eine Erweiterung der Atemwege möglich war: Gering bei COPD, stark oder vollständig bei Asthma. Dieses Kriterium zur Unterscheidung von Asthma und COPD wird nun nicht mehr empfohlen. Zwischen diesen beiden „großen Volkskrankheiten" finden sich nach heutiger Auffassung mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede.

In der nun vorgelegten neuen Empfehlung wird ein Bindeglied mit Gemeinsamkeiten zwischen Asthma und COPD als „überlappendes" Krankheitsbild eingeführt, das als ACOS (englisch: Asthma COPD Overlap Syndrome) bezeichnet wurde. Dieses verbindet aus beiden Krankheiten bekannte Symptome zu einer mehr oder weniger eigenständigen Erkrankung. Sicher ist es eine Realität, dass es Patienten gibt, die sowohl an Asthma als auch an einer COPD erkrankt sind. Dafür ist jetzt diese „ACOS-Erkrankung" definiert worden. Häufig ist aber die COPD auch mit einer koronaren Herzkrankheit kombiniert. Hierfür gibt es weiterhin kein „eigenes Krankheitsbild".



Anerkennung der patientengerechten Inhalationsbehandlung

Standbein der Anwendung von Medikamenten bei Asthma und COPD ist die Inhalation. Ihr Vorteil ist die direkte Therapie am „Ort des Geschehens" in der Lunge und den Atemwegen. Erstmals erkennt jetzt der neue GINA-Report die Wichtigkeit von Inhalationssystemen und der Beherrschung der jeweiligen speziellen Inhalationstechnik an. Ihrer richtigen Anwendung kommt für den gewünschten Therapieerfolg fast mehr Bedeutung zu als dem jeweiligen Wirkstoff. Ein Inhalator sollte patientengerecht, also möglichst einfach und unkompliziert anwendbar sein. Nur wenn man als Patient mit seinem Inhalationssystem „klar kommt" und es richtig anwenden kann, wird man dies auch längerfristig und selbstverantwortlich wirklich tun. Wenn dann aber ein langfristig verordnetes Medikament, dessen Anwendung sicher beherrscht wird, in der Apotheke nicht mehr ausgehändigt, sondern durch ein kostengünstigeres, aber für den Patienten unbekanntes ausgetauscht wird (Substitution), wird die unbedingt erforderliche Therapietreue und Akzeptanz einer bewährten Behandlung zumindest auf eine harte Probe gestellt. Je weniger man aber als Patient mit seinem Inhalationssystem vertraut ist, umso weniger akzeptiert man es und umso mehr Fehler sind möglich. Das führt oft zu einer unzureichenden Medikamentenanwendung und damit nicht zur bestmöglichen Atemerleichterung. Die

ANZEIGE

ANZEIGE

Folge sind „Therapieversager" - es heißt dann plakativ: „Das Medikament wirkt nicht". Es ist daher zu fordern, dass jeder Patient als alleiniger Anwender seiner Medikamente an ihrer Auswahl entsprechend seinen individuellen Fertigkeiten und Fähigkeiten aktiv beteiligt wird. Es ist sehr zu begrüßen, dass GINA diesen Aspekt jetzt in den Vordergrund rückt. Ein „mündiger" Patient sollte auch immer bei der Entscheidung für oder gegen einen bestimmten Inhalator gefragt werden. Auf diesen sollte auch jeder Patient von seinem behandelnden Arzt geschult werden.

Als Anschauungshilfe und zur besseren Handhabung hat die Deutsche Atemwegsliga auf ihrer Internetseite www.atemwegsliga.de unter „Richtig inhalieren" Videos zu allen in Deutschland verfügbaren Inhalationsgeräten eingestellt.

Die Forderung von GINA, bei erwachsenen Asthmatikern eine einmal begonnene Behandlung mit einem inhalativen Kortisonpräparat dauerhaft fortzusetzen, widerspricht zumindest bei folgenden Gruppen der langjährigen ärztlichen Erfahrung:

- Bei Patienten mit Neigung zum Asthma lösen akute Virusinfekte oft eine Verschlechterung aus. Diese Patienten benötigen dann für eine begrenzte Zeit, zum Beispiel für 14 Tage, ein inhalatives Kortisonpräparat, beispielsweise als Spray. Möglich ist, dass sie danach jahrelang ohne diese Behandlung beschwerdefrei bleiben.
- Beim allergisch bedingten, nur während der Pollenzeit auftretenden „Pollenasthma" reicht meist eine auf die Pollenflugzeit begrenzte Inhalation eines Kortisonpräparates.

Für die Asthma-Behandlung besonders wichtig sind in dieser neuen Empfehlung die Hinweise zur Therapieanpassung. Maßgebend sind der jeweilige Krankheitsverlauf und die individuelle Krankheitsschwere. Patienten mit einem wirksam und sicher behandelten Asthma und damit einer gut kontrollierten Erkrankung sollten alle 3 - 12 Monate ärztlich daraufhin kontrolliert werden, ob die Medikamentendosis erhöht werden muss oder eventuell reduziert werden kann. Bei Schwangeren wird dieser Zeitraum auf 4 - 6 Wochen und bei Patienten mit einer plötzlichen deutlichen Verschlechterung (Exazerbation) auf 1 Woche verkürzt. Damit geht diese neue GINA-Empfehlung alltagstauglich einen weiteren Schritt in Richtung einer leitliniengerechten und auf den einzelnen Patienten angepassten Behandlung weiter. ■

Der Autor:
Dr. Peter Kardos ist niedergelassener Internist in Frankfurt am Main und Vorstandsmitglied der Deutschen Atemwegsliga.

Vorgehen zur Anpassung der Medikamentendosierung

Ziele:

- Die niedrigste Dosis zu finden, mit der die Krankheitssymptome bestmöglich kontrolliert bleiben und plötzliche deutliche Verschlechterungen (Exazerbationen) verhindert werden.
- Nebenwirkungen möglichst reduzieren.

Anpassungsintervalle:

- Patienten mit einem wirksam und sicher behandeltem Asthma und damit gut kontrollierter Erkrankung: alle 3 - 12 Monate
- Schwangere verkürzt: alle 4 - 6 Wochen
- Patienten mit einer plötzlichen deutlichen Verschlechterung (Exazerbation): innerhalb 1 Woche

Behandlungsbegleitende Maßnahmen:

- Krankheitssymptome und -schwere regelmäßig dokumentieren und Risikofaktoren einschätzen
- gemeinsame Erstellung der individuellen medikamentösen Behandlung in Schriftform
- regelmäßige Verlaufskontrolle im Asthma-Tagebuch
- Zeitraum und Termin für nächsten Arztbesuch vereinbaren
- Behandlungsplan für den Fall von Verschlechterungen bzw. Exazerbationen aushändigen

Dosierungsanpassung:

- Inhalatives Kortisonpräparat bei stabiler Krankheitssymptomatik möglichst in 3 Monatsschritten um 25% (bis 50%) reduzieren, bis zum Erreichen der geringsten Dosis, mit der eine gute Asthmakontrolle erhalten bleibt.

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

Ein fiktives Patientengespräch zwischen Frau Keller und Frau Dr. med. Dagmar Gillmann-Blum

Hilfe – vor Husten kann ich nachts nicht schlafen!

Es ist Frühling! Die Natur erwacht nach einem langen kalten Winter, die Vögel zwitschern morgens wieder fröhlich und Bäume und Pflanzen „explodieren" in ihrer grünen Vielfalt und machen die Welt wieder bunt. Frau Keller liebt den Frühling … aber dieses Jahr ist alles anders. Jede Nacht wird sie gegen 3 Uhr nachts wach und wird von Hustenanfällen gequält. Dabei hört sie ein Pfeifen bei jedem Atemzug, die Atmung ist schwer. Es fühlt sich an, als würden Gewichte auf ihrem Oberkörper liegen. Sie hat Angst und oft Panik zu ersticken. Schon mehrere Nächte konnte sie deshalb nicht mehr schlafen.

Ihr Hausarzt weiß, dass sie seit vielen Jahren im Frühling unter Heuschnupfen leidet. Die Augen jucken und die Nase tränt, besonders nachdem Frau Keller sich im Freien aufgehalten hat. Der Hausarzt hat Frau Keller ein Bronchialspray verschrieben, das sie bei Bedarf inhalieren soll. Dieses Bedarfsspray hilft bei den nächtlichen Attacken zwar schnell, sodass sie wieder einschlafen kann. Dennoch kommen die Hustenattacken jede Nacht wieder. Tagsüber ist Frau Keller bei körperlicher Anstrengung kurzatmig. Diese Beschwerden sind neu. Zudem hat sie gelegentlich trockenen Reizhusten. Sport fällt ihr dadurch viel schwerer und sie fühlt sich stark beeinträchtigt. Der Hausarzt überweist Frau Keller daher zu einer Lungenfachärztin, die feststellen soll, ob Frau Keller möglicherweise Asthma hat.

Frau Keller (42 Jahre) stellt sich in der Lungenarztpraxis vor. Frau Dr. Gillmann-Blum empfängt sie zum Erstgespräch.

Frau Dr. Gillmann-Blum: Was kann ich für Sie tun, Frau Keller?

Frau Keller: Seit 2 Wochen wache ich nachts mit starken Hustenanfällen, Atemnot und Angst auf. Das Bedarfsspray von meinem Hausarzt hilft zwar kurzfristig ganz gut, aber ich bekomme die Beschwerden immer wieder. Auch tagsüber habe ich diese Beschwerden.

Dr. Gillmann-Blum: Haben Sie Fieber und fühlen Sie sich insgesamt krank?

Frau Keller: Fieber habe ich keines. Aber ich bin müde und schlapp. Beim Sport fühle ich mich viel weniger fit als früher.

Dr. Gillmann-Blum: Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Frau Keller: Ja, ich habe seit vielen Jahren Heuschnupfen im Frühjahr. Ich bin dagegen vor mehreren Jahren auch schon einmal hyposensibilisiert* worden. Die letzten Jahre war der Heuschnupfen etwas besser. Wenn ich Beschwerden habe. nehme ich Allergietabletten und manchmal antiallergische Nasensprays. Damit war es bisher immer okay.

Dr. Gillmann-Blum: Hatten Sie selbst schon einmal Asthma, zum Beispiel in der Kindheit? Oder gibt es bei ihren Eltern oder Geschwistern Asthma?

Frau Keller: Ich selbst hatte noch nie Asthma, bei meiner Mutter ist es seit der Kindheit bekannt.

Dr. Gillmann-Blum: Rauchen Sie oder haben Sie mal geraucht?

Frau Keller: Nein, nie, ich bin normalerweise recht sportlich, da passt das nicht!

Dr. Gillmann-Blum: Haben Sie andere Erkrankungen oder nehmen Sie Medikamente?

Frau Keller: Nein, ich war immer gesund und ernähre mich bewusst gesund.

Dr. Gillmann-Blum: Ich würde Sie jetzt gerne mal abhören.

Frau Dr. Gillmann-Blum hört mit dem Stethoskop bei Frau Keller trockene Rasselgeräusche wie Pfeifen und sogenanntes Giemen.

* Hyposensibilisierung (auch Allergieimpfung), spezielle Behandlung gegen die körpereigene Überempfindlichkeit

Dr. Gillmann-Blum: Frau Keller, ich glaube, dass ein Asthma bronchiale die Beschwerden verursacht. Dies nennen wir einen Etagenwechsel. Das bedeutet, dass der Heuschnupfen sozusagen in die Bronchien, also eine Etage tiefer „rutscht". Ich würde bei Ihnen jetzt gerne einen Allergietest, einen sog. Prick-Test, machen. Dabei wird sich wahrscheinlich eine Allergie gegen Pollen verschiedener Bäume bestätigen. Wir wollen aber dabei auch sehen, ob weitere Allergien, zum Beispiel gegen Gräser-, Getreide- oder Kräuterpollen, Hausstaubmilben, Tierhaare oder Schimmelpilze dazugekommen sind. Haben Sie Haustiere?

Frau Keller: Nein, aber wenn ich bei meiner Nachbarin bin, die eine Katze hat, muss ich ganz viel niesen und husten und ich merke neuerdings, dass ich schlechter Luft bekomme.

Dr. Gillmann-Blum: Das werden wir dann auch im Prick-Test sehen, ob Sie gegenüber Katzenhaaren allergisch sind. Nach dem Allergietest werden wir die große Lungenfunktion machen. Falls wir dort Hinweise auf eine Verengung der Bronchien finden, was bei ihren Beschwerden durchaus möglich ist, werden Sie 2 Hübe von Ihrem Bedarfsspray nehmen.
Wir testen dann die Lungenfunktion 10 Minuten später noch einmal. Dann sehen wir, ob sich die Verengung durch die Medikamente zurückbildet. Der Test heißt Reversibilitätstest.
Sollten Sie hingegen eine normale Lungenfunktion haben, machen wir den sogenannten Provokationstest: Sie inhalieren dann in steigenden Dosierungen Methacholin. Das ist ein harmloser Atemreizstoff, vergleichbar mit kalter Luft. Wir testen nach jeder Stufe, ob ihre Lungenfunktion sich verschlechtert. Wenn ja, heißt das, dass Ihre Bronchien überempfindlich reagieren. Dies spräche für ein Asthma bronchiale.
*Wir bieten auch eine NO-Messung** an: Stickstoffmonoxid (NO) ist ein wichtiger Botenstoff, der an verschiedenen Stellen im Organismus gebildet wird, unter anderem in den Atemwegen. Dies spielt bei Entzündungsprozessen eine Rolle und ist bei allergischem Asthma erhöht.*

** Die FeNO-Messung (Bestimmung von Stickstoffmonoxid in der Ausatemluft) ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen, Ihnen entstehen dabei Kosten von mindestens 20 Euro („IGEL-Leistung")

ANZEIGE

GTI medicare
Oxygen Technology

HOMECARE

FreeStyle® Focus
Kleiner und leichter als alle herkömmlichen O_2-Konzentratoren

Vorteile die überzeugen:
- Ultraleicht nur 0,8 kg
- Ultraklein
- Bis zu 7 h unabhängig
- Pulse Flow von 2l/min.
- Innovativ
- Sicher

0,8 kg leicht!

Grenzenlose Mobilität auf kleinstem Raum

Die sensationelle Neuentwicklung im Bereich der mobilen Sauerstoffkonzentratoren!

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

Frau Keller: Und falls Sie dabei nichts Auffälliges finden?

Dr. Gillmann-Blum: Falls wir keine Allergien, keine bronchiale Überempfindlichkeit und auch keine Entzündung nachweisen, sollten wir sicherheitshalber eine Röntgenaufnahme der Lunge. machen. Um auszuschließen, dass Ihre Beschwerden vom Herz kommen, machen wir noch ein EKG. Ich bin mir aber ziemlich sicher, dass Ihre Beschwerden sich als Asthma bronchiale herausstellen.

Und so war es dann auch: Der Prick-Test war bei Frau Keller positiv auf Baumpollen, Gräser- und Roggenpollen, Katzenhaare sowie Hausstaub.

Es wurde Blut abgenommen, um die Testergebnisse im Labor zu bestätigen. Frau Keller wollte gerne auch die NO-Messung auf eigene Kosten durchführen lassen. Dabei zeigte sich ein deutlich erhöhter NO-Wert.
Die Lungenfunktion war normal, so dass der Provokationstest durchgeführt wurde. Dort reagierte Frau Keller bereits bei der zweitniedrigsten Stufe mit einer Verengung der Bronchien und Husten, sodass der Test vorzeitig abgebrochen wurde. Sie erhielt 2 Hübe des Bedarfsmedikaments zum Inhalieren. Nach 10 Minuten war die Lungenfunktion wieder normal und der Reizhusten war weg.

Frau Keller kommt zum Abschlussgespräch zu Frau Dr. Gillmann-Blum ins Arztzimmer.

Dr. Gillmann-Blum: Es hat sich bestätigt, dass Ihr Heuschnupfen sozusagen eine Etage tiefer „gerutscht" ist. Sie haben jetzt ein Asthma. Auslöser sind wahrscheinlich Ihre Allergien. Das ist nicht schlimm, denn das lässt sich heute sehr gut behandeln.

Wichtig ist Ihr Bedarfsspray, ein sogenanntes Betamimetikum, das Sie bereits von Ihrem Hausarzt bekommen haben. Wenn Sie das regelmäßig benötigen, ist es sinnvoll ein Betamimetikum, das eine längere Wirkdauer hat, dazu zu nehmen, so dass Ihr ursprüngliches Medikament ein reines Medikament für den akuten Bedarf bleibt.

Da wir bei Ihnen eine deutliche Entzündung in den Atemwegen festgestellt haben, verordne ich Ihnen ein Kortison-Präparat als Spray für die Bronchien und ein weiteres für die Nase. Diese sind niedrig dosiert und wirken am Ort ihrer Entzündung. Nebenwirkungen sind selten, ganz anders als Sie das von Kortison-Tabletten vielleicht schön gehört haben. Das Kortison-haltige Spray ist wichtig in der Asthmatherapie, da es die Dauerentzündung und die auch bei Ihnen nachgewiesene Überempfindlichkeit lindert. Dadurch kommt es bei Ihnen zu starken Beschwerden wie Atemnot und Husten. Es gibt noch weitere wirksame Medikamente gegen Ihr Asthma bronchiale, die wir stufenweise je nach Beschwerden verordnen, die Sie aber zurzeit nicht brauchen.

Frau Keller: Muss ich jetzt mein Leben lang Medikamente nehmen?

Je wärmer der Winter, desto früher fliegen die Pollen:

Bereits in der ersten Januarwoche 2015 wurden im Saarland, im Rhein-Main-Gebiet, am Oberrhein, im Neckartal und im westlichen Niedersachsen Haselnusspollen gemessen. Darauf haben die Europäische Stiftung für Allergieforschung (ECARF) und die Stiftung Deutscher Polleninformationsdienst (PID) hingewiesen. Sie empfehlen die App „Pollen" für das Smartphone, um eine individuelle Vorhersage zu erhalten.

DAAB-Pollentrend

PID Android

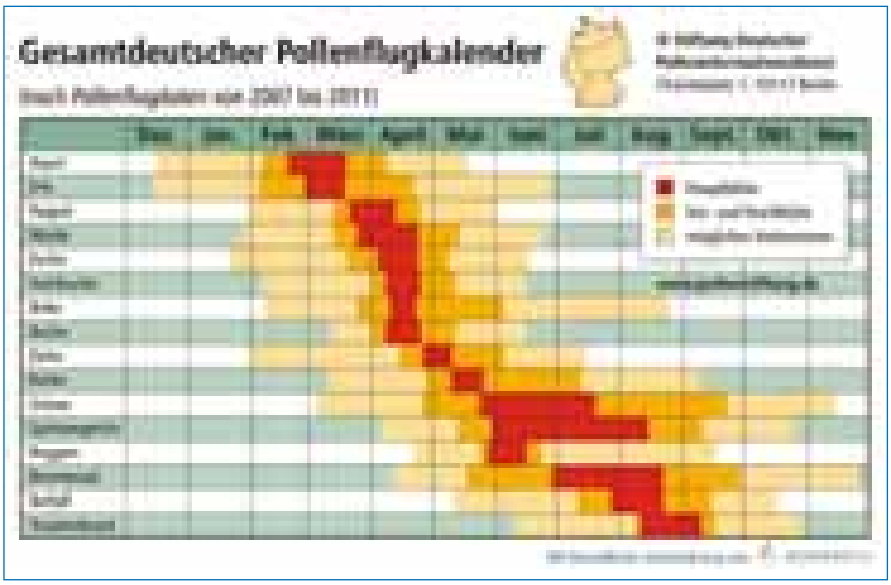
PID-Iphone

Dr. Gillmann-Blum:. Wenn Ihr Asthma über einen längeren Zeitraum stabil ist, werden wir versuchen, Ihre Medikamente zu reduzieren. Andererseits muss bei zunehmenden Beschwerden die Behandlung natürlich verstärkt werden. Bei Ihnen kann es beispielsweise sein, dass Sie besonders in der Pollenzeit mehr Medikamente brauchen - und sonst vielleicht nur bei stärkeren Infekten oder wenn Sie sich irgendwo aufhalten, wo Katzen sind. Deshalb müssen Sie lernen, Ihren Körper zu verstehen. Dazu hilft Ihnen dieses kleine Gerät, der sogenannte Peak-Flow-Meter, mit dem Sie selber einen Lungenfunktionswert messen können. Die Werte können Sie täglich in ein Asthma-Tagebuch eintragen. Dann werden Sie frühzeitig erkennen, ob sich Ihre Atemfunktion verschlechtert. In einer speziellen Patientenschulung können Sie lernen, wie Ihr Asthma reagiert und was Sie selbst machen können, wenn Sie merken, dass es Ihnen schlechter geht.

Frau Keller: Heißt das denn, dass ich jetzt gar keinen Sport mehr machen kann?

Dr. Gillmann-Blum: Nein, natürlich können Sie, und Sie sollen sogar Sport machen.
Ihr Notfallspray sollten Sie aber immer dabei haben und ggf. auch vor Beginn des Trainings inhalieren. Nur wenn die Pollen fliegen, auf die Sie allergisch reagieren, sollten Sie auf Sport im Freien verzichten.
Mit einem gut eingestellten, wir sagen mit einem „kontrollierten" Asthma, können Sie eigentlich Alles machen. Gefährlich kann ein Asthma auch heute noch sein, wenn es unbehandelt oder schlecht behandelt ist. Sie können, wenn Sie einige Tipps beachten, ein durchaus normales Leben führen. ■

Die Autorin:
Dr. med. Dagmar Gillmann-Blum ist Lungenfachärztin in der Pneumologischen Gemeinschaftspraxis im MED-Facharztzentrum in Mainz



ANZEIGE

Löst Schleim, reduziert Atemnot und Husten

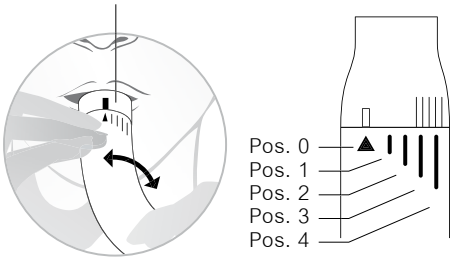
RC CORNET®

Das RC-Cornet® bietet über unterschiedliche Einstellungen am Mundstück zwei PEP-Therapien an.

Bei Obstruktion, Lungenüberblähung und instabilen Bronchien wählen Sie den kombinierten PEP in den Positionen 0 und 1.

Zur Schleimlösung wählen Sie den dynamischen PEP in den Positionen 3 und 4.

Einstellmöglichkeiten



Weitere Informationen unter:
www.basiscornet.de

PZN 08 418 667
erstattungsfähig unter
Hilfsmittel-Nr.14.24.08.0004

Erhältlich in Apotheken oder unter:

RC MEDIZINTECHNIK
Fon +49 2602 9213-0
www.cegla-shop.de

„Netzwerk Schweres Asthma“

Bundesweite Möglichkeit zur Einholung einer medizinisch fundierten Zweitmeinung

von Prof. Dr. med. Karl-Christian Bergmann

In Deutschland geht man von bis zu 8 Millionen Patienten mit Asthma bronchiale aus. Bei geschultem und dann meist richtigem Gebrauch der unterschiedlichen Inhalationssysteme und einer guten „Einnahmetreue“ sind davon die große Mehrzahl zumindest befriedigend nach der Leitlinie Asthma behandelt. Dennoch gibt es immer wieder Asthmatiker mit häufigen und schweren Exazerbationen (plötzliche deutliche Verschlechterung). Diese werden dann meist mit zusätzlichen Kortison-Tabletten und im Krankenhaus behandelt. Speziell für die Patientengruppe mit schwerem Asthma bronchiale wurde ein bundesweites „Netzwerk Schweres Asthma“ (www.netzwerk-schweres-asthma.de) gegründet. Seit 2007 haben sich inzwischen 42 lungenfachärztliche Zentren mit derzeit über 240 Experten - darunter meist Fachkliniken oder -abteilungen bzw. Universitätsambulanzen zusammengeschlossen, um für Patienten mit schwerem, oft unkontrolliertem Asthma die bestehende Asthmatherapie zu optimieren und letztlich damit auch mehr Lebensqualität für die Betroffenen zu erreichen.

An diese Zentren werden Patienten von ihren behandelnden Ärzten überwiesen. Als erstes erfolgt eine ausführliche Diagnostik und zusätzlich die Untersuchung auf mögliche Begleiterkrankungen, die auch Ursache eines vermeintlich unkontrollierten Asthmas sein können. Die Sicherung der richtigen Diagnose durch einen zweiten Untersucher erscheint auch unter der Tatsache, dass nachweislich mehr als 10% aller als Asthmatiker behandelten Patienten kein Asthma haben, sinnvoll. Ist die Diagnose gesichert, wird nach möglichen Therapiealternativen, Veränderungen der Dosierung oder Ergänzungen zur bisher gewählten Therapie gesucht So kann z.B. bei einem ausgeprägten allergischen Asthma mit erhöhten Immunglobulin-E-Werten (IgE) eine zielgerichtete Behandlung mit einem anti-IgE-Antikörper erfolgreich sein. Hierfür sind Untersuchungen erforderlich, die über den allgemeinen Standard hinausgehen. Schon die von der Deutschen Fachgesellschaft der Pneumologen und der Deutschen Atemwegsliga gemeinsam mit den Gremien der Deutschen Ärzteschaft erstellte Nationale Versorgungs-Leitlinie Asthma von 2009 sieht eine medizinisch fundierte ärztliche Zweitmeinung zur Sicherung der Indikation vor. In ihr heißt es daher: „Die Behandlung mit“ einem Anti-IgE-Antikörper „sollte von in der Versorgung von Patienten mit schwerem Asthma erfahrenen Fachärzten bzw. in entsprechenden Zentren durchgeführt werden“.

Es muss auch klar gesagt werden, dass das Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung das Recht eines jeden Patienten und nicht nur ein Trend der Zeit ist. Es ist keineswegs der Ausdruck von Misstrauen gegenüber dem behandelnden Arzt. Selbstverständlich bleibt der behandelnde Arzt auch nach der Überweisung seines Patienten an eines der dem „Netzwerk Schweres Asthma“ angeschlossenen Zentren der die Behandlung führende Arzt, es sei denn der Patient wünscht dieses ausdrücklich nicht. Dies bleibt auch so, selbst wenn eine relativ teure Anti-IgE-Behandlung von einem Zentrum im Netzwerk verordnet wird. Dieses Zentrum wird dann auch die routinemäßigen Therapiekontrollen im Abstand von 4 Monaten durchführen.

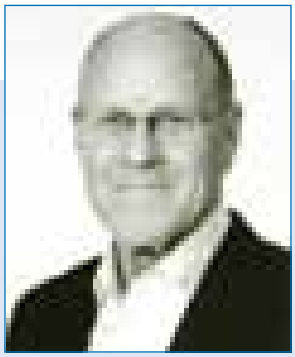
Stets soll diese Kooperation zwischen den Zentren des Netzwerkes und den Fach- und Allgemeinärzten vertrauensvoll und auf Augenhöhe erfolgen. Im Vordergrund dieser Therapiekontrolle und Optimierung soll stets das individuelle Patienteninteresse stehen.

Im Großraum Berlin/Brandenburg ist jetzt begonnen worden, zusätzlich neben der Überprüfung der Asthmadiagnostik und einer eventuell optimierten Behandlung, umfassend vertieft zu informieren und zu schulen. Dies betrifft insbesondere:

- Schulung auf die eingesetzten Inhalationssysteme
- eine aktive Raucherentwöhnung
- regelmäßigen Lungensport
- spezifische Rehabilitation

Bei Patienten mit allergischem Asthma kommt die – manchmal entscheidende - Berufsberatung hinzu. ■

Der Autor:
Professor Dr. med. Karl Christian Bergmann, Interdisziplinäre pneumologisch - allergologische Ambulanz am Allergie-Centrum-Charité, Charité-Universitätsmedizin Berlin



Zentren im Netzwerk schweres „Asthma"

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

Welcher Inhalator für welchen Patienten?

Die meisten Medikamente gegen Asthma und COPD (chronisch-obstruktive Lungenerkrankung) werden inhaliert. Der erste offensichtliche Vorteil dieser Medikamentenanwendung durch Einatmung liegt in der direkten Behandlung des Zielorgans Lunge. Dies ist vergleichbar der Behandlung einer Hautveränderung mit einer Salbe. Der zweite Vorteil ist: Das im Idealfall ausschließlich in der Lunge ankommende Medikament kann dadurch in seiner Dosis deutlich reduziert werden. Dies ist möglich, weil nicht mehr, wie bei der Tabletteneinnahme, der Wirkstoff im gesamten Körper verteilt wird. Dadurch kommt es, wie z.B. bei den meisten Betamimetika (bronchialerweiternde Medikamentengruppe), zu einem schnelleren, fast sofortigen Wirkungseintritt. Bei den inhalierten Kortison-Präparaten werden die Nebenwirkungen durch die um ein vielfaches niedrigere Dosis und die direkte Anwendung am Zielorgan deutlich reduziert.

von Prof. Dr. Adrian Gillissen,
von Dr. Michael Köhler

Angestoßen durch die Ächtung der FCKW-haltigen Treibgase in den früheren Dosieraerosolen gibt es heute eine Vielzahl von Inhalatoren. Aktuell zählen wir in Deutschland etwa 20 unterschiedlich funktionierende, zu bedienende und anzuwendende Inhalatoren. Insgesamt können derzeit über 140 (!) verschiedene Medikamente, darunter mehr als 40 inhalative Kortisonpräparate, zur Therapie von Atemwegserkrankungen vom Arzt verordnet werden.

Die Dosieraerosole enthalten im Treibgas entweder feinstgemahlene Teilchen oder die aufgelösten Wirkstoffe. Hinzu kommt eine Vielzahl von Trockenpulverinhalatoren, in denen der jeweilige Wirkstoff als feinster Staub entweder einzelverpackt oder in kleinen Behältern vorrätig gehalten wird.
Zusätzlich gibt aber auch noch Flüssigvernebler, die in der Regel strombetrieben und damit meist stationär sind. Sie verwenden Druckluft oder Ultraschall zur Erzeugung der Aerosolwolke. Erster tragbarer Flüssigkeitsvernebler ist der Respimat®, bei dem ohne Strom über Federdruck letztendlich eine inhalierbare Tröpfchenwolke erzeugt wird.

Dies erklärt, dass für den Arzt aber auch für den Patienten das Angebot von Inhalatoren in der täglichen Praxis viel komplexer geworden ist. Die Fülle des Angebotes führt eher zur Verwirrung als zur größeren Therapiedifferenzierung. Generell schwierig ist die inhalative Therapieanwendung, denn Fehlanwendungen unterlaufen dabei mehr als z.B. bei einer einfachen Tabletteneinnahme. Die richtige Anwendung der vielen verschreibungspflichtigen Inhalatoren muss in jedem Einzelfall verständlich, am besten durch den verschreibenden Arzt, eine geschulte Krankenschwester oder Arzthelferin, erklärt werden.

© Deutsche Atemwegsliga e.V.

Es muss sowohl die korrekte Atemtechnik durch den Patienten, als auch die gleichzeitige richtige technische Anwendung des Inhalators gezeigt und geübt werden. Weil es bei der Inhalation so viele Anwendungs- und Verständnisfehler gibt, hat diese Therapieform im Vergleich zur Tabletteneinnahme oft eine deutlich schlechtere Therapietreue. Die große Auswahl an Inhalationssystemen führt dabei nicht selten schon bei den Ärzten zu einer Unsicherheit bei der Entscheidung für einen geeigneten Inhalator, die sich bei den Patienten mit Unsicherheiten in der Anwendung fortsetzt. Noch größer wird die Verwirrung, wenn der Patient in der Apotheke dann einen Inhalator ausgehändigt erhält, den er nicht kennt, von dem sein Arzt nichts weiß und zu dem er niemals geschult wurde. Der Grund liegt darin, dass die eigene Krankenkasse einen sogenannten Rabattvertrag mit einem Hersteller geschlossen hat. Dies bedeutet im Normalfall, dass nur dieses rabattierte Präparat vom Apotheker abgegeben werden darf. In einem solchen Fall muss der Apotheker die richtige Anwendung aber erklären, demonstrieren und von dem Patienten sich die Anwendung zeigen lassen.. Ziel einer jeden individuellen patientenbezogenen Inhalationstherapie sollte die Verschreibung und Abgabe des Inhalators sein, zu dem der Patient individuell geschult wurde, den er akzeptiert und mit dem er auch zurechtkommt. Nur dies sichert am Ende den besten Therapieerfolg.

Einfluss der Inhalatorauswahl

Die bisherigen Asthma- und COPD-Therapieleitlinien, wie z.B. GINA (global initiative for asthma) und GOLD (global initiative for COPD) beanspruchen weltweite Gültigkeit. Sie empfehlen bei der Verschreibung von Inhalatoren, dass der Inhalator tragbar, einfach anzuwenden und ohne eine externe Energiequelle zu betreiben sein sollte. Die Dosis der Medikamentenabgabe sollte immer gleich sein und der Inhalator muss auch ein Zählwerk haben. Auch die Umweltverträglichkeit wird gefordert. Leider klammern diese Leitlinien aber die individuellen technischen Fertigkeiten des einzelnen Patienten aus. Sie berücksichtigen nicht die „Vorlieben", die Fähigkeiten und das Verständnis des einzelnen Anwenders. Patientenvorlieben können aber entscheidend für die Anwendungszuverlässigkeit sein.

Vor der Auswahl eines Inhalationsgerätes und der Verschreibung durch den Arzt sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Kann der einzelne Patient mit diesem Gerät erfolgreich inhalieren?
- Ist dem Patienten eine ausreichend tiefe Einatmung möglich? Wenn ja, kann ein Trockenpulverinhalationssystem verschrieben werden.
- Ist die Einatmung nicht tief genug, z.B. krankheitsbedingt, ist eher ein Dosieraerosol (treibgasbetriebener Inhalator), evtl. zusätzlich mit einem Mundstück (Spacer) oder alternativ ein Flüssig-Vernebler sinnvoll.

Bestehen Probleme in der Koordination zwischen der Auslösung des Treibgasstosses aus dem Inhalator und der gleichzeitig erforderlichen tiefen Einatmung durch den Patienten, ist

- entweder ein Trockenpulverinhalator,
- ein Vernebler,
- ein Dosieraerosol mit einem extra Mundstück oder
- alternativ ein Inhalator mit einer Atemzugtriggerung, d. h. einer Medikamentenfreisetzung bei ausreichend tiefer Einatmung, sinnvoll.

Müssen täglich mehrere Medikamente inhaliert werden, ist es sinnvoll,

- die Zahl der erforderlichen Inhalationen durch die Anwendung, z.B. eines Kombinationspräparates (mit 2 Wirkstoffen), niedrig zu halten.
- Aus Gründen der Verständlichkeit und Anwendung, sollte die Verordnung von verschiedenen Inhalator-Typen vermieden werden.
- Die gleichzeitige Anwendung unterschiedlicher Inhalatoren erhöht das Risiko der Falschanwendung und bewirkt damit letztlich einen „Wirksamkeitsverlust" oder eventuelle Nebenwirkungen, wie z.B. eine mögliche Pilzbesiedelung im Mundbereich oder Heiserkeit bei kortisonhaltigen Präparaten.
- Nur wenn der einzelne Patient seinen Inhalator akzeptiert, mit ihm nachprüfbar zurechtkommt und den Effekt einer wirksamen inhalativen Therapie selbst spürt, wird er ihn längerfristig und wie verordnet anwenden.
- Bei jeder Verschreibung eines Inhalators muss immer eine qualifizierte und patientenverständliche Schulung vor der Anwendung erfolgen. Danach muss der Patient in regelmäßigen Abständen demonstrieren, dass er seinen Inhalator weiter richtig anwendet. Viele Studien haben gezeigt, dass eine fehlerhafte Anwendung die Regel und nicht die Ausnahme ist.
- Die Akzeptanz „seines" Inhalators durch den Patienten bewirkt eine bessere Zuverlässigkeit der verordneten Anwendungen. Damit ist letztlich über geringere Exazerbationsraten, weniger Arztbesuche, bessere Schlafqualität auch eine höhere Lebensqualität erreichbar.

Bisher lassen sich Ärzte oft bei der Verschreibung eines bestimmtem Inhalators von folgenden Punkten leiten:

- der Entscheidung für ein Medikament aus einer

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

ANZEIGE

bestimmten Substanzgruppe,
- dem Angebot der dafür ihnen bekannten Inhalatoren,
- ihren medizinischen Erfahrungen und ihren Kenntnissen zu den unterschiedlichen Inhalatoren,
- ihren persönlichen „Vorlieben".

Bei der Vielzahl der heute verfügbaren Inhalatoren wird es selbst dem Facharzt kaum möglich sein, alle technischen Details und die jeweiligen Vor- und Nachteile abzuschätzen und schlussendlich jedem Patienten zu erklären. Die Auswahl erfolgt also zwangsläufig nach individuellen Arztvorlieben und rein praktischen Erwägungen. Der Patient wird in aller Regel den vom Arzt ausgewählten Inhalator erhalten.

Was ist für den Patienten wichtig?

Studien zeigen übereinstimmend meist folgende Reihenfolge:
- bessere Symptomenkontrolle durch die Inhalation
- langwirkende Symptomenkontrolle
- Verringerung der Notfallinhalationen
- Verringerung zusätzlich notwendiger Medikamente zur Kontrolle der Erkrankungen
- Verbesserung des Allgemeinbefindens und der Lebensqualität
- Schneller Wirkungseintritt

Ein guter Medikamenteneffekt ist aber nur zu erwarten, wenn diese Aspekte erfüllt werden, abgesehen von den speziellen Charakteristika der Erkrankung.
Patienten haben eine klare Vorstellung davon, welche Eigenschaften und Merkmale ein Inhalator haben sollte. Als häufigste Wünsche für den idealen Inhalator (in abnehmender Häufigkeit) wurden genannt:
- leichte Bedienbarkeit während eines Asthmaanfalls
- Dosiszähler mit Restdosisangabe
- Leicht zu erlernende Anwendung
- Hygiene-Aspekte
- Komfortables Mundstück
- Leicht zu transportieren
- „Fühlbarkeit" der inhalierten Dosis
- Möglichkeit der diskreten Anwendung
- Wiederbefüllbarkeit
- Ansprechendes Design

Viele Studien haben die Meinung von Patienten zu bestimmten Inhalatoren untersucht. Die Ergebnisse scheinen jedoch davon abzuhängen, von wem die Studie ausging, d.h. wer sie finanzierte, und wie sie gestaltet war. Feststellen lässt sich aber insgesamt:
- Ohne Schulung, also nur nach Lesen der Packungsbeilage, macht ein erheblicher Anteil der Patienten in der Anwendung bei allen Inhalatoren Fehler.
- In der Regel sinkt die Fehlerhäufigkeit der Anwendung nach einer qualifizierten Schulung der Patienten.
- Je häufiger Patienten Anwendungsfehler machen, desto unzufriedener sind sie mit ihrem Inhalator und desto schlechter ist die Medikamentenwirkung - wahrscheinlich auch wegen mangelnder Einnahmezuverlässigkeit; also ein Teufelskreis.
- Die Anwendungszufriedenheit der Patienten hängt offenbar davon ab, wie sorgfältig sie geschult wurden und wie oft sie die richtige Handhabung demonstrieren konnten.
- Im direkten Vergleich zwischen einzelnen Inhalatoren haben Patienten meist eine klare Meinung dazu, mit welchem Gerät sie am besten inhalieren können.

Schlussfolgerung

Nur die zuverlässige und korrekte Anwendung und Beherrschung des Inhalators gewährleistet eine längerfristige und verordnungsgemäße Inhalation durch den Patienten und sichert damit auch die medizinische Wirksamkeit des inhalierten Medikaments. Allgemein gilt, die Inhalations-Therapie ist einerseits gezielter, andererseits aber auch schwieriger als eine Tabletteneinnahme. An die Inhalatoren werden daher viele Anforderungen gestellt, die die korrekte und jedem mögliche Anwendung sowie die Vermeidung von Bedienungsfehlern sichern sollen. In medizinischen Leitlinien und auch bei der Verschreibung von Inhalatoren werden noch viel zu häufig die Bedürfnisse und Neigungen der Patienten nicht beachtet. Vergleichsuntersuchungen von Inhalatoren belegen, dass Patienten sehr häufig eine persönliche Meinung zu dem für sie geeigneten Inhalator haben. Die Asthma- und COPD-Therapie beginnt mit der Entscheidung für bestimmte Medikamente. Aber erst mit der Wahl des den Bedürfnissen und Fähigkeiten des einzelnen Patienten entsprechenden Inhalators einschließlich einer qualifizierten Schulung wird eine erfolgreiche Therapie möglich. Der Patient muss seinen Inhalator in den Grundzügen technisch verstehen, um ihn auch zu akzeptieren und damit längerfristig korrekt anzuwenden. ■

Die Autoren:
Prof. Dr. med. A. Gillissen ist Direktor der Klinik für Lungen- und Bronchialmedizin am Klinikum Kassel.
Dr. med. M. Köhler ist Vorsitzender der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA

COPD*: Sind Sie trotz Behandlung außer Atem?

Sprechen Sie Ihren Arzt an!

Broschüre als Unterstützung für Ihr Arztgespräch
erhältlich unter 0800/7241254 oder www.luft-schaffen.de

*Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

NOVARTIS
PHARMACEUTICALS

Inhalator austauschen, nein danke

Aus der Praxis eines niedergelassenen Lungenfacharztes

von Norbert K. Mülleneisen

Solange ich mich erinnern kann, sind die Inhalatoren mit kurzwirksamen Betamimetika in der Asthma-Therapie immer mit einer blauen Farbe versehen gewesen. Analog die meisten inhalativen Kortisone rot und bei den Kombinationspräparaten aus langwirksamen Betamimetika und Kortison schien sich die Farbe Lila durchzusetzen. Dies war offenbar eine Übereinkunft, die allerdings nicht verbindlich in den Asthma- oder COPD-Leitlinien festgeschrieben war. Leider ist diese Regelung in der letzten Zeit von 2 Firmen aufgekündigt worden. So werden eine Kombination von Betamimetikum und Kortison jetzt in einer hellblauen Aufmachung und auch eine Kombination von Betamimetikum und Kortison in der Kinderdosierung ebenfalls in einer blauen Aufmachung angeboten.

Nun gibt es beim Asthma nicht ohne Grund ein zwischen Ärzten und Krankenkassen abgestimmtes DMP (disease management program). Wir niedergelassenen Lungenfachärzte führen Asthma-Schulungen durch, in denen wir unseren Patienten den richtigen Umgang mit den von uns verordneten Inhalatoren erklären und mit ihnen einüben. Denn ihr Gebrauch ist schwierig, selbst wenn man es ausführlich erklärt und dann demonstriert bekommt. Jeder Lungenfacharzt, der seinen Patienten einen Inhalator verordnet, kennt dieses Problem. Der richtige Einsatz zum richtigen Zeitpunkt ist ein wesentlicher Aspekt in unserem Training und den Schulungen und im Alltag unserer Sprechstunden. Wir üben das richtige Inhalieren mit unseren Patienten. Dazu erhalten sie einen schriftlichen Plan, wann und wie sie welches Medikament zu nehmen haben. Dabei erklären wir dann, dass eben im Notfall immer das „blaue Spray" zu nehmen ist. Denn „blaue Sprays" sind weltweit kurzwirksame Betamimetika und diese wirken im Notfall am schnellsten. Dies gilt in Australien genauso wie bisher in Deutschland.

Leider ist diese einfache Regel jetzt europaweit nicht mehr so gültig, weil zwei Kombinationspräparate mit einem Betamimetikum und einem inhalativen Kortison ebenfalls eine europaweite Zulassung besitzen und blau gekennzeichnet sind. Nun mag das einem Arzt unproblematisch vorkommen, aber wir haben auch nicht so medizinisch vorgebildete Patienten mit Asthma, die wir behandeln und denen wir einfache Regeln für die tägliche Anwendung an die Hand geben müssen. Abgesehen davon, dass selbst Akademiker im Asthmaanfall und bei Panik auch einfache Regeln brauchen, die sie verstehen und dann im Notfall auch noch erinnern und befolgen können. Daher halte ich es für bedenklich, wenn von 2 bedeutenden Firmen diese Regel einer farblichen Zuordnung ohne Not aufgegeben wird. Dies führt zu einer potenziellen Gefährdung der Anwendungssicherheit bei den Patienten und dies weit über Deutschland und Europa hinaus. Denn man mache sich nichts vor, in Zeiten der Globalisierung und der Selbstverständlichkeit weltweiter Reisen findet man auch deutsche oder europäische Medikamente weltweit wieder. Verwirrung ist so vorprogrammiert und doch überflüssig.

Besonders absurd ist, dass eine der oben angesprochenen Firmen gerade einer Generikafirma die Verwendung der Farbe Lila für ein Nachfolgeprodukt verboten hat, weil ihr Kombinationspräparat schon früher exakt das gleiche Lila trug. Man kann also nicht sagen, dass diese Firma nicht um die Bedeutung dieser farblichen Kennzeichnung weiß.

So gibt auf Nachfrage das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) an, dass sie gar nicht wüssten, warum die farbliche Kennzeichnung des Inhalators so wichtig sei und fragt, in welcher medizinischen Leitlinie das so stehe. Wir halten es für wichtig, dass in den neuen Leitlinien für Asthma und COPD gefordert wird, dass z.B. die Inhalatoren für kurzwirksame Betamimetika einheitlich eine blaue Markierung haben.

Durch immer neue Inhalatoren in nicht nur wechselnden Farben, sondern auch mit neuen verwirrenden Anwendungsmechanismen werden Patienten zunehmend verunsichert. Diese Erkenntnis ist nicht neu. So berichtete mir kürzlich eine Patientin, dass sie mit ihrem Trockenpulver-Inhalator nicht zurechtkommt. Ihrer Meinung nach würde der Inhalator mal funktionieren und mal nicht. Bei der Aufforderung,

© Deutsche Atemwegsliga e.V.

mir die Anwendung zu demonstrieren, legte sie den Blister-Streifen falsch ein, damit fiel das Pulver nach unten und war somit von ihr nicht zu inhalieren. Eine scheinbar banale Fehlerquelle, die aber dazu führt, dass Patienten ihre Medikamente nicht immer sicher anwenden.

Warum lässt die deutsche oder die europäische Arzneimittel-Zulassungsbehörde Inhalationssysteme zu, mit deren Anwendung Patienten nicht zurechtkommen? Liegt es daran, dass die Wirkstoffe mit diesen Inhalator bekannt und patentfrei sind, damit generikafähig und so viel billiger sind? Es kommt doch bei der Inhalation nicht nur auf den Wirkstoff an. Durch Nichtbeherrschung von Inhalationssystemen, auf die die Patienten nicht qualifiziert geschult wurden, und die sie in z.B. lebensbedrohlichen Asthmaanfällen nicht beherrschen, werden Patienten akut gefährdet. Warum werden vor Zulassung solcher Inhalatoren nicht behandelnde Ärzte und Patienten mit Atemwegserkrankungen, denen diese Inhalatoren verordnet werden sollen, gefragt? Bei zu inhalierenden Medikamenten und ihren jeweiligen Inhalatoren geht es nicht nur darum, ob man einfach eine grüne oder blaue Pille schluckt. Die Qualität der Inhalation und damit die Wirksamkeit der Behandlung werden nicht nur von der unterschiedlichen Teilchengröße des Medikaments, sondern auch von der Art, Funktion und Beherrschung des jeweiligen Inhalators entscheidend bestimmt. Es reicht eben nicht, lediglich zu vergleichen, ob der jeweils identische Wirkstoff auch in dem anderen Inhalator eingesetzt wird. Dies wird der Komplexität einer Inhalationsbehandlung bei weitem nicht gerecht.

Offensichtlich richten sich die Arzneimittel-Zulassungsbehörden mehr nach den umfangreichen, theoretischen medizinischen Therapie-Leitlinien, als nach der täglichen Behandlungsrealität eines Lungenfacharztes. Im Alltag sieht man immer wieder furchtbare Verwechslungen. Die Patienten trauen sich nicht, sich zu beklagen, weil sie es selbst falsch gemacht haben, weil sie so krank sind oder weil sie keine moralische Kraft haben, sich zur Wehr zu setzen. Es ist ein Wunder, dass nicht noch mehr passiert. Deshalb meine Forderung: Blau sollte z.B. für alle Betamimetika für den Notfall, rot für Kortison und lila für die Kombinationen aus diesen Beiden vorbehalten sein. ■

Der Autor:
Norbert K. Mülleneisen
ist niedergelassener Internist, Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde und Allergologie im Asthma und Allergie Zentrum, Leverkusen

„Das ist ein Wunder!“ – Ein Lungentransplantierter berichtet

Eine Lungentransplantation – was das konkret bedeutet, kann sich kaum jemand vorstellen. Im Gespräch mit der „Luftpost“ schildert der Fernsehjournalist Heinz Faßbender seine Gefühle und Erfahrungen. Im September 2012 haben Ärzte der Medizinischen Hochschule Hannover ihm eine Spenderlunge verpflanzt.

Luftpost: Warum war bei Ihnen eine Lungentransplantation erforderlich?

Heinz Faßbender: Fast 35 Jahre lang habe ich sehr viel geraucht, 40 bis 60 Zigaretten täglich. Dadurch ist bei mir schleichend eine COPD entstanden. Anfangs hat dies niemand erkannt. Ich habe die Symptome lange als Erkältung abgetan und vom Arzt Antibiotika verschrieben bekommen - und wieder weiter geraucht, wenn die Symptome weg waren. Das war mein großer Fehler. So bin ich erst in einem fortgeschrittenen Stadium meiner COPD zum Lungenarzt gekommen, als ich ständig nur noch schlecht Luft bekam. Der hat dann bei mir eine COPD festgestellt. Was das wirklich bedeutete, ist mir erst später in einer Kölner Klinik klar geworden. Dort haben die Ärzte auch ein diffuses Emphysem, teilweise mit großen Luftblasen, festgestellt und eine Lungenvolumenreduktion vorgenommen. Damals ist es mir gelungen, mit dem Rauchen aufzuhören. Da sich mein Zustand trotzdem nicht besserte, haben mir die Ärzte klar gesagt: Sie werden bald sterben, außer Sie bekommen eine neue Lunge.

War es für Sie belastend, auf ein fremdes Organ angewiesen zu sein?

Anfangs war ich sehr erschrocken - aber was hätte ich machen sollen? In einem Transplantationszentrum haben die Ärzte dann glücklicherweise festgestellt, dass ich für eine Transplantation in Frage komme. Ich habe eine Kur gemacht in der Klinik in Schönau - eine gute Adresse, wenn man auf diesen Eingriff vorbereitet wird. Zu dem Zeitpunkt war meine Lungenfunktion schon sehr schlecht, sodass ich dann schließlich mit einem Gerät zur zusätzlichen Sauerstoffversorgung sogar einkaufen gehen und selbst am Lungensport teilnehmen konnte. Das kann ich jedem nur empfehlen, um die Muskulatur auf die Operation vorzubereiten.

Warmlungentransplantation

Spenderlungen werden vor einer Transplantation normalerweise auf Eis gelagert und so transportiert. Im Jahr 2011 haben Ärzte an einigen Patienten erstmals gezeigt, dass ein körperwarmer Transport der Spenderlunge Vorteile bieten könnte. Dabei wird die Lunge weiter durchblutet und belüftet. 2015 soll eine Studie abgeschlossen werden, bei der die Ergebnisse nach der Transplantation von körperwarm transportierten Lungen untersucht werden. Beteiligt ist auch die Medizinische Hochschule Hannover. Erste Zwischenergebnisse deuten darauf hin, dass in den ersten Tagen nach der Transplantation deutlich seltener Durchblutungs- und Funktionsstörungen auftreten, wenn eine körperwarm gelagerte Lunge transplantiert wird.

Transportsystem für eine körperwarme Spenderlunge

© Heinz Faßbender / tv-journalistenbüro

Heinz Faßbender hat seine journalistische Karriere beim WDR (Aktuelle Stunde) begonnen und bei politischen Magazinen wie „Monitor", „Panorama", „Report" und „Kennzeichen D" fortgesetzt. Für einige Sendungen ist er international ausgezeichnet worden. 2001 wurde er im Zuge seiner Recherchen Opfer einer Gewalttat, von der er sich bis heute nicht ganz erholt hat.

Letztlich haben mich die Ärzte an der Medizinischen Hochschule Hannover auf die Warteliste gesetzt. Als ich das erfuhr, habe ich vor Freude geweint.

Und dann hieß es warten ...

Genau zu dieser Zeit ist der Transplantationsskandal öffentlich geworden. Damals habe ich nicht damit gerechnet, dass ich ein Organ bekommen würde. Ich hatte mich schon damit abgefunden, in wenigen Jahren sterben zu müssen - vielleicht auch schneller, da ich wieder häufiger Infektionen bekam. Aber 14 Tage nach der Aufnahme in die Warteliste kam dann tatsächlich der Anruf: „Wir haben ein Organ für Sie - wollen Sie es?" Natürlich wollte ich. Ganz schnell habe ich mit meiner Familie die Sachen gepackt und wurde mit dem Krankenwagen abgeholt. Als wir schließlich da waren, war ich heilfroh. Die Ärzte haben mich darüber aufgeklärt, wie die Operation abläuft und welche Risiken es gibt. Und ich habe auch zugestimmt, in eine Studie zur Warmlungentransplantation (siehe Kasten) aufgenommen zu werden. In der Zwischenzeit hatte ich viele Menschen informiert, auch das Filmteam, das die Operation dokumentiert hat.

Warum war es Ihnen wichtig, diesen Film zu machen?

Als Fernsehjournalist wollte ich über die Möglichkeiten der Transplantation aufklären. Vorher hatte ich schon einen Film über COPD gedreht - bis dahin gab es so etwas nicht. Er heißt „Ich will meine Lunge wieder haben" (https://www.youtube.com/watch?v=3T1AYO7r2cM) und war damals schon 60.000 Mal aufgerufen worden. Jetzt wollte ich auch einen Film über die Operation machen, den wir schließlich „Lungentransplantation - COPD und die Folgen" (https://www.youtube.com/watch?v=Lm1ksYzXTPo) genannt haben. Die Klinik war sehr kooperativ - zwei Kameraleute konnten mit kleinen Videogeräten während des sechsstündigen Eingriffs filmen.

ANZEIGE

Das Op-Team

Wie ging es Ihnen nach dem Aufwachen?

Ich habe sofort, noch unter der Nachwirkung der Narkose, deutlich gespürt, dass ich viel leichter atme. Mein erster Gedanke war: Das darf nicht wahr sein - das ist ein Wunder! Dieses Glücksgefühl hat dann auch in der folgenden Zeit angehalten und wurde ganz stark gestützt von der Fürsorge der netten Mitarbeiter. Ein paar Tage nach der Operation habe ich gesagt: „Wenn sich alle Menschen so verhalten würden, dann hätten wir eine andere Welt". So schön war das trotz der schweren Operation. Da kann ich nur den Hut davor ziehen: Die Ärzte, Schwestern und Pfleger machten eine großartige Arbeit. Ich hatte immer das Gefühl: Die tun alles, damit ich wieder ins normale Leben zurückkomme.

Und wie war dieses Zurückkehren?

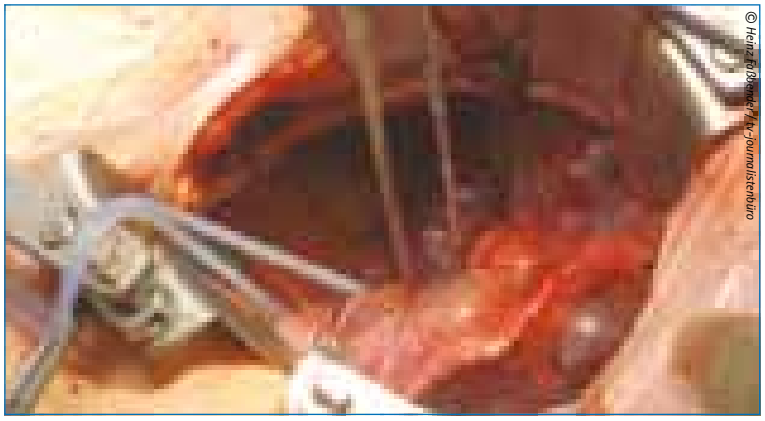
Unglaublich. Schon am dritten Tag konnte ich auf dem Fahrrad-Ergometer richtig in die Pedale treten, obwohl noch die Drainageschläuche in der Wunde steckten. Und ich bin auch bereits in dieser Phase spazieren gegangen, ganz ohne Luftnot. Das fand ich irre. Auch als ich nach drei Wochen in die Reha kam: Sport, Spaziergänge, ein normales Leben! Mein Gefühl war: Das darf nicht wahr sein. Natürlich muss ich mein Leben lang Medikamente einnehmen, die das Immunsystem unterdrücken, damit die Spenderlunge nicht abgestoßen wird. Aber daran gewöhnt sich der Körper. Wichtig ist, dass man die Einnahmepläne genau einhält. Ich habe bis heute keine Abstoßungsreaktionen und lebe vollkommen normal. Natürlich habe ich niemals mehr geraucht. Ich gehe auch in Schulen und kläre dort an meinem Beispiel über die Folgen des Rauchens auf. Als Journalist bin ich ebenfalls wieder aktiv.

Hat auch Ihre Seele die fremde Lunge angenommen?

Als ich nach drei Tagen gemerkt habe: Oh, ich bekomme ja immer noch richtig Luft, da habe ich mit meiner neuen Lunge gesprochen, habe zu ihr gesagt: „Wir schaffen das. Ich will dich achten und lieben, bis der Tod uns scheidet" - genau so, als hätten wir geheiratet. Es tat mir sehr gut, mit meiner neuen Lunge zu sprechen. Das hat sicher dazu beigetragen, dass wir noch zusammen sind und sie gut „funktioniert".

Was geben Sie Menschen mit, die für eine Transplantation in Frage kommen?

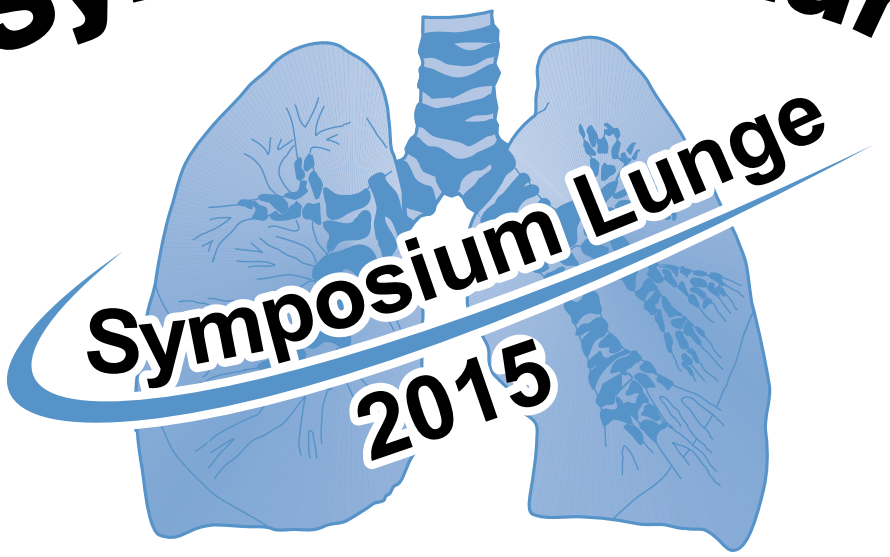
Sie sollten auf alle Fälle versuchen, dass sie in die Warteliste aufgenommen werden. Fast alle Betroffenen, mit denen ich gesprochen habe, konnte ich davon überzeugen. Auch mein Schicksal im Film scheint vielen Menschen Sicherheit zu geben. Man muss Zuversicht haben, nicht aufgeben und hoffen, dass man bis zur Transplantation mit seiner schweren Krankheit noch durchhält. Viel Bewegung ist wichtig - und vor allem, sich nicht unterkriegen lassen.



Die kranke Lunge

Mein Fazit ist: Man sollte die Symptome der COPD sehr ernst nehmen. Sie ist wirklich eine schwere Krankheit, von der in Deutschland sechs Millionen Menschen betroffen sind, und das mit steigender Tendenz! Am besten ist es niemals zu rauchen. Obwohl ich Jahrzehnte stark geraucht habe und dadurch eine schwere COPD mit Emphysem bekam, hatte ich das Glück eine Spenderlunge zu bekommen und diese bis heute so gut zu vertragen. ■

8. Symposium Lunge



COPD und Lungenemphysem

Behandlung von chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen heute und in der Zukunft

Am Samstag, 12. September 2015
9:00 bis 17:00 Uhr

Auf dem Gelände des
Westfälischen Industriemuseum
Henrichshütte - Gebläsehalle
in Hattingen - Ruhr / NRW

Eintritt frei!

Ein Symposium für alle Atemwegs- und Lungenerkrankte, deren Angehörige, Ärzte und Fachpersonal

www.lungenemphysem-copd.de

Veranstalter:

COPD-Deutschland e.V. * COPD-Deutschland e.V. * 2006

Mitveranstalter:

Lungenemphysem-COPD * Selbsthilfegruppe * SHG

COPD – eine Erkrankung auf dem Vormarsch

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (englisch: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) ist eine der großen Volkskrankheiten weltweit. Es ist zu befürchten, dass die Zahl der Patienten weiter steigt. Denn häufig wird die Diagnose zu spät gestellt, und neue Therapieverfahren wie die Lungenvolumenreduktion kommen nur für wenige Patienten in Frage.

von Prof. Dr. Tobias Welte

In den USA steht die COPD in der Statistik der Todesursachen an fünfter Stelle. Betrachtet man, wie viele gesunde Lebensjahre verloren gehen, steht die COPD sogar auf Platz 2 (hinter dem Herzinfarkt und seinen Folgen). Und angesichts der älter werdenden Bevölkerung erwarten Experten, dass in den USA die Zahl der Patienten bei zwei Krankheiten besonders stark zunehmen wird - und das sind Diabetes und COPD. In den meisten europäischen Ländern dürfte es ähnlich sein. Für Deutschland legen das die Daten aus einem Forschungsprojekt nahe, das die Häufigkeit der COPD-Erkrankung untersucht hat.

Diagnose oft zu spät

Dieses Projekt hat auch ein wesentliches Problem in der Versorgung von COPD-Patienten aufgezeigt, nämlich dass die Diagnose häufig zu spät gestellt wird. Fast die Hälfte der Patienten, die in dieser Bevölkerungsstudie untersucht wurden und die bereits eine deutliche Verengung (Obstruktion) der Atemwege aufwiesen, waren zu diesem Zeitpunkt noch nicht als COPD-Patienten diagnostiziert worden. Erfolgt aber die Diagnose zu spät, kann auch die Behandlung nicht frühzeitig genug beginnen. Das verringert die Chance, das Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten oder zu verzögern. Drei Maßnahmen sind dazu unumstritten geeignet und sollten so früh wie möglich ergriffen werden:

- Rauchstopp,
- krankheitsspezifische Bewegungstherapie (Lungensport) und
- Impfungen gegen Influenza und Pneumokokken (denn Infektionen tragen wesentlich dazu bei, dass sich die COPD verschlechtert).

Bei Husten, Atemnot, reduzierter Leistungsfähigkeit und gehäuft auftretenden Infekten sollten Patienten und Ärzte an COPD denken. Bei jedem Allgemeinarzt sollte es Standard sein, solche Beschwerden zu erfragen und die Patienten daraufhin zu untersuchen. Einen Basis-Lungenfunktionstest kann ebenfalls der Allgemeinarzt vornehmen. Eine qualitativ hochwertige Lungenfunktionsanalyse wird jedoch bei einem Lungenfacharzt (Pneumologe) durchgeführt, der auch die zielführende Behandlung einleitet.

Medikamente und ihre Möglichkeiten

Die Grundprinzipien der Medikamentenbehandlung der COPD sind eigentlich lange bekannt:

- Schon im 19. Jahrhundert wurden Patienten mit Anticholinergika behandelt,
- in den 1920er-Jahren kam Theophyllin hinzu,
- inhalierbare Kortisonpräparate stehen seit den 1950er-Jahren zur Verfügung
- und ab 1960 wurden inhalative Betamimetika in die Therapie eingeführt.

Diese Substanzen wurden stetig weiterentwickelt und verbessert:

- Langwirksame Substanzen (12 oder 24 Stunden wirkend) lösten kurzwirksame ab;
- Inhalationsgeräte wurden optimiert;
- Kombinationspräparate vereinfachten die Anwendung für den Patienten.

Nutzen und Risiko dieser Substanzgruppen sind heute gut bekannt; entsprechend kann abgewogen werden, für wen welche Präparate in Frage kommen. Keines dieser Medikamente verhindert allerdings das Fortschreiten der Erkrankung COPD - im besten Falle wird es verzögert. Und viele ganz neue Entwicklungssubstanzen haben sich doch nicht als wirksam genug entpuppt und es nicht bis in die tägliche Praxis geschafft. Trotz des Einsatzes aller verfügbaren Therapien werden manche Patienten daher ihre erheblichen Beschwerden nicht los. Dann bleiben nur noch Therapiemaßnahmen, die sonst nicht unbedingt als erste Wahl angesehen würden.

Überblähte Lungenbereiche entfernen

Eine dieser Techniken ist die endoskopische (siehe Kasten) Lungenvolumenreduktion. Dafür stehen heute mehrere Verfahren zur Verfügung. Bei COPD kommt es häufig zu einer Überblähung der Lunge, vor allem wenn ein ausgeprägtes Lungenemphysem vorliegt. In der Folge flacht das Zwerchfell ab und die Rippen nehmen eine stärker waagerechte Stellung ein als bei Gesunden. So kann die Atemmuskulatur schlechter arbeiten. Das verstärkt die Luftnot noch, die durch die COPD ohnehin besteht, und verringert die Belastbarkeit der Patienten zusätzlich. Wenn die belüfteten, aber nicht mehr am Gasaustausch beteiligten Emphysembereiche der Lunge verkleinert werden, ist ein ökonomischerer Einsatz der Atemmuskulatur möglich. Die Lungenbereiche, die noch intakt sind, können so das Blut bei jedem Atemzug mit mehr Sauerstoff versorgen.

Schon bald nach ihrer Entwicklung wurde über positive Effekte der endoskopischen Volumenreduktion berichtet: COPD-Patienten seien danach belastbarer, ihre Lebensqualität sei besser. Das führte dazu, dass rasch immer mehr Patienten behandelt wurden. Allerdings waren die Verfahren nicht in randomisierten (siehe Fachbegriffe) und kontrollierten Studien untersucht und bewertet worden. Dies war nicht zwingend vorgeschrieben, weil die Instrumente zur Volumenreduktion zu den Medizinprodukten zählen, für deren Zulassung nicht so strenge Regeln gelten. Die Zulassung erfolgt rein auf der Basis technischer Kennzahlen für das Medizinprodukt - dass dieses für die Patienten medizinisch wirksam ist, muss nicht nachgewiesen werden. Erst mit der letzten Neufassung (Novelle) des Medizinproduktegesetzes 2012 wurde zumindest eine Überwachung der Nebenwirkungen solcher Produkte verbindlich. Anders als beispielsweise in den USA finanzieren die Krankenkassen in Deutschland solche neuen Verfahren auch dann, wenn es noch keinen wissenschaftlichen Nachweis für ihre Wirksamkeit gibt.

Fachbegriffe – einfach erklärt

endoskopische Operation (auch Schlüssellochchirurgie genannt): Die Operationsinstrumente sowie eine winzige Videokamera werden durch einen kleinen Schnitt in den Körper eingeführt. Der Chirurg sieht das Operationsgebiet dabei nicht direkt, sondern über das Videobild auf einem Monitor. Der Vorteil: Es gibt keine große Wunde; die Patienten erholen sich häufig schneller von dem Eingriff.

randomisierte Studie: Die Patienten werden nach dem Zufallsprinzip einer von zwei Gruppen zugeteilt. Eine davon erhält eine neu entwickelte Behandlung, die andere Gruppe wird nach einem bewährten Verfahren behandelt. So kann direkt verglichen werden, ob die neue Therapie besser wirkt.

Nur ganz bestimmte Patienten profitieren

Das hat sich inzwischen geändert. In den letzten Jahren wurden wissenschaftlich anerkannte Studien zu den unterschiedlichen Verfahren veröffentlicht. Die erzielten Ergebnisse erinnern an Medizinprodukte aus anderen Therapiegebieten, wie beispielsweise in der Herzchirurgie: Es gibt Patienten, die von der endoskopischen Volumenreduktion profitieren. Bei einigen Patienten nehmen die Beschwerden deutlich ab, die Lebensqualität wird besser. Die Mehrzahl der Patienten hat jedoch nichts davon. Und da die Methode nicht nebenwirkungsfrei ist, kann sie ihnen sogar schaden. Es sind nämlich auch erhebliche Komplikationen zu beobachten: Austritt von Luft in den Brustfellraum (Pneumothorax) oder Lungenentzündungen. Dies steht im Widerspruch zu den hohen Erwartungen an dieses neue Verfahren, die vor allem im Internet und in Patientenforen geweckt werden. Die endoskopische Lungenreduktion hat also ihr Potenzial - doch ob sie für einen bestimmten Patienten in Frage kommt, sollte im Rahmen einer Beratung durch einen in diesem Anwendungsgebiet erfahrenen Facharzt geklärt werden. ■

Der Autor:
Prof. Dr. med. Tobias Welte ist Direktor der Pneumologischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover.

Was tun bei der Aufhebung eines Bewilligungsbescheides zur Versorgung mit Flüssigsauerstoff und Umstellung auf ein Homefill-System zur Sauerstoff-Langzeittherapie

Aktuell erhalten Versicherte, die im Rahmen ihrer Sauerstoff-Langzeittherapie mit Flüssigsauerstoff versorgt werden, von Ihrer Krankenkasse (Bundes-Knappschaft) Post. Darin werden sie über die Aufhebung ihres Bewilligungsbescheides zur Versorgung mit Flüssigsauerstoff informiert. Konkret geht es um die Ankündigung der Umstellung der bisherigen mobilen Versorgung auf ein Homefill-System mit zusätzlichen Gasdruckflaschen. Damit würde für diese Betroffenen bei einer Weiterverordnung der Langzeit-Sauerstoff-Therapie künftig die Versorgung mit Flüssigsauerstoff, selbst bei Flowraten bis zu 5 Liter/Minute, gestrichen.

von Jürgen Frischmann

Die Umstellung auf das neue Homefill-System mit Druckgas-Leichtflaschen aus Aluminium begründet die Krankenkasse in Ihrem Aufhebungsbescheid wie folgt:

- Im Bereich der Sauerstoff-Konzentratoren stünden jetzt moderne Geräte zur Verfügung, die besonders leistungsstark, stromsparend und zudem geräuscharm seien.
- Diese Geräte sind mit Laufrollen ausgestattet und für den Transport im PKW zugelassen, was eine Nutzung des Gerätes auch außerhalb der häuslichen Umgebung zulässt, z.B. bei Reisen, sobald ein Stromanschluss zur Verfügung steht.
- Zur Versorgung stehen mobile Druckgas-Leichtflaschen aus Aluminium zur Verfügung, die deutlich leichter als die bisherigen Sauerstoffflaschen sind und mit dem Gewicht der mobilen Flüssigsatelliten vergleichbar sind.
- Mobilen Patienten wird ein stationärer Sauerstoff-Konzentrator angeboten, mit dem sie zu Hause, angeblich unkompliziert, mobile Druckgasflaschen selbst auffüllen können. Dies sei auch während des laufenden Betriebes der Sauerstoff-Konzentratoren möglich.

Gegen diesen Aufhebungsbescheid kann der Betroffene, wenn er mit dieser Umstellung nicht einverstanden ist, innerhalb eines Monats Widerspruch einlegen. Folgende Argumente sind dabei hilfreich:

- Der Schalldruckpegel der Geräte liegt bei ca. 37 dB und der Stromverbrauch bei 280 bis 300 Watt bei einer Flussrate von 3 Liter/Min. Der Konzentrator verbraucht ohne Kompressor im Jahr ca. 2.600 kW Strom und das ohne Wartung.
- Das erhebliche Gewicht des Konzentrators ohne Füllstation von ca. 19,5 kg und die Abmessungen (Tiefe 30,5 cm Breite, 38 cm einer Höhe von 58,5 cm) schränken seine Nutzung außerhalb der häuslichen Umgebung jedoch doch stark ein.
- Das Auffüllen der Druckgas-Leichtflaschen dauert 75 bis 125 Minuten und verhindert dadurch spontane Aktivitäten. Außerdem kommt es beim Befüllen zu einer zusätzlichen längeren Geräuschbelastung und zu einem Stromverbrauch von 175 W in der Stunde.
- Ein Wechsel der Sauerstoffversorgung ist nicht empfehlenswert, wenn die verordnete Sauerstoff- bereits bei 4- 5 Liter/Minute liegt, zumal dann, wenn mit einer weiteren Erhöhung der Flowrate zu rechnen ist. Hier muss mit einer erneuten Umstellung in absehbarer Zeit gerechnet werden.

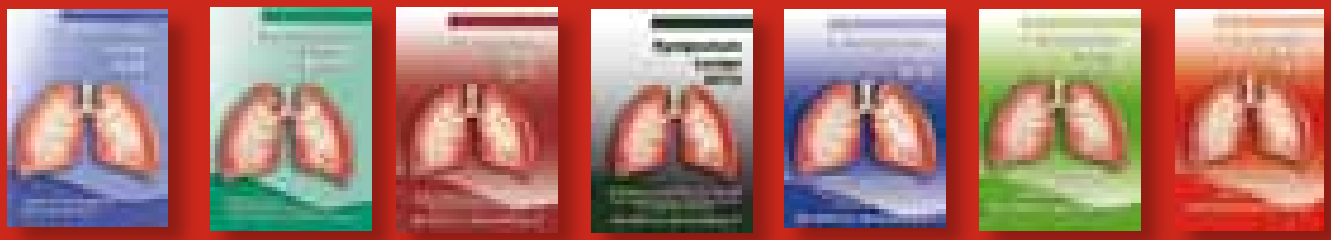
Beweggrund der Krankenkasse für die angestrebte Umstellung sind die Kosten für die Flüssigsauer-

stoffversorgung. Im Vordergrund sollte die optimale Versorgung der Patienten stehen und nicht die Kosten, daher ist diese Umstellung nicht zwingend erforderlich. Eine medizinische Versorgung muss zweckmäßig und ausreichend sein, dabei darf aber das Maß des Notwendigen nicht überschritten werden(§12 SGB V). Die Versorgung mit Flüssigsauerstoff entspricht dem allgemeinen Stand der heutigen medizinischen Erkenntnisse und erfüllt alle gesetzlichen Voraussetzungen.

Die Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. –DPLA wendet sich daher gegen diese angestrebte Umstellung aus Kostengründen. In diesem Zusammenhang unterstützen wir die Umfrage der Deutschen Sauerstoffliga LOT e.V. unter http://www.sauerstoffliga.de/home.php.

Nehmen Sie bitte an dieser Umfrage teil! Selbstverständlich können Sie uns auch eine E-Mail an info@pat-liga.de senden oder uns unter Telefon 06133-3543 anrufen. ■

Der Autor:
Jürgen Frischmann
ist stellvertretender Vorsitzender der DPLA



Die DVDs zu den Symposien-Lunge 2008, 2009, 2011, 2012, 2013, 2014 und 2015 (ab Ende November) können beim COPD-Deutschland e.V. bestellt werden.

Auf den von einem professionellen Filmteam erstellten DVDs sind alle Referate in voller Länge festgehalten.
Desweiteren gibt es einen Einleitungsfilm mit Eindrücken und Interviews zur Veranstaltung.
Die Gesamtspieldauer jeder Double Layer DVD beträgt zwischen 220 und 330 Minuten.

Bestellungen bitte unter: verein@copd-deutschland.de oder der Faxnummer: 02324 - 68 76 82

Bitte teilen Sie uns **unbedingt Ihre komplette Lieferanschrift** sowie Informationen darüber mit, welche DVD Ausgaben Sie bestellen möchten. Der Name muss identisch mit dem auf dem Überweisungsträger sein, anderenfalls ist eine eindeutige Zuordnung nicht möglich.

Überweisen Sie den Betrag in Höhe von 7,00 € **je DVD** (Versandkosten sind in dem Betrag enthalten) auf folgendes Konto:

Volksbank Rhein-Ruhr
Kontoinhaber COPD-Deutschland e.V.
Kontonummer DE54350603867101370002 ▪ Bankleitzahl GENODED1VRR
Verwendungszweck: DVD Symposium und Ihr Vor- und Zuname

Eine Bezahlung ist ausschließlich mittels Überweisung auf oben genanntes Konto möglich.
Nachdem die Zahlung auf dem Konto des COPD-Deutschland e.V gebucht wurde, werden die DVDs versendet.

Neue Ansätze in der Behandlung des fortgeschrittenen Lungenemphysems

Zur Lungenfunktionsverbesserung mit Coils

Das Lungenemphysem ist eine schwere, chronische Atemwegserkrankung und kommt häufig im Verlauf der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) vor. Beim Emphysem verliert die Lunge ihre natürliche Elastizität, die kleinen Atemwege (Bronchiolen) fallen zusammen. Es kommt zum Einschluss von Luft durch unvollständige Ausatmung in den kleinen Lungenbläschen (Alveolen). Manche platzen schließlich und bilden größere funktionsuntüchtige Blasen. Eine Überblähung der Lunge ist die Folge. Emphysem-Patienten leiden unter Kurzatmigkeit sowie Atemnot, die anfangs nur bei Belastung und später beim Fortschreiten auch in Ruhe auftritt.

Dr. Stanzel

Zur Behandlung der Symptome des schweren Lungenemphysems werden heute zunehmend minimalinvasive, endoskopische Verfahren angewandt. Dabei werden entweder Ventile oder Spiralen, sogenannte Coils eingesetzt. Die Ventile schließen sich beim Einatmen und das Einströmen von Luft in die erkrankten und aufgeblähten Emphysemblasen wird verhindert. Umgekehrt ist dies beim Ausatmen. Durch Öffnung der Ventilklappen wird ein Abatmen ermöglicht mit dem Ziel, das krankhaft erhöhte Lungenvolumen zu verringern. Anders ist es bei den Coils. Die Behandlung mit Coils zielt hauptsächlich auf eine Verbesserung der Elastizität des erkrankten Lungengewebes ab. Coils erhöhen die Gewebespannung, um damit die kleinen Atemwege offen zu halten und so die Atmung besonders unter Belastung zu erleichtern.

Über die Behandlung des Lungenemphysems durch den Einsatz von Coils (RePneu® von PneumRx) sprachen wir mit Herrn Dr. med. Franz Stanzel, Chefarzt der Lungenklinik Hemer, sowie seiner Patientin, Frau Karin F., 65 Jahre alt. Ihr wurden vor etwa einem Jahr Coils eingesetzt.

Frau F., wie sind Sie auf diese Behandlung des Lungenemphysems aufmerksam geworden?

Karin F.: Wegen meiner COPD mit Emphysem war ich zur stationären Rehabilitation in der Klinik in Todtmoos. Dort wurde ich über mögliche Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt. Wieder zu Hause habe ich mich auch im Internet informiert. Damals ging es mir trotz meiner Medikamente sehr schlecht. Meine tägliche Belastbarkeit wurde immer geringer und meine Lebensqualität nahm noch mehr ab. Ich hatte damals eine sehr schlechte Lungenfunktion. Mein Einsekundenwert (FEV1) lag nur noch bei 28 Prozent vom Sollwert, das ist sehr wenig. Fast alle drei Monate hatte ich dann noch schlimme Atemwegsinfekte.

Herr Dr. Stanzel, wie läuft diese Behandlungsmethode ab?

Dr. Stanzel: Bei der Behandlung mit Coils werden kleine Metallspiralen in gestreckter Form durch ein Bronchoskop, letztlich einem elastischen Schlauch mit Lichtquelle und Optikunter Durchleuchtungskontrolle, durch die Luftröhre und über die Bronchien bis ins Zielgebiet des zu behandelnden Lungenlappens vorgeschoben. Jede Coil ist zunächst ein gerader Draht mit einer Länge von 100 – 150 mm, der in einer Hülle steckt. Zieht man diese nach Platzierung in dem betroffenen Lungengebiet zurück, nimmt der Draht sehr schnell seine ursprüngliche Spiralform an. Dadurch werden Bronchien und erkranktes, nicht mehr funktionsfähiges Lungengewebe zusammengezogen. Es wird quasi Platz zum Wiederausdehnen für das noch vorhandene, aber durch die Emphysemblasen zusammengepresste (komprimierte) Lungengewebe geschaffen. Wenn sich dort die kleinen Lungenbläschen wieder entfalten und belüftet werden, erhöhen sie die aktive Lungenkapazität. Meist setzt man bis zu zehn dieser Spiralen an den vom Emphysem besonders betroffenen Stellen in einem Lungenlappen, überwiegend in den Oberlappen, ein. Der Eingriff kann eine halbe bis dreiviertel Stunde dauern. Wir führen die Behandlung gerne in Vollnarkose durch, weil dann auch die Atmung unterstützt wird und der Patient nicht hustet. Man kann den Eingriff aber auch nur unter Schmerzausschaltung und allgemeiner Ruhigstellung durchführen.

Frau F., was hat Sie dazu bewogen, sich der Behandlung mit Coils zu unterziehen?

Karin F.: Ich hatte damals über längere Zeit einen massiven Leistungsabfall. Mein allgemeiner Zustand verschlechterte sich stark, daher habe ich auch im Internet nach einer Klinik gesucht, die eine entsprechende Therapie durchführt. So kam ich auf die Lungenklinik Hemer, die für mich am

günstigsten lag. Es war mir wichtig, eine Behandlung zu erhalten, die meine zunehmende Krankheitsverschlechterung möglichst aufhält. Immer häufiger hatte ich Infekte. Ich hatte auch die Hoffnung auf eine Besserung meiner Krankheit und überhaupt lebe ich sehr gerne!

Herr Dr. Stanzel, welche Voruntersuchungen sind notwendig und warum haben Sie sich bei Frau F. für diese Behandlungsform entschieden?

Dr. Stanzel: Man muss erst einmal erkennen, wie groß der Anteil des durch das Emphysem zerstörten Lungengewebes ist. Hierzu werden u.a. Lungenfunktionsuntersuchungen durchgeführt und im hochauflösenden Computertomogramm (CT) das Emphysem in seiner Verteilung auf einzelne Lungenbereiche und in seiner Ausdehnung bestimmt. Die Befunde zeigen dann den Grad der Funktionseinschränkungen der Lunge und die noch mögliche Belastbarkeit des betroffenen Patienten. Diese Untersuchungen sind die Voraussetzung für die Entscheidung zu einer Therapie mit Coils. Allgemein kommen hierfür nur Patienten mit schwerer bis sehr schwerer COPD und Emphysem, also dem sogenannten GOLD-Stadium III und IV in Betracht. Bei ihnen besteht eine starke Einschränkung der Lungenfunktion. Besonders muss untersucht werden, ob es Verbindungen zwischen benachbarten Lungenlappen gibt, durch die dann Luft von einem Bereich in den anderen strömen kann (kollaterale Ventilation). Wenn dies der Fall ist, kommen Ventile nicht in Frage. Hier setzen wir Coils ein. Bei Frau F. war dies der Fall und wir haben uns für dieses Vorgehen bei ihr entschieden.

Frau F., wie haben Sie gespürt, dass der Eingriff erfolgreich war?

Karin F: Also diesen Augenblick werde ich so schnell nicht mehr vergessen. Denn meine Finger und die Fingernägel waren vor dem Eingriff meist bläulich. Auch bei den Innenflächen meiner Hände war dies der Fall. Als ich aus der Narkose erwachte und meine Handflächen sah, waren die wieder ganz normal. Das war toll! Da wurde mir klar, der Eingriff hat geholfen. Später habe ich viele Verbesserungen im Alltag gespürt. Zum Beispiel konnte ich vor den Coils Kartoffeln und Gemüse nur noch auf den Ellbogen aufgestützt schälen – und danach ging das wieder normal. Und einen Infekt habe ich jetzt schon seit über einem Jahr nicht mehr, also seit dem Eingriff! Ich fühle mich wieder leistungsfähiger. Man muss natürlich auch selbst dazu beitragen. Ich mache jetzt täglich mein Atemtraining und einmal in der Woche gehe ich zum Lungensport. Ich bin jetzt viel mehr draußen an der frischen Luft und rauchen werde ich niemals mehr!

Herr Dr. Stanzel, welche Verbesserungen sind nach Ihrer Erfahrung durch die Therapie mit Coils möglich?

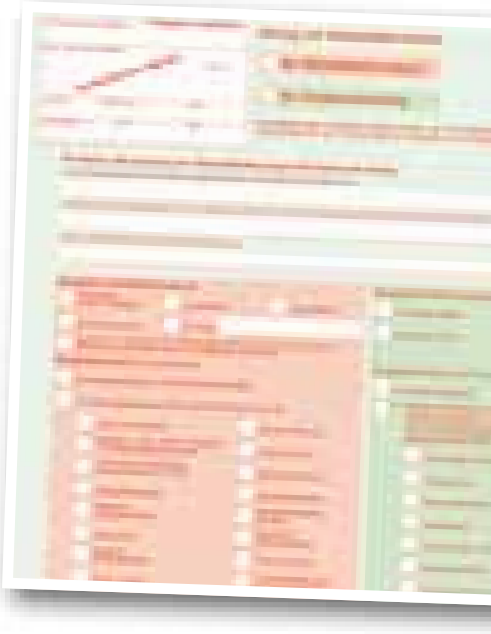
Dr. Stanzel: Der mögliche Haupteffekt ist die Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit und damit letztendlich auch eine aktivere Bewältigung von alltäglichen Verrichtungen. Schwerkranke Emphysempatienten belastet es besonders, dass sie im Alltag so stark eingeschränkt sind. Nach einer erfolgreichen Behandlung mit Coils können sie oft Dinge tun, die Ihnen vorher nicht mehr möglich waren, zum Beispiel: Treppensteigen, aus dem Keller etwas holen oder auch mal einen Gegenstand tragen – das geht dann wieder. Natürlich wirkt sich das dann auch stimulierend aus. Manchmal bewirkt dieser Eingriff auch dauerhaft weniger Infektionen. Wichtig für die angestrebte Lungenfunktionsverbesserung mit Coils ist, dass noch genügend funktionsfähiges Lungengewebe vorhanden ist. Dies wird anhand der CT-Untersuchung festgestellt. Sorgfältig untersucht, können geeignete Patienten durchaus profitieren. Der bronchoskopische Eingriff ist prinzipiell weniger belastend als eine chirurgische Lungenvolumenreduktion für einen schon geschwächten Körper. Bei den allermeisten Patienten treten beim Einsatz von Coils keine Nebenwirkungen und Komplikationen auf. Berichtet wurden allerdings Exazerbationen (plötzliche Verschlechterung) der COPD, Schmerzen, Lungenentzündung, eine milde Form von Bluthusten und Pneumothorax (Luft im Rippenfellraum).

Frau F., würden Sie sich erneut für eine Behandlung mit Coils entscheiden?

Karin F.: Ja! Ich hätte keine Angst mehr vor dem Eingriff. Schließlich ist auch mein Einsekundenwert von zuletzt 28 Prozent auf immerhin 36 Prozent von meinem Sollwert angestiegen. Für mich ist das eine ganze Menge. Das merke ich jeden Tag! ■

Lungensport – besser als jede Pille!

Stellen Sie sich vor, eine Tablette wäre in der Lage, die Sterblichkeit an Herz- und Gefäßkrankheiten um 20 Prozent zu senken, die Krebssterblichkeit um 15% und das Auftreten der Zuckerkrankheit um 25% zu mindern. Würde nicht jeder diese Tablette nehmen wollen?



von Dr. Rüdiger Bock

Alle diese Effekte sind belegt. Aber nicht für eine Tablette, sondern für mäßige, aber regelmäßige sportliche Betätigung. Das zeigt eine große Studie aus Taiwan mit über 400 000 Teilnehmern. Mit keinem Medikament lassen sich diese Erfolge erreichen!

Gerade Patienten mit Asthma oder COPD profitieren ganz besonders von ihrem sportlichen Engagement. Für Asthma konnte gezeigt werden, dass durch die Teilnahme am Lungensport sogar Krankenhausbehandlungen verhindert werden. Ebenso belegen zahlreiche Studien den enormen Nutzen, den Patienten mit COPD vom körperlichen Training haben.

Patienten mit Atemwegserkrankungen, die merken, dass körperliche Belastung zu vermehrter Luftnot führt, ziehen daraus nicht selten den falschen Schluss: „Dann muss ich eben Bewegung meiden, ich bin ja schließlich nicht mehr der/die Jüngste!" Und schon entsteht die verhängnisvolle Neigung, sich nur noch zu schonen. Wenn dann der körperliche Trainingszustand immer schlechter wird, ist das der Beginn eines Teufelskreises.

Wie komme ich zum Lungensport?

Meine Patienten frage ich regelmäßig, ob und wie sie sich sportlich betätigen. Ich bin dann überrascht, wie viele in irgendeiner Form bereits Sport betreiben oder sich zumindest regelmäßig bewegen. Eine große Zahl ist aber nicht aktiv. Gerade für Untrainierte bietet sich die Teilnahme am Lungensport an. Die Patienten erhalten von mir die Telefonnummer und Adresse einer Einrichtung, die Lungensport anbietet. Neben den Sportvereinen sind dies im Umfeld meiner Praxis auch verschiedene Physiotherapiepraxen. Ferner stelle ich eine Reha-Sport-Verordnung aus (siehe Abbildung). Mit diesem Formular suchen die Patienten dann die Lungensportgruppe auf.

Erfahrungsgemäß bieten Sportvereine gerne eine „Schnupperstunde" zu einem ersten Test an und halten damit die Schwelle zur sportlichen Betätigung niedrig. Interessierte können auf diese Weise sogar verschiedene Gruppen kennenlernen, bevor sie sich zur Teilnahme entscheiden. Wenn es soweit ist, muss das Formular, in dem die gewünschte Rehasportgruppe aufgeführt ist, der Krankenkasse vorgelegt werden. Sie prüft, ob es sich um eine anerkannte Rehasportgruppe handelt, deren Besuch die Kasse bezuschusst. Bei den Atemwegserkrankungen COPD und Asthma werden 120 Übungsstunden über einen Zeitraum von 3 Jahren gefördert, bei anderen Lungenkrankheiten sind dies 50 Stunden über 18 Monate.

Erfreulicherweise ist in Hamburg die Anzahl der Lungensportgruppen so groß, dass ich aus einem differenzierten Angebot wählen kann. Während leichter Erkrankte in einer ortsnahen Gruppe am Sport teilnehmen können, lasse ich schwerer Erkrankte zunächst physiotherapeutisch behandeln, um spezielle Atemtechniken wie z.B. die Lippenbremse zu vermitteln. Sehr schwer Erkrankte, wie Patienten mit einer zusätzlichen Langzeit-Sauerstoff-Therapie, können an den speziellen Rehabilitationssportgruppen wie im Haus der Atem-Reha teilnehmen.

Leider ist das Netz der Lungensportgruppen bislang noch nicht überall in Deutschland flächendeckend vorhanden. Eine aktuelle Übersicht über die bundesweit bestehenden Lungensportgruppen findet sich auf der Homepage der AG Lungensport in Deutschland e. V. unter www.lungensport.org. Hier können Interessenten auch gezielte Hilfe zum Aufbau neuer Lungensportgruppen erhalten.

Welche Effekte können Atemwegspatienten vom Lungensport erwarten?

- Die speziell ausgebildeten Fachübungsleiter wissen, wie die Atem- und Atemhilfsmuskulatur gestärkt und unterstützt werden kann.
- Die natürliche Reinigung der Atemwege wird verbessert.
- Das gezielte Herz-Kreislauf-Training steigert die Belastbarkeit im Alltag.
- Die Sauerstoffversorgung des Körpers wird verbessert und damit auch die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit.
- Der Patient gewinnt neues Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit.
- Die Infektanfälligkeit nimmt ab und akute Verschlechterungen der Krankheit werden seltener.
- Sport hat sogar einen antidepressiven Effekt, der Patient gewinnt neue Zuversicht.
- Die positiven Effekte der Gruppe helfen dabei, dass der wöchentliche Gang zum Lungensport leichter fällt.
- Neue Kontakte und Freundschaften zu ebenfalls Betroffenen verhelfen zu einer besseren Bewältigung der eigenen Erkrankung.
- Schließlich hilft Lungensport auch dabei, das Rauchen aufzugeben.

Wann kommt Lungensport nicht infrage?

Bei schweren Herzerkrankungen und unzureichend behandeltem Bluthochdruck ist die Teilnahme am Lungensport gezielt ärztlich abzuklären. Das gilt auch für Patienten mit akut behandlungsbedürftigen Lungenkrankheiten wie einer Lungenembolie, einer Lungenentzündung oder einer akuten Verschlechterung (Exazerbation) einer COPD oder eines Asthmas. In einem solchen Fall wird der Fachübungsleiter von der Teilnahme am Lungensport abraten, um eine Gefährdung zu vermeiden.

Welche „Langzeit-Nebenwirkungen" hat regelmäßiger Lungensport?

Um den Alltagsbelastungen besser gewachsen zu sein, treibe ich selbst ein- bis zweimal wöchentlich in einem Fitness-Studio Sport. Ich staunte nicht schlecht, als ich dort auf einige langjährige Lungensportler traf! Ich habe mich sehr darüber gefreut, dass die vom „Sport-Virus" -Infizierten sich nun auch an andere Herausforderungen herantrauen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass jeder Patient mit einer Atemwegskrankheit seinen Zustand wesentlich verbessern kann, indem er Lungensport treibt. In einer entsprechenden Sportgruppe wird man gezielt mit der richtigen Dosierung des Trainings und unter Berücksichtigung der Krankheitsschwere zur persönlichen Optimierung der eigenen körperlichen Belastbarkeit geführt. Lungensport ist – besonders für den weniger Trainierten – eine optimale Sportform. ■

Der Autor:
Dr. Rüdiger Bock
ist stellvertretender Vorsitzender der AG Lungensport in Deutschland e.V.

ANZEIGE

Lungensport und Sauerstofflangzeittherapie (LOT)

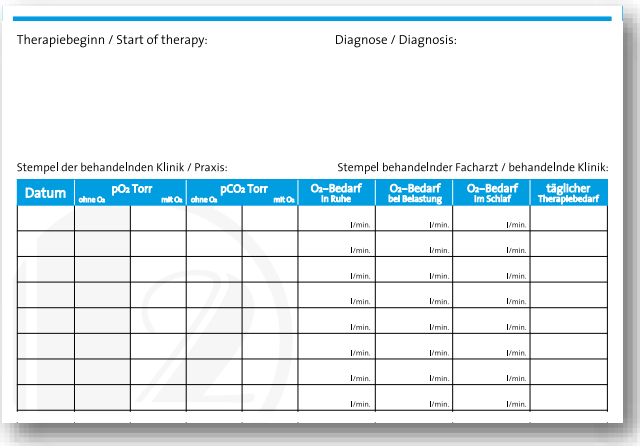
Viele Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie scheuen sich immer noch, am Lungensport teilzunehmen. Leider gibt es aber auch nach wie vor Lungensport-Übungsleiter, die aufgrund mangelnder Informationen keine Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie in ihre Gruppen aufnehmen.

von Michaela Frisch

Dabei profitiert gerade diese Patientengruppe vom entsprechend angeleiteten Lungensport. Für diese Patienten gibt es ja nur diesen einen Termin in der Woche - und vielleicht noch den monatlichen Gang zum Selbsthilfegruppentreffen -, an dem sie überhaupt aus dem Haus gehen.

Was sollten die Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie bei ihrer Teilnahme am Lungensport beachten?

- Das Mobilgerät bitte nicht nur mitbringen und in die Ecke stellen, sondern entsprechend der ärztlichen Anordnung in Bezug auf den Flow in Ruhe bzw. unter Belastung einstellen und damit einsetzen.
- Hierzu eignet sich der sogenannte Sauerstoffpass. In ihm kann der Arzt die entsprechenden Einstellungen eintragen - auch Änderungen, die nun mal im Verlauf der Erkrankungen vorkommen. Eine Kopie in der Dokumentation bzw. bei den Verordnungsunterlagen gibt sowohl dem Patienten als auch dem Übungsleiter Sicherheit. So erhält in einer Notfallsituation der hinzu gerufene Arzt wichtige Hinweise.



Therapiebeginn / Start of therapy: Diagnose / Diagnosis:

Stempel der behandelnden Klinik / Praxis: Stempel behandelnder Facharzt / behandelnde Klinik:

Datum	pO_2 Torr ohne O_2	pO_2 Torr mit O_2	pCO_2 Torr ohne O_2	pCO_2 Torr mit O_2	O_2-Bedarf in Ruhe	O_2-Bedarf bei Belastung	O_2-Bedarf im Schlaf	täglicher Therapiebedarf
					l/min.	l/min.	l/min.	
					l/min.	l/min.	l/min.	
					l/min.	l/min.	l/min.	
					l/min.	l/min.	l/min.	
					l/min.	l/min.	l/min.	
					l/min.	l/min.	l/min.	
					l/min.	l/min.	l/min.	
					l/min.	l/min.	l/min.	

Dokumentation-Pass für Sauerstoffpatienten

- Bei Flüssigsauerstoffgeräten: Das Gerät sollte immer ausreichend gefüllt sein, und noch eine Reserve vorhanden sein (z.B. für den Stau bei der Heimfahrt, die kurzfristige Entscheidung gemeinsam noch etwas trinken zu gehen oder einfach noch für einen kleinen Small-Talk nach dem Lungensport).
- Für mobile Konzentratoren ist es durchaus sinnvoll, das Ladekabel (sofern der Raum mit einer Steckdose ausgestattet ist) oder einen Ersatz-Akku mitzubringen.
- Für die Durchführung von Lungensport ist die Möglichkeit ein Mobilgerät vor Ort aufzutanken keine Voraussetzung. Aber vielleicht gibt es doch bei der einen oder anderen Gruppe die Möglichkeit - evtl. gegen eine kleine Gebühr. Also einfach mal nachfragen.

Bei verschiedenen Übungsleiter-Lehrgängen wird immer wieder angefragt, ob es sinnvoll ist, eine Gasdruckflasche für einen eventuellen Notfall vorrätig zu haben. Die Anwendung ist aber nur mit absoluter Vorsicht, eigentlich aber nur bei gleichzeitiger ärztli-

cher Überwachung durchzuführen. Denn bei zu hoher Sauerstoffzufuhr ist es ab einem gewissen Krankheitsstadium sehr wahrscheinlich, dass der Patient das Kohlendioxid nicht mehr abatmen und somit in eine CO2-Narkose fallen kann. Also dieses Vorgehen lieber dem Notarzt überlassen, der sein eigenes Sauerstoffgerät dabei hat.

Auch über den Einsatz von Pulsoximetern wird immer wieder diskutiert. Der Einsatz eines Pulsoximeters ist sicher zur Kontrolle sinnvoll, sollte aber nicht übertrieben werden. Da nicht jeder Patient ein eigenes Gerät besitzt oder mitbringt, sollte zumindest auch hier auf die entsprechende Hygiene und Reinigung geachtet werden.

Was sollte der Übungsleiter über die Sauerstofflangzeittherapie wissen, um sich sicher zu fühlen?

Dies beginnt sicher mit der Kenntnis zu den unterschiedlichen Geräten, mit denen eine Sauerstofflangzeittherapie durchgeführt werden kann. Die 3 Möglichkeiten bestehen aus Konzentrator (conc), Gasdruckflaschen (gox) oder Flüssigsauerstoff (lox). Aber auch im Rahmen der einzelnen Versorgungsarten gibt es noch einige Unterschiede zu beachten:

- Bei den mobilen Konzentratoren variiert die Flowmenge - die Geräte können also nicht einfach gegeneinander ausgetauscht bzw. die Einstellungen können auch nicht von Gerät zu Gerät übernommen werden. Zudem sind- bis auf vereinzelte Ausnahmen die Geräte nicht auf Dauerflow umzustellen. Viele Patienten brauchen aber gerade bei Belastung die längere Sauerstoffzufuhr, da sie nicht mehr durch die Nase, sondern durch den Mund atmen und somit das Ventil nicht mehr öffnen können. Also ist es immens wichtig, dass der Lungenfacharzt das jeweils verwendete Gerät und seine Einstellungen testet - und natürlich das Ergebnis an den Therapeuten weitergibt.
- Bei Gasdruckflaschen kann durchaus ein Sparventil verwendet werden. Aber auch darauf sollte der Patient unbedingt getestet werden.
- Für die Flüssigsauerstofftherapie gibt es natürlich auch verschiedene Geräte: Dauerflow-Geräte und getriggerte / atemzuggesteuerte, sogenannte Demand-Geräte. Neben der hier notwendigen Einstellung - siehe bereits bei den Konzentratoren - ist es aber auch wichtig zu wissen, dass die Flowangabe in Litern nicht 1:1 in die Flowangabe nach Stufen übertragen werden kann.

Und egal welche Versorgungsart ein Patient hat, die Überprüfung der jeweiligen Einstellung sollte einmal im Jahr durchgeführt werden, denn im Krankheitsverlauf kann es zu Veränderungen kommen.

Möglich wird die Sauerstofflangzeittherapie durch verschiedene Nasenbrillen. Vom Patienten wird erwartet, dass er sie tatsächlich benutzt. Dies kann aber nur erwartet werden, wenn der Steg der Nasenbrille gut passt. Nasenbrillen werden aus verschiedenen Materialien hergestellt, die individuell unterschiedlich gut vertragen werden. Einige müssen aber manchmal aus eigener Tasche bezahlt werden. Ganz wichtig ist auch hier die Beachtung und unbedingte Einhaltung der Hygienehinweise.

Viele Sauerstoffpatienten nutzen zum Transport ihres Mobilgerätes ein weiteres Hilfsmittel bzw. eine Tragehilfe. Neben Gürteltasche oder Rucksäcken für die etwas kleineren Geräte sind dies Caddys oder Trolleys oder Rollatoren. Und da kommen wir dann von all dem theoretischen Wissen zurück zum aktiven Part des Lungensports. Diese Mobilitätshilfen eignen sich nämlich hervorragend zum Alltagstraining oder für einen Alltagszirkel. Und so mancher Patient hat sich schon spielerisch davon überzeugen können, welche Erleichterung und Unterstützung bei den täglichen Alltagsbelastungen ein Rollator bringt.

Und deshalb, ob Arzt, Patient, Therapeut oder Übungsleiter: Fragen Sie doch mal Sauerstoffpatienten, die seit Jahren am Lungensport teilnehmen. Sie werden zur Antwort bekommen: „Ich möchte ihn nicht mehr missen - er macht Spaß, bietet soziale Kontakte, und der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen hilft bei der Krankheitsbewältigung."

Trauen Sie sich einfach - Lungensport und Sauerstofflangzeittherapie ist kein Widerspruch! ■

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.

Hilfe zur Selbsthilfe bei COPD und Asthma

Selbsthilfetechniken helfen Ihnen, Atemnot besser in den Griff zu bekommen, weniger schnell in Angst oder in Panik zu geraten und besser im Alltag zurecht zu kommen. Es sind dies vor allem die dosierte Lippenbremse, atemerleichternde Körperstellungen und Hustentechniken.

von Claudia Lorenz

- Wenn Ihnen die Luft wegbleibt und Sie deshalb in Angst und vielleicht sogar in Panik geraten,
- wenn Sie das Gefühl haben, um Ihren Brustkorb wird ein Gürtel immer enger geschnallt oder ein Stein liegt auf ihm,
- wenn ein befreiendes Durchatmen nicht mehr möglich ist,
- wenn Sie vor einer Treppe stehen und sich fragen, wie Sie, ohne völlig außer Atem zu kommen, nach oben gelangen können,
- wenn der Husten nicht mehr aufhören will,

... dann können Ihnen gezielt angewandte Selbsthilfetechniken sehr helfen!

Es lohnt sich also sehr, diese Techniken zu erlernen, denn sie schaffen Lebensqualität! Auch dann, wenn vor allem die Hustentechniken mit einigem Üben verbunden sind.

Die dosierte Lippenbremse

1. Die dosierte Lippenbremse

In einer Atemnotsituation bei Asthma und COPD sind die Atemwege verengt.

Auslöser bei Asthma können zum Beispiel Allergene (wie Pollen), Stress, körperliche Anstrengung oder Kaltluft sein. Die Folgen sind: Verengung der Atemwege, Schleimhautschwellung, Schleimbildung.

Auslöser der Atemnot bei COPD können zum Beispiel akute körperliche Belastung, Aufregung oder vermehrte Schleimbildung sein. Die Folgen sind: weniger offene Atemwege, festsitzender Schleim.

Die Enge in den Atemwegen macht sich hier vor allem bei der Ausatmung bemerkbar. Es kann zum Beispiel sein, dass Sie während der Ausatmung ein Geräusch ähnlich wie Pfeifen hören können. Bei Atemnot verbleibt vermehrt Luft in der Lunge, die während der normalen Ausatmung nicht herausgebracht werden kann. Um sich nun schneller aus der Atemnotsituation befreien zu können, ist eine Technik hilfreich, die dafür sorgt, dass die Atemwege während der Ausatmung quasi „geschient" und somit offen gehalten werden und damit mehr Luft aus der Lunge abgeatmet werden kann.

Diese Technik heißt dosierte Lippenbremse.

Zur Durchführung der Lippenbremse atmen Sie normal durch die Nase ein. Die darauf folgende Ausatmung erfolgt mit anfangs aufgeblähten Wangen und einem spürbaren Luftpolster zwischen Lippe und oberer Zahnreihe.

Lassen Sie alle Luft, die bei der Ausatmung strömen will, heraus, auch wenn die Ausatmung verlängert ist! Schon nach kurzer Zeit werden Sie eine Erleichterung spüren.

2. Atemerleichternde Körperstellungen

Haben Sie sich in einer Atemnotsituation schon einmal in einer der folgenden Körperstellungen wiedergefunden? Diese Körperhaltungen nennen sich atemerleichternde Körperstellungen.

In unserem Körper haben wir sogenannte Atemhilfsmuskeln. Sie verlaufen vom Kopf zu den Schultern oder Rippen. Wie der Name es schon vermuten lässt, helfen diese Muskeln beim Atmen. Sie unterstützen die Arbeit der Atemmuskulatur.

Zum Beispiel wird man beim Treppensteigen schneller kurzatmig, wenn man zusätzlich noch schwere Einkaufstaschen trägt. Stützen Sie beim Treppensteigen hingegen beide Hände in der Taille auf, kommen Sie mit wesentlich mehr Luft oben an als ohne Stütze.

Also:

- Stützen Sie in einer Atemnotsituation immer die Arme auf! Lassen Sie sie nicht hängen!
- Drücken Sie die Schultern hoch!
- Kombinieren Sie atemerleichternde Körperstellungen mit der dosierten Lippenbremse!

3. Atemwegserkrankungen und körperliche Aktivität

Wer rastet, der rostet!

Der menschliche Körper baut alles ab, was er nicht ständig benötigt. Das gilt für die Muskulatur genauso wie für die Leistungsfähigkeit unseres Herz-Kreislauf-Systems. Hören Sie auf, sich zu bewegen, baut der Körper immer mehr ab; selbst kurze Wege fallen dann schwer.

Wenn es Ihnen nicht gelingt, einen 15-minütigen Spaziergang zu machen, und Sie beginnen, solche Wege zu vermeiden, dann baut Ihr Körper Muskulatur ab. Schon bald werden Ihnen dann selbst geringere Anstrengungen (etwa der Weg vom Wohnzimmer zur Eingangstür) schwerfallen. Auch wenn die Lunge krank ist, gilt: Wenn Sie trainierte Muskeln haben, wird der Sauerstoff, den Ihre Lunge zur Verfügung stellt, optimal von den Muskeln verwertet. Sie sind leistungsfähiger.

Fangen Sie langsam und am besten unter professioneller Anleitung an, sich zu belasten. Steigern Sie Ihre Belastung zum Beispiel durch die Teilnahme an einer Lungensportgruppe.

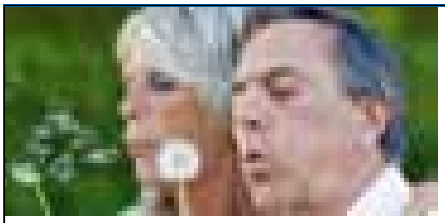
Für Menschen mit einer Lungenerkrankung sind folgende Sportarten bestens geeignet:

- Nordic Walking
- Fahrradfahren
- Schwimmen und Bewegung im Wasser (im Schwimmbad nur, sofern Sie Chlor vertragen)

Im Allgemeinen gilt:

- Hauptsache, Sie bleiben mobil.
- Machen Sie das, was Ihnen Spaß macht und was Ihnen gut tut, ohne sich zu überlasten.
- Steigern Sie sich langsam.

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

Zum Thema „Häusliches Training bei schwerer COPD" hat die Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen eine Broschüre herausgegeben. Sie können diese auf der Website **http://www.pat-liga.de/broschüren.html** herunterladen oder dort über das Bestellformular in gedruckter Form anfordern.

4. Hustentechniken

Wer an trockenem Reizhusten leidet oder an viel Schleim in der Lunge und diesen nicht herausbringt, kann Hustenanfälle bekommen. Sie sind schwer zu stoppen und können Schwindel, Schmerzen, Erbrechen, ja sogar völlige Erschöpfung zur Folge haben.

Gerade zum Erlernen der Hustentechniken brauchen Sie einige Zeit, bis diese auch bei Bedarf gut helfen!

Hustenbremse

Bei trockenem Husten (unproduktiver Husten, d.h. ohne Schleim) gilt es, den Hustenreiz so lange zu unterdrücken, wie es geht. Bei Schleimansammlung (produktivem Husten) in den Bronchien gilt es den Husten so lange zu unterdrücken, bis der Schleim sich möglichst in den oberen Atemwegen befindet. Es ist dann am Anfang der Ausatmung bei offenem Mund ein Brodeln zu hören, nicht in der Mitte oder am Ende der Ausatmung!

Versuchen Sie zunächst, etwas Warmes schlückchenweise zu trinken, und zwar vorzugsweise Tee, oder auch einen Bonbon zu lutschen, wenn Sie den ersten Hustenreiz, das erste Kitzeln im Hals spüren. Wenn dies keinen Erfolg bringt, wenden Sie die Hustentechniken an, die bei beiden Hustenarten gleich sind:

- Wenden Sie die dosierte Lippenbremse an oder atmen Sie sehr flach, um den Hustenreiz abzuwenden.
- Nutzen Sie die Hustenbremse: Pressen Sie ein Taschentuch mit der flachen Hand auf die Lippen und husten Sie gegen diesen Widerstand. Während des Hustens blähen sich dabei Ihre Wangen auf.

Zusammenfassend gilt:

- Geben Sie sich zum Erlernen dieser Techniken Zeit! Es dauert etwas, bis sie gut funktionieren, aber dann erleichtern sie Ihre Atmung - besonders im Falle einer akuten Atemnot - ungemein!
- Kombinieren Sie die dosierte Lippenbremse immer mit einer atemerleichternden Körperstellung!
- Bleiben Sie stets in Bewegung!
- Husten Sie mit Hilfe der Hustentechniken!
- Nutzen Sie die Selbsthilfetechniken NICHT als Ersatz Ihrer Medikamente, sondern immer nur zu deren Ergänzung! ■

Die Autorin:
Claudia Lorenz ist Physiotherapeutin in Wuppertal und leitet das Regionale Therapie-Zentrum an der Wupper.

Patientenbroschüre „Leichter atmen", Download unter http://www.teva.de/indikationsbereiche/atemwege/servicematerial.html („Atemübungen")

Lungensport abgelehnt? Widerspruch!

Nicht immer genehmigen die Krankenkassen einen Fortsetzungsantrag auf Lungensport. Doch mit guten Argumenten lohnt sich ein Widerspruch.

von Jürgen Frischmann

Dieses Muster-Widerspruchschreiben wurde von einem Betroffenen für die Leser der „Luftpost" erstellt. Die Nutzung erfolgt ohne Gewähr. Fehlende Angaben sind zu ergänzen und unzutreffende Angaben sind zu löschen.

Max Mustermann *Ort, den*
Straße und Hausnummer, PLZ und Wohnort

Zuständige Krankenkasse
Straße und Hausnummer oder Postfach, PLZ und Ort

Widerspruch gegen Ablehnung der weiteren Kostenübernahme für Lungensport
Ihr Zeichen / Ihr Schreiben vom

Sehr geehrte Damen und Herren,
mit diesem Schreiben lege ich Widerspruch gegen die Ablehnung meiner beantragten Kostenübernahme für weitere Übungseinheiten in der Lungensportgruppe ein und begründe die Notwendigkeit dieser Maßnahme über die bisher genehmigten Übungseinheiten hinaus wie folgt:

- Bei COPD verbessert Lungensport als präventive und rehabilitative Maßnahme die Symptomatik sowie die Lebensqualität.
- Die Effekte des körperlichen Trainings bei COPD sind durch mehrere kontrollierte Studien belegt.
- Mit dem körperlichen Training verbessert sich meine körperliche Belastbarkeit; Gehstrecke und Ausdauer werden dadurch gesteigert und krankheitsbedingte Symptome reduziert.
- Die Einbindung in eine Lungensportgruppe, das heißt in eine Gruppe gleichartig Erkrankter und der Aufbau neuer Kontakte stärken mein Vertrauen in die eigene Krankheitsbewältigung.

In diesem Zusammenhang verweise ich auf das Urteil vom 2. November 2010 des Bundessozialgerichtes (AZ. B 1 KR 8/10 R): „Ein behinderter Versicherter kann ärztlich verordneten, medizinisch notwendigen Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung von seiner Krankenkasse auch dann längerfristig beanspruchen, wenn er bezogen auf diesen Sport über besondere Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt".

Dies bedeutet: „dass das Gemeinschaftserlebnis, mit anderen vergleichbar Betroffenen Sportliches leisten zu können, in besonderer Weise rehabilitativ wirke". Die erwähnten Effekte und meine Ziele, die ich erreichen möchte sind außerhalb der Lungensportgruppe nicht durchführbar und umzusetzen. Unter Berücksichtigung meiner gesundheitlichen Allgemeinsituation bitte ich Sie, meinen Antrag erneut dahin zu prüfen, ob nicht doch eine Kostenübernahme für Lungensport aus den o.g. Gründen genehmigt werden kann.

Für Ihre Bemühungen im Voraus besten Dank.

Mit freundlichen Grüßen
Max Mustermann

Atmung und Bewegung bei COPD – was Ihnen im Alltag hilft!

von Kathrin Süss

Laut einer Umfrage der „APOTHEKEN Umschau" zum Thema „Was hindert Sie daran, häufiger körperlich aktiv zu sein?" ...

- gaben 29 % der Befragten an, zu bequem zu sein,
- 15 % meinten, ihr Gesundheitszustand erlaube ihnen keinen Sport und
- 14 % lehnten jegliche regelmäßige Bewegung ab, weil es keinen Spaß mache.

Hätten Sie das gewusst?

Gerade COPD-Patienten möchten sich verständlicherweise gerne schonen, um Atemnot zu vermeiden. Dies führt allerdings zu weiterem Muskelabbau und zunehmender Leistungsschwäche im Alltag. Daher ist es umso wichtiger, sich so oft wie möglich dosiert zu belasten und die eigenen krankheitsbedingten Grenzen zu kennen und auch zu respektieren. Manchmal nützt schon der „Trick", eine kurze Pause einzulegen, obwohl man das Gefühl hat, „es geht schon noch." Auch das Gehtempo ist entscheidend und muss unbedingt an die jeweilige aktuelle Atemsituation angepasst werden. Das Hauptproblem unter Belastung ist nämlich das weitere Überblähen der Lunge durch den auftretenden Bronchialkollaps; es bleibt dann zu viel Restluft in der Lunge zurück.

Die dosierte Lippenbremse

Eine ganz einfache Technik zur Verminderung des Bronchialkollaps ist die dosierte Lippenbremse. Atmen Sie dazu durch die Nase ein und lassen die Ausatemluft durch die locker aufeinander liegenden Lippen wieder ausströmen. Dies verlangsamt (bremst) die Ausatmung und stützt die Bronchien.

Falls die Wirkung der Lippenbremse nicht ausreicht, gibt es die Möglichkeit, durch Einsatz von abgeschnittenen Strohhalmen und Plastikspritzen die Ausatmung zu verbessern. Wichtig ist dabei, die richtige Länge und Größe der „Ausatemhilfen" für die jeweilige Belastungsart und Tagesform festzustellen. Dies sollte deshalb unter physiotherapeutischer Anleitung geschehen. Manche Patienten können dadurch wieder am Ergometertraining teilnehmen, ohne sich zu gefährden, oder sie sind in der Lage, längere Wegstrecken zu gehen.
Die Art des Trainings und der Bewegung sollten unbedingt an die Vorlieben des Patienten angepasst sein. Körperliche Bewegung sollte (auch) Freude machen und nicht (nur) als abzuspulende krankheitsbedingte Notwendigkeit empfunden werden.

Übungen mit Hanteln und Theraband

Für „Muckibuden-Typen" eignet sich das häusliche Training mit Wasserflaschen bzw. Hanteln:

- Bizepsübung: Stützen Sie den Ellenbogen auf einer weichen Unterlage auf. Beugen und strecken Sie den Unterarm mit den Gewichten; achten Sie dabei darauf, dass der Arm nicht ganz gestreckt wird.
- „Butterfly-reverse"-Übung: Sitzen Sie aufrecht, nehmen Sie die Gewichte und bringen Sie die Arme

© K Süss

© K Süss

in eine U-förmige Stellung (die Oberarme sind parallel zum Boden, die Unterarme zeigen zur Zimmerdecke). Drehen Sie nun die Arme nach außen, ohne sie dabei zu senken.

Das Theraband ist ebenfalls eine gute Hilfe:

- Beim Duschen oder Baden können Sie „Rückenschrubben" - das Band mit den Armen quer oder diagonal in beiden Richtungen über den Rücken ziehen.
- Vor dem Zubettgehen können Sie im Sitzen die Arme nach oben ausstrecken, das Band festhalten und den Rumpf abwechselnd zu beiden Seiten beugen. Anspannen und lösen, wenn die maximale Beugung erreicht ist.

Bewegungskunst aus Fernost

Auch Qi Gong aus der traditionellen chinesischen Medizin eignet sich hervorragend für Patienten mit fortgeschrittener COPD. Die Übungen können auch im Sitzen ausgeführt werden, haben eine ganzheitliche Wirkung und sind sehr vielseitig. Es gibt Übungen zur Entspannung, Meditation, Fingerfertigkeit, Schwungübungen zur allgemeinen Lockerung und vieles mehr. Auch aus dem Yoga kommen viele Übungen zur Dehnung der Gelenke und der Muskulatur sowie spezielle Atemübungen.

Die genannten Übungen müssen allerdings unter professioneller Anleitung erlernt werden, um sie wirklich gut und sicher zuhause anwenden zu können. Dies erfordert jedoch ein gewisses Durchhaltevermögen. Nur Übung macht den Meister! (Zu Qi Gong siehe auch den Artikel „Neue Trainingsmethoden der pneumologischen Rehabilitation" in der Luftpost-Ausgabe Herbst 2014.)

Viel mehr Spaß macht Bewegung in der Gruppe. Man kommt unter Leute, kann sich austauschen und hat einen festen Termin; dies hält den „inneren Schweinehund" kleiner. Qi Gong-Kurse gibt es mittlerweile bei fast allen Volkshochschulen und vielen Sportvereinen. Reden Sie mit dem Kursleiter, falls Sie Probleme mit dem Stehen haben. Man kann die Übungen auch sitzend ausführen.

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

© K. Süss

© K. Süss

Eine gute Möglichkeit, in ein Trainingsprogramm einzusteigen, ist der stationäre Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik.

In der Gruppe und im Alltag

Lungensport in der Gruppe kann Ihnen von Ihrem Arzt verordnet werden; die nächstgelegene Gruppe finden Sie unter www.lungensport.org. Aber auch für Patienten, die aus individuellen Gründen nicht an einer Gruppe teilnehmen können, besteht die Möglichkeit, bei ihrer Krankenkasse - falls vorhanden - Übungs-DVDs, etwa über Qi Gong, anzufordern.

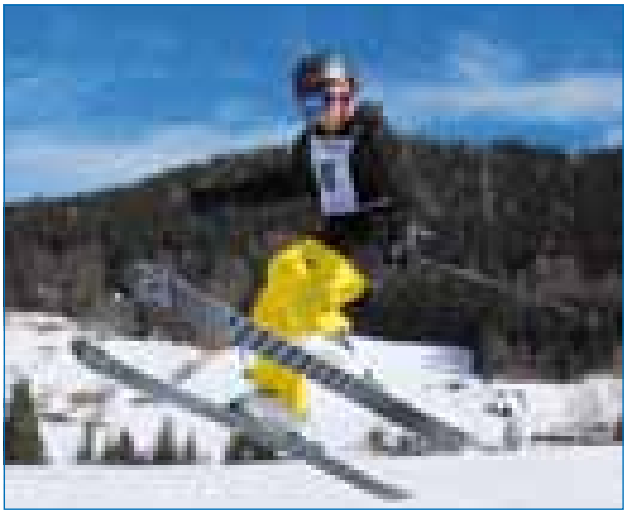
Im Bayerischen Fernsehen gibt es täglich um 7.40 und täglich außer dienstags um 8.35 Uhr die Sendung „Tele-Gym" mit unterschiedlichen Schwerpunkten (auf ARD-Alpha täglich um 6.00 Uhr).

Der Alltag bietet oft mehr Möglichkeiten für Bewegungseinheiten, als man denkt. Als Einstieg eignet sich die Anleitung durch erfahrene Physiotherapeuten. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt darüber. Eine Liste kompetenter Physiotherapeuten finden Sie bei der Atemwegsliga unter www.atemwegsliga.de, Broschüren und Hinweise zum Thema körperliches Training bei COPD finden Sie unter www.pat-liga.de. Wenn Sie anderen COPD-Patienten zeigen wollen, wie Sie Ihre regelmäßigen individuellen körperlichen Aktivitäten in Ihren Alltag eingebaut haben, senden Sie ein Bild an die Redaktion der „Luftpost", das Sie bei Ihren Übungen zeigt. Wir werden Ihre Aktivitäten in der nächsten „Luftpost" anderen Betroffenen zur Nachahmung empfehlen. ■

Die Autorin:
Kathrin Süss
leitet die Physiotherapie der Asklepios Fachkliniken München-Gauting.

Skispaß trotz Asthma

Kalte Luft ist zwar nicht ideal für Lungenkranke, aber Asthmatiker müssen deshalb nicht aufs Skifahren verzichten



In den Bergen ist jetzt Hochsaison auf den Pisten. Können auch Asthamtiker den Skispaß genießen? Dr. Gerd Schauerte, Pneumologe und Allergologe im CJD Berchtesgaden – Asthmazentrum meint ja: „Bei einer Skiabfahrt legen die meisten Skifahrer immer wieder kleine Pausen ein, und das ist genau der richtige Wechsel, der für Asthmatiker gut ist." Intervallartiger Sport mit zwischengeschalteten Erholungspausen schützt Asthmatiker vor einem Asthmaanfall.

Dennoch müssen Asthmatiker beim Wintersport einiges beachten, denn trocken-kalte Luft reizt die Atemwege erheblich. „Bei extrem niedrigen Temperaturen unter -10°C sollte man sich nicht gerade auf die Ski oder aufs Snowboard stellen", so Dr. Schauerte, der selbst als begeisterter Skifahrer oft mit asthmakranken Jugendlichen die Pisten unsicher macht. „Bei Wintersportarten mit einer höheren Ausdauerbelastung wie Langlauf oder Schneeschuhwandern ist bei den meisten Asthmatikern außerdem eine Prämedikation sinnvoll." Dabei schützt sich der Asthmatiker vor Beschwerden, indem er bereits vor dem Sport sein Asthmaspray inhaliert. „Im Spätwinter ab März muss man bei entsprechender Wetterlage auch schon mit Pollen von Frühblühern rechnen, die mit aufsteigender Luft aus den Tälern heraufgeweht werden", warnt der Pneumologe. Allergisch veranlagte Asthmatiker könnten das schon zu spüren bekommen. Doch der Nutzen von Sport für die Lungenkranken überwiegt die Risiken.

„Grundsätzlich sollte ein Asthmatiker kontinuierlich Sport treiben und sich fit halten – gerade auch im Winter -, um die Auslöseschwelle für Anstrengungsasthma möglichst hoch zu halten", erklärt Dr. Schauerte. ■

Pressemitteilung
CJD Berchtesgaden

ANZEIGE

Die E-Zigarette – geeignet zur Rauchentwöhnung?

E-Zigaretten werden immer beliebter. Sie werden als Mittel zur Raucherentwöhnung beworben. Experten fürchten jedoch, dass die E-Zigaretten eine Einstiegsdroge in den Tabakkonsum sind. Wir haben uns in der Fachliteratur nach Fakten umgesehen.

Von Prof. Dr. med. Dennis Nowak,
Dr. Rudolf A. Jörres und Dr. Tobias Rüther

Seit etwa 2008 werden E-Zigaretten frei verkauft. Zunächst wurden sie nur über das Internet vertrieben. Seit wenigen Jahren sind sie auch in Spezialgeschäften erhältlich. Experten sagen voraus, dass im Jahr 2020 jeder zehnte Glimmstängel eine E-Zigarette sein wird. Diese verbreiten sich also zusehends, zumal die Hersteller suggerieren, dass mit ihrer Hilfe ein „gesünderes Rauchen" möglich sei. Wobei „Rauchen" nicht stimmt, denn die Nutzer atmen Nikotin als Dampf ein.

Funktionsweise der E-Zigarette

Die E-Zigarette ist ein batteriebetriebenes elektronisches System, das einen Nikotindampf zur Einatmung freigibt. Dabei findet kein Verbrennungsprozess statt. Elektrische Zigaretten bestehen in der Regel aus folgenden Bestandteilen:

(1) Die Kartusche in einem Kunststoff-Mundstück enthält die Flüssigkeit („liquid"), die verdampft werden soll;
(2) Das Heizelement verdampft die Flüssigkeit.
(3) Die (meist wiederaufladbare) Batterie betreibt das Heizelement.
(4) Der Sensor aktiviert im Moment des Einatmens das Heizelement sowie ein LED-Signallicht, welches Glut simuliert.

Inhaltsstoffe

Die Liquids enthalten

- Vernebelungsmittel und Trägersubstanzen, etwa Propylenglykol, Glycerin und Wasser;
- teilweise Nikotin und andere medizinisch wirksame Stoffe;
- Duft- und Aromastoffe etwa für Menthol-, blumigen, fruchtigen oder Zigarettengeruch.

E-Raucher können eigene Liquids mischen. Es stehen sehr viele Substanzen zur Verfügung. Auch Potenzmittel und Appetitzügler wurden in den Liquids nachgewiesen. Die Angabe des Nikotingehalts auf den Kartuschen stimmt nur grob mit der tatsächlichen Menge überein. Außerdem schwankt die Freisetzung der verdampften Substanzen deutlich. Der Nutzer hat daher keine zuverlässige Information über die inhalierte Nikotindosis. Dies erschwert auch die Bewertung des Risikos.

Warum E-Zigaretten konsumiert werden

Befragungen zeigen, dass E-Zigaretten vor allem aus fünf Gründen genutzt werden. Diese sind:

- die Geschmackswahrnehmung,
- die Unterstützung durch Gleichgesinnte,
- das Zusammenstellen der Mischungen als Hobby
- Nikotinkonsum, ohne andere zu stören
- Nikotinkonsum ohne Tabakrauch.

Von knapp 6.000 befragten aktiven und Ex-Rauchern in Kanada, den USA, Großbritannien und Australien kannte fast jeder Zweite E-Zigaretten. Etwa 8 Prozent hatten sie ausprobiert, vor allem um sich das Tabakrauchen abzugewöhnen. Befragungen von Herstellern stützen diese Motivation: Drei Viertel der Teilnehmer gaben an, mehrere Wochen seit dem Konsum von E-Zigaretten keinen Tabak mehr zu rauchen. Fast genauso viele berichteten, sie hätten kein Suchtverlangen nach Tabak mehr. Im Durchschnitt hatten die Befragten seit zehn Monaten E-Zigaretten genutzt - deutlich länger als übliche Produkte der Tabakentwöhnung, beispielsweise Nikotin-Ersatzpräparate. Eine von uns durchgeführte Studie zeigte, dass bei Personen, die ausschließlich E-Zigaretten verwenden, die Abhängigkeit vom Nikotin deutlich geringer ist als bei Zigarettenrauchern. Jeder zweite Nutzer konsumiert demnach E-Zigaretten als Entwöhnungshilfe und fühlt sich gesünder, als beim Zigaretten rauchen.

Ein kleiner Anteil der Nutzer von E-Zigaretten hatte nie Tabak geraucht (je nach Umfrage zwischen 3 und 9 Prozent). Wie viele dieser Menschen später zu Tabakprodukten greifen und davon abhängig werden, ist bislang unbekannt.

Wirkung auf den Körper

Das mit E-Zigaretten inhalierte Nikotin geht langsamer ins Blut über als beim Rauchen konventioneller Zigaretten. Dementsprechend haben Tabakraucher häufiger das Verlangen nach einer Zigarette. Aus dem gleichen Grund ist die Suchtgefahr bei E-Zigaretten möglicherweise geringer. Ob auch die E-Zigarette zu einem „Kick" führt, dazu gibt es derzeit noch keine Daten. Jedoch führt das über sie aufgenommene Nikotin dazu, dass sich der Nutzer an geplante Handlungen besser erinnert und diese umsetzt, als nach dem Konsum von E-Zigaretten ohne Nikotin. Die Substanz gelangt also ins Gehirn, wenn sie über E-Zigaretten inhaliert wird.

Welche Wirkung der Gebrauch von E-Zigaretten auf die Atemwege hat, dazu gibt es bisher nur spärliche Daten. Diese deuten darauf hin, dass es zu einer geringfügigen Verengung der Atemwege kommen könnte. Allerdings sind hier noch genauere Untersuchungen erforderlich, auch was die Langzeitwirkung von E-Zigaretten angeht.

Wirksamkeit in der Raucherentwöhnung

Raucher sind nicht nur vom Nikotin als Substanz abhängig; auch ein psychischer Anteil trägt zu ihrer Sucht bei. Erste Studien weisen darauf hin, dass E-Zigaretten - selbst solche ohne Nikotin - das Suchtverlangen fast so stark wie konventionelle Zigaretten befriedigen. In dieser Hinsicht hätten sie theoretisch das Potenzial, als Entwöhnungsmittel gegen die psychischen Aspekte des Rauchens zu dienen. Beim Gebrauch nikotinhaltiger Liquids wird zusätzlich Nikotin zugeführt, ähnlich wie mit Pflastern oder anderen Entwöhnungsprodukten.

So bewertet die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP) die E-Zigaretten:

1. Die freie und völlig unregulierte Verkäuflichkeit von Verdampfungsprodukten einschließlich Nikotin in E-Zigaretten ist aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht nicht akzeptabel.

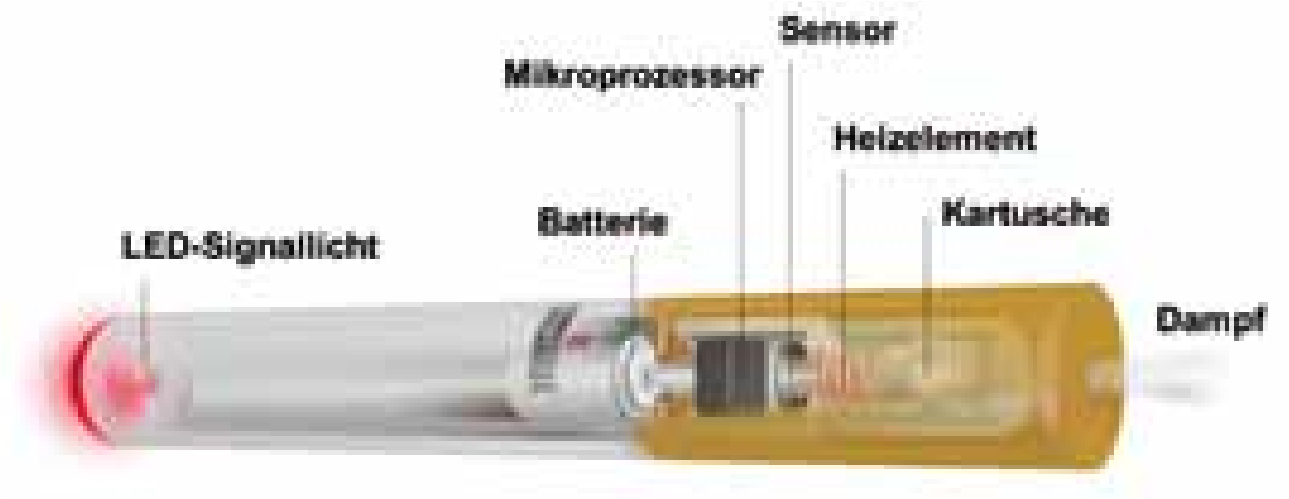
2. Die großen Erfolge, Tabak- und Nikotinkonsum als etwas Unnormales, unter medizinischen Gesichtspunkten Behandlungsbedürftiges zu sehen, werden durch die rasch fortschreitende Verbreitung von E-Zigaretten konterkariert. Es besteht die Gefahr, dass über eine zunehmende Akzeptanz von E-Zigaretten in der Gesellschaft auch das konventionelle Zigarettenrauchen wieder stärker toleriert werden könnte (...), mit deletären (schädlichen, d. Red.) gesundheitlichen Auswirkungen.

3. Auch wenn die Inhalation von E-Zigaretten-Dampf nach heutigem toxikologischem Wissensstand harmloser als die Inhalation konventionellen Zigarettenrauchs ist, sind Langzeiteffekte viel zu wenig bekannt, um hier aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht Entwarnung geben zu dürfen. Aktuelle Studien legen den Verdacht nahe, dass Nikotin auch kanzerogen (krebserregend. d. Red.) wirksam sein kann.

4. Auch wenn zahlreiche Fallberichte und bislang zwei (...) kontrollierte Studien nahelegen, dass E-Zigaretten eine Raucherentwöhnung unterstützen können, ist die Evidenz (Bestätigung, d. Red.) einer solchen Aussage gering bis sehr gering. Sie ist damit nicht im Entferntesten so valide (bewiesen, d. Red.) wie für qualitätsgesicherte (...) Entwöhnungsprogramme, die von der DGP nachdrücklich empfohlen werden. Entwöhnungswillige Raucher sind daher stets auf diese Programme hinzuweisen.

5. Durch Jugend-affine (auf Jugendliche zugeschnittene, d. Red.) Geschmacksrichtungen und auf diese Gruppe gerichtete Werbung wird eine Zielgruppe zu einem vermeintlich harmlosen Konsum stimuliert, wobei hiermit der Einstieg in das konventionelle Tabakrauchen möglicherweise gebahnt wird (...). Hierin sieht die DGP eine große Gefahr.

Quelle: Positionspapier der DGP, März 2015



Technisches Prinzip der E-Zigarette

nach Caponnetto P, Polosa R, Russo C, Leotta C, Campagna D: Successful smoking cessation with electronic cigarettes in smokers with a documented history of recurring relapses: a case series. J Med Case Rep 2011; 5: 585.

Wie wirksam E-Zigaretten in der Raucherentwöhnung sind, dazu liegen derzeit nur zwei gute Studien vor. Bei der einen schafften es 7 Prozent der Nutzer von E-Zigaretten, mit dem Rauchen länger als ein halbes Jahr aufzuhören. Zum Vergleich erhielten andere Versuchsteilnehmer Nikotin-Pflaster - diese hatten eine Erfolgsquote von 6 Prozent. Von den Nutzern nikotinfreier E-Zigaretten hörten 4 Prozent auf zu rauchen. Die Autoren folgerten, dass nikotinhaltige und nikotinfreie E-Zigaretten als Entwöhnungsmittel den Nikotinpflastern zumindest vergleichbar sind. Die insgesamt geringe Erfolgsquote dürfte damit zu tun haben, dass es hier keine zusätzliche Unterstützung und Motivation der Versuchsteilnehmer gab.

In einer weiteren Studie wurde Rauchern, die nicht mit dem Tabakkonsum aufhören wollten, E-Zigaretten mit zwei unterschiedlichen Nikotingehalten ausgehändigt. Ein Teil erhielt nikotinfreie Liquids, ohne davon zu wissen. Alle Gruppen zeigten nach einem Jahr eine deutliche Reduktion des täglichen Konsums konventioneller Zigaretten. 9 Prozent der Studienteilnehmer hörten sogar auf zu rauchen. Beide Entwöhnungsstudien weisen also darauf hin, dass E-Zigaretten - unabhängig vom Nikotingehalt - einen gewissen Erfolg dabei haben können, den Tabakkonsum zu reduzieren oder Raucher sogar ganz davon zu entwöhnen. Umfangreichere Studien wären hier dringend erforderlich. Denn durch Zigarettenrauchen hervorgerufene Krankheiten wie Lungenkrebs, COPD und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind so häufig, dass alle vertretbaren Mittel vorurteilsfrei überprüft werden sollten. Auch internationale Experten haben vor kurzem darauf hingewiesen, dass zu wenig Gewissheit darüber besteht, ob sich E-Zigaretten zur Tabakentwöhnung eignen. Herzspezialisten aus den USA fordern ebenfalls Langzeituntersuchungen und empfehlen Ärzten, dass sie E-Zigaretten nur bis zu einem von vornherein festgelegten Stopptermin zur Entwöhnung gebrauchen.

Mögliche Schadstoffe

Nachdem in E-Zigaretten keine Substanzen verbrannt werden, dürfte der Dampf kaum krebserregende Stoffe enthalten. Auch Kohlenmonoxid wird kaum freigesetzt. Insgesamt stecken im Dampf von E-Zigaretten deutlich weniger Schadstoffe als in konventionellem Tabakrauch. Als Trägersubstanz für Nikotin und Aromastoffe dient vorwiegend das sogenannte Propylenglykol. Tierversuche legen nicht nahe, dass diese Substanz gesundheitlich bedenklich ist.

Wer den Dampf nicht aktiv, sondern zu Hause, in Bars, Restaurants oder am Arbeitsplatz passiv einatmet, nimmt ebenfalls deutlich geringere Mengen krebserregender Schadstoffmengen auf. Trotzdem sind im „Passivdampf" unter anderem Glykole, Aromastoffe und Nikotin nachweisbar. Wie weit das eine unzumutbare Belastung darstellt, muss noch

wissenschaftlich geklärt werden. Eine Belästigung können die freigesetzten Aromastoffe in jedem Fall darstellen. Auch das Bundesinstitut für Risikobewertung hat darauf hingewiesen, dass nicht im Detail bekannt sei, mit welchen Schadstoffen die Atemluft belastet wird. Zum Schutz der Verbraucher sollten E-Zigaretten deshalb in Nichtraucherbereichen herkömmlichen Tabakprodukten gleichgestellt werden.

Sorge der wissenschaftlichen Fachgesellschaften

Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) weist auf die mangelhafte wissenschaftliche Datenlage hin und bewertet E-Zigaretten als bedenklich, da Nikotin stark abhängig macht. E-Zigaretten ahmten echte Tabakprodukte in verharmlosender Form nach, und es sei davon auszugehen, dass sie insbesondere Kindern und Jugendlichen den Einstieg in den Nikotinkonsum erleichtern. Aufgrund des Nikotingehalts sei eine Regulierung als Arzneimittel angezeigt, so das DKFZ. Dies hat das Bundesverwaltungsgericht im November 2014 allerdings verneint. Nach seinem Urteil sind die Liquids nicht als Arzneimittel anzusehen, die E-Zigaretten gelten entsprechend auch nicht als Medizinprodukte. Auch viele wissenschaftliche Fachgesellschaften, vor allem die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, sehen die zunehmende Verbreitung und wohl auch zunehmende soziale Akzeptanz von E-Zigaretten mit großer Sorge.

Gänzlich ohne Regulierung werden E-Zigaretten jedoch nicht mehr lange erhältlich sein: Im Oktober 2013 hat das Europäische Parlament die Tabakrichtlinie verabschiedet, nach der auch für nikotinhaltige E-Zigaretten neue Bestimmungen in Kraft treten. Diese dürfen demnach höchstens 30 Milligramm Nikotin pro Milliliter Liquid enthalten, müssen Gesundheitswarnungen auf der Verpackung tragen und dürfen nur an Personen mit einem Mindestalter von 18 Jahren verkauft werden. Hersteller und Importeure müssen den zuständigen Behörden eine Liste aller Inhaltsstoffe mitteilen, die in dem Erzeugnis enthalten sind. Schließlich sollen elektrische Zigaretten denselben Beschränkungen der Werbung wie Tabakprodukte unterliegen. Die Richtlinie tritt erst dann in Kraft, wenn der Bundestag ein entsprechendes Gesetz verabschiedet. Das muss bis zum 20. Mai 2016 geschehen. E-Zigaretten mit nikotinfreien Liquids und solche, die als Entwöhnungshilfe beworben werden, sind von der Richtlinie nicht betroffen.

Was noch erforscht werden sollte

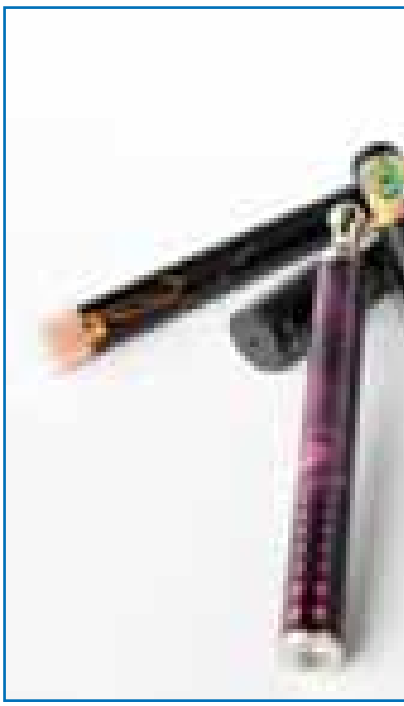
Damit belastbare Aussagen über E-Zigaretten möglich sind, brauchen wir noch weitere wissenschaftliche Untersuchungen. Die Bestandteile, vor allem Propylenglykol und die Aromastoffe, müssen genauer auf ihre mögliche Schädlichkeit hin erforscht werden. Darüber hinaus bedarf es weiterer Studien zu folgenden Fragestellungen:

- In welchem Ausmaß werden Nichtraucher, die E-Zigaretten konsumieren, zu Tabakrauchern? Gibt es besonders gefährdete Gruppen?
- Sind E-Zigaretten als Verfahren der Tabakentwöhnung auf lange Sicht wirklich genauso wirksam wie Medikamente?
- Können nikotinhaltige und nikotinfreie E-Zigaretten zur längerfristigen Tabakentwöhnung genutzt werden? Wer könnte besonders davon profitieren? ■

Die Autoren:
Prof. Dennis Nowak (Bild) leitet das Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Klinikum der LM Universität München.
Dr. Rudolf Jörres leitet dort die Arbeitsgruppe „Experimentelle Umweltmedizin".
Dr. Tobias Rüther ist Leiter der Tabakambulanz am Universitätsklinikum München.

© Klinikum LMU München

E-Zigaretten: Werbung verführt zum Konsum



Jeder zehnte Jugendliche zwischen 16 und 19 Jahren probiert E-Zigaretten aus. Das hat eine aktuelle Befragung des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) in Heidelberg gezeigt. Die Wissenschaftler erklären auch, warum: Die Werbung richtet sich nicht zuletzt an die Jugend.

von Dr. Hellmuth Nordwig

Eine neue Schrift des DKFZ dokumentiert, über welche Medien für die E-Zigaretten geworben wird: im Internet und im Fernsehen, aber auch auf Sportveranstaltungen, Volksfesten, in Tankstellen und direkt in den spezialisierten Läden. Teilweise wird dazu aufgerufen, E-Zigaretten auch dort zu konsumieren, wo das Rauchen verboten ist. Und diese Werbung wendet sich nicht nur an Erwachsene, sondern auch an Jugendliche.

Abbildungen von Früchten, bunte Packungen und „fantastische" Geschmacksrichtungen sollen nahelegen, dass E-Zigaretten harmlos seien. Oft sind sie ähnlich verpackt wie Süßigkeiten, andere sind knallbunt oder mit Strass besetzt. Werbesprüche wie „Shisha to go" für E-Zigaretten mit einem speziellen Mundstück fordern zum unkomplizierten Gebrauch für unterwegs auf. „Sorten wie ‚Tutti Frutti' oder ‚Schokolade' verführen Kinder und Jugendliche zum Ausprobieren von E-Zigaretten", sagt Dr. Martina Pötschke-Langer. Die Expertin ist im DKFZ für die Krebsprävention zuständig und hat diese Publikation herausgegeben.

© Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), N. Schuster

E-Zigaretten: Wirklich cool?

Die E-Zigarettenhersteller werben mit attraktiven jungen Frauen und Männern und zeigen diese in Situationen, die gerade für Jugendliche erstrebenswert erscheinen: auf Partys, im Abenteuerurlaub und beim Barbesuch mit Freunden. Die Hersteller nehmen mit möglichen neuen Konsumenten direkt auf Volks- und Musikfesten Kontakt auf - also auf Veranstaltungen, die vor allem bei Jugendlichen beliebt sind. Im Internet werden Jugendliche dazu angehalten, eigene Videos zum E-Zigarettenkonsum zu drehen und mit anderen online zu teilen. Dadurch wird ein Gemeinschafts- und Zusammengehörigkeitsgefühl aufgebaut.

Die Werbung für E-Zigaretten ist in Deutschland noch nicht geregelt. Das soll sich erst ändern, wenn die Tabakrichtlinie der EU in deutsches Recht umgesetzt wird (siehe den vorangestellten Artikel von Prof. Nowak). Im Frühjahr 2016 soll es soweit sein. Dann soll die Werbung (wenigstens für die nikotinhaltigen Varianten) ebenso eingeschränkt werden wie die für Tabak. Aber selbst danach wird es wei-

Die Veröffentlichung „Marketing für E-Zigaretten in Deutschland" ist 2014 in der Roten Reihe „Tabakprävention und Tabakkontrolle" des Deutschen Krebsforschungszentrums erschienen. Sie kann von dessen Website www.dkfz.de heruntergeladen werden.

© Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), N. Schuster

terhin möglich sein, mit großflächigen Plakaten, auf Festivals und am Verkaufsort zu werben - genau wie für Tabakprodukte. Es bleiben also ausreichend Möglichkeiten, gerade junge Menschen gezielt zu E-Zigaretten zu locken.

Krebsforscher: Werbung verbieten

Über die schädlichen gesundheitlichen Auswirkungen wird dabei nicht ausreichend informiert - denn Studien, in denen die E-Zigaretten schlecht abschneiden, werden in der Werbung natürlich nicht erwähnt. Für Dr. Martina Pötschke-Langer ist klar: „Für die öffentliche Gesundheit bergen E-Zigaretten ein deutliches Schadenspotenzial, da sie die bisherigen Erfolge der Tabakprävention bei Jugendlichen gefährden". Daher fordert das DKFZ eine strenge Regulierung auch für E-Zigaretten. Die Experten wollen unter anderem ein Verkaufsverbot an Jugendliche erreichen - und nicht zuletzt ein umfassendes Werbeverbot für E-Zigaretten wie bei den herkömmlichen Zigaretten. ■

Der Autor:
Dr. Hellmuth Nordwig
ist Redakteur
der „Luftpost".

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

Alle Therapiegeräte dieser Anzeige sind verordnungsfähig!

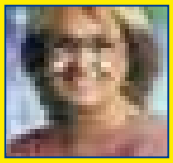
Sauerstoffversorgung
– Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

SimplyGo® nur 4,5 kg
Der kleinste mobile O2-Konzentrator mit Dauerflow bis 2 l/min
Mieten möglich!

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

Der Inogen One G3® nur 2,2 kg
Akkuleistung von 4h erweiterbar auf 8h, St. 2
Shop-Preis Inogen One G3 ab 2.975,00 €

Die Sauerstoffbrille - Oxy-View™
Versorgt Sie unauffällig durch die Brille mit Sauerstoff. Kann durch Ihren Optiker mit Diophtrin- bzw. Sonnenschutzgläsern versehen werden.
Shop-Preis 175,00 €



Inhalation

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

Schlafapnoe

FloXPAP®
Modulare Bauweise - Therapiewechsel per Software möglich, mit HEPA-Filter.
Extrem leise und druckstabil.

CPAP Maskenschlafkissen
35,50 €
mit 7 Schlafzonen
Schlafen ohne Druckstellen und Leckagen.
Optimale Kopf- und Nackenunterstützung.

Atemtherapiegeräte
In großer Auswahl z.B.:

GeloMuc®/ Quake®
PowerBreathe Medic®
Respi-Pro®/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 langsamen Zwerchfellatmung.

Finger-Pulsoxymeter
„Bärchen" für Kinder MD300C52 49,95 €
für Erwachsene z.B. M70 ab 39,95 €

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

Der Feind in der Luft

Er ist für das menschliche Auge unsichtbar und findet seinen Weg in alle Organe. Feinstaub gefährdet mehr Menschen als Zigarettenrauch. Endlich dringen Wissenschaftler mit ihren Warnungen durch.

von Dr. Andreas Fischer

März 2014, Feinstaubalarm im Zentrum Stuttgarts: Die Messstation „Am Neckartor" meldet zum 35. Mal, dass der Grenzwert überschritten wurde. Genau 35 Verstöße erlaubt die EU – pro Jahr. Bis Ende April wird die Zahl der Verstöße auf 51 steigen, danach ist Ruhe. Vorerst. „Feinstaub ist vor allem ein Problem in den Wintermonaten", sagt Ute Dauert vom Umweltbundesamt. Mit insgesamt 82 Tagen über dem gesetzlichen Grenzwert war die Messstation „Am Neckartor" schon 2013 Spitzenreiter in der Bundesrepublik. Dahinter rangieren Berlin-Neukölln, Leipzig und Halle.

Was kaum einer weiß: Selbst die zugelassenen Feinstaubmengen bedrohen schon die Gesundheit. „Rauchen und Alkohol sind zwar für den Einzelnen gefährlicher als Feinstaub", sagt Alexandra Schneider, „aber man kann frei entscheiden, ob man Zigaretten oder Alkohol konsumiert. Dem Feinstaub ist dagegen jeder Mensch ausgesetzt." Somit bestünde für jeden ein Erkrankungsrisiko durch Feinstaub. Schneider ist Meteorologin und Epidemiologin am Helmholtz Zentrum München und leitet dort die Arbeitsgruppe Environmental Risks am Institut für Epidemiologie II.

Feinstaub besteht aus Teilchen, die so klein sind, dass sie unsichtbar in der Luft schweben und nicht sofort zu Boden sinken. Einen Hundertstel Millimeter Durchmesser (10 µm) haben die größeren Partikel, PM10 genannt. Man könne sich zwar mit einer Atemmaske gegen Feinstaub schützen, die sei aber unangenehm zu tragen, sagt Schneider. Das größte Problem jedoch ist: Den meisten Menschen ist das Gesundheitsrisiko, dem sie sich jeden Tag aussetzen müssen, nicht bewusst.

Bei anderen Luftschadstoffen ist das anders. Weil immer mehr Menschen die Gefahren von Blei, Cadmium oder Schwefeldioxid erkannten und sie mitunter auch sehen oder riechen konnten, geriet die Politik unter Druck. Strengere Vorschriften für Kraftwerke, Industrieanlagen und Kraftfahrzeuge, verbunden mit neuen Filteranlagen und Katalysatoren, haben die Belastung der Luft seit 1990 deutlich verringert. Noch mehr Härte fordern Bürger und Wissenschaftler jetzt in Sachen Feinstaub – auch, weil das Risiko für Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen inzwischen wissenschaftlich abgesichert ist.

Zunächst beeinträchtigt Feinstaub die Atemwege. Tief in die Lunge eingedrungene Partikel können die Ausschüttung bestimmter Botenstoffe bewirken, die dann eine Entzündungsreaktion im Körper auslösen. Außerdem kann der Feinstaub Herzrhythmusstörungen auslösen: direkt oder indirekt über Entzündungen. Für 2012 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weltweit 3,7 Millionen Todesfälle durch Luftschadstoffe angegeben. Feinstaub war danach verantwortlich für 16 Prozent der Todesfälle durch Lungenkrebs, 11 Prozent der Todesfälle durch chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) sowie über 20 Prozent der Todesfälle durch Koronare Herzkrankheit und Schlaganfall. „In Europa verkürzt die Luftverschmutzung unsere Lebenserwartung um bis zu neun Monate", sagt Schneider. Die derzeitigen Grenzwerte seien nicht ausreichend, da zu hoch – und würden zudem noch ständig überschritten.

Damit aber nicht genug: Gerade in den Wintermonaten bringen östliche Winde viel Feinstaub aus Osteuropa mit sich.

Im Gegensatz zu den 35 erlaubten Überschreitungen des PM10-Tagesmittelwertes empfiehlt die WHO lediglich drei, um eine gesundheitliche Gefährdung auszuschließen. Ein Grenzwert, der selbst im ländlichen Raum kaum einzuhalten sei, sagt Ute Dauert, die beim Umweltbundesamt unter anderem für die Berichterstattung an die Europäische Kommission zuständig ist. „Die Grenzwerte sind Kompromisse zwischen gesundheitlicher Gefährdung und den Kosten für Minderungsmaßnahmen", sagt sie. Und doch will sie die WHO-Empfehlungen in die Öffentlichkeit tragen, um den Erwartungsdruck auf die Politik zu erhöhen. Das größte Problem in Sachen Feinstaub aber ist, dass es für die vermutlich gefährlichsten Staubteilchen bislang überhaupt keinen Grenzwert gibt: die sogenannten ultrafeinen Partikel – also solche mit einer Größe von weniger als einem Zehntausendstel Millimeter (0,1 µm). Sie gelangen mit der Atemluft in die Lunge und von dort über das Blut in jedes Organ. „Selbst im Gehirn wurden schon ultrafeine Partikel nachgewiesen", sagt Alexandra Schneider. „Sie könnten sogar am schädlichsten sein. Aber sie sind auch am schwierigsten zu messen, weshalb Routinemessungen und gesundheitsbezogene Studien weitgehend fehlen." So würde auch kein Grenzwert eingeführt.

Inzwischen beginnen Wissenschaftler und Bürger zu handeln. Eine Initiative in Stuttgart demonstrierte kürzlich für zeitweilige Fahrverbote. In Hamburg forderte der NABU (Naturschutzbund Deutschland) jahrelang einen Landstromanschluss für Kreuzfahrtschiffe, denn der Schiffsverkehr macht allein 17 Prozent der Feinstaubemissionen in der Hansestadt aus. Der Hamburger Senat schob die für 2012 vorgesehene Entscheidung vor sich her, doch mittlerweile ist der Landstromanschluss endlich im Bau. „Wir brauchen schärfere Emissionsanforderungen für PKW, Baumaschinen und Industrieanlagen", sagt Ute Dauert. Auch in der Landwirtschaft und im Schiffsverkehr müssten die Feinstaubemissionen gesenkt werden, ebenso bei Kaminen und Öfen, denn das private Heizen mit Holz hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Alles Maßnahmen, die richtig wehtun würden – und zwar nicht nur der Industrie.

Immerhin: Von 2015 an muss auch ein verbindlicher Grenzwert für Partikel von weniger als 2,5 µm Größe eingehalten werden – ein Anfang. Aber auch nicht mehr als das. ■

Der Autor:
Dr. Andreas Fischer
ist Chefredakteur der „Helmholtz Perspektiven", dem Forschungsmagazin der wissenschaftlichen Helmholtz-Gemeinschaft. Wir danken für die freundliche Genehmigung zum Nachdruck.

© Helmholtz-Gemeinschaft

ANZEIGE

Zählung der Atemzüge pro Minute (Atemfrequenzmessung)

Eine wichtige Untersuchung – nicht nur bei Lungenentzündungen

Atemfrequenzänderungen sind ein wichtiges Leitsymptom bei akuten Erkrankungen. Nicht nur bei der Lungenentzündung, sondern auch beim akutem Asthma bronchiale, bei der Lungenembolie oder bei ausgeprägter Herzschwäche ist es wichtig, die Atemfrequenz festzustellen.

Von Dr. med. Klaus Richter, Göttingen;
Priv.-Doz. Dr. med. Richard Strauß, Erlangen

Daraus folgt, dass jeder Patient mit deutlich vermehrten oder reduzierten Atemzügen pro Minute aufmerksam überwacht und die zugrunde liegende Ursache schnellstmöglich abgeklärt werden sollte. Die Anzahl der Atemzüge gibt Hinweise zur Schwere der Erkrankung und hilft das Risiko eines Patienten einzuschätzen. Sie ist damit sowohl für die Diagnosestellung, als auch für die Beurteilung des Ansprechens auf eine Behandlung wichtig. Dies belegen Untersuchungen von Patienten in Krankenhausnotaufnahmen, auf Krankenstationen und nach Operationen.

Messung der Atemhäufigkeit

Die Atemfrequenz wird bestimmt als Zahl der Atemzüge in Ruhe pro Minute. Der normale Ruhewert ist altersabhängig und liegt bei Erwachsenen zwischen 12 und 20 Atemzügen pro Minute (Einminuten-Wert).

Am einfachsten ist die Beobachtung der atmungsbedingten Bewegungen des mittleren Brustkorbes. Bei besonders flacher Atmung (oberflächlicher Atmung) wird die Atemhäufigkeit besser durch das Auflegen einer Hand auf den mittleren Brustkorb des Patienten "erfühlt" und dabei gezählt.

Während dieser Bestimmung sollte möglichst keine zusätzliche Sauerstoffzufuhr erfolgen. Bei schwerkranken Patienten ist die Atmung häufig unregelmäßig. Daher sollte die Anzahl der Atemzüge über mindestens 30 Sekunden gezählt und dann mit zwei multipliziert werden, um den Einminuten-Wert zu erhalten.

Da die Atmung oft auch willkürlich beeinflusst wird, sollte diese Zählung möglichst unauffällig erfolgen, z.B. bei einer Pulsmessung, bei der zeitgleich auch die Zahl der atmungsbedingten Bewegungen des Brustkorbes gezählt wird.

Ausgehend von unseren Erfahrungen fordern wir daher, dass diese Messung in Deutschland zumindest bei Patienten mit Lungenentzündungen, akutem Asthma, Lungenembolien und bei ausgeprägter Herzschwäche ebenso selbstverständlich erfolgen sollte wie die Bestimmung von Blutdruck und Puls. ■

Die Autoren:
Dr. med. Klaus Richter,
Göttingen;
Priv.-Doz. Dr. med.
Richard Strauß,
Erlangen *(Bild)*

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)

Einladung nach Berlin

© Berlin Partner / FTB-Werbefotografie

BERLIN. Unter dem Motto „Gemeinsam für den Patienten" findet vom 18. bis zum 21. März 2015 in Berlin der Jahreskongress der DGP e.V. statt.

„Mit dem hippokratischen Eid ist es Ärztinnen und Ärzten Verpflichtung und inneres Anliegen, für das Wohl der Patienten zu arbeiten und zu forschen". Diesen Zielen wollen sich die Lungenfachärzte auf ihrem diesjährigen Jahreskongress in Berlin besonders widmen, so Prof. Dr. Tobias Welte als Präsident dieser Fachgesellschaft, von der Medizinischen Hochschule in Hannover. Als satzungsgemäßer Nachfolger wird der bisherige Vizepräsident Prof. Dr. Berthold Jany von der Missio-Klinik in Würzburg für die nächsten zwei Jahre die DGP e.V. als Präsident führen.

Erkrankungen der Bronchien und der Lunge betreffen jedes Jahr Millionen Patienten in Deutschland: Allergien, COPD und Asthma gehören zu den großen Volkskrankheiten. Aber auch andere Lungen- und Atemwegserkrankungen, wie Bronchitis, Lungenentzündungen, Tuberkulose, schlafbezogene Atemstörungen, Bindegewebserkrankungen der Lunge, Lungenhochdruck , Lungenembolien, arbeits- und umweltbezogene Lungenerkrankungen, Mukoviszidose und weitere im Kindesalter wichtige Atemwegserkrankungen werden auf diesem Kongress wissenschaftlich beleuchtet und ihre Diagnostik und Therapie diskutiert. „Eine verbesserte Kommunikation zu den anderen medizinischen Fachgebieten hat zunehmende Bedeutung", so Prof. Welte. Eine Ausstellung zeigt „Kooperationsmodelle im Spannungsfeld von Praxis und Klinik und die sektorenübergreifende Versorgung der Patienten", so der Tagungspräsident Prof. Dr. Bauer von der Lungenklinik Heckeshorn in Berlin Zehlendorf.

Ein besonderer Höhepunkt ist diesmal wieder die Verleihung von fünf Preisen am 19. März, darunter zwei Forschungspreise der Fachgesellschaft und der Journalistenpreis der Deutschen Lungenstiftung für herausragende Publikationen. Im Untergeschoss haben auch die Selbsthilfeorganisationen der Patienten die Möglichkeit über ihre vielfältigen Angebote zu informieren. Neben den wissenschaftlichen Veranstaltungen werden parallel in der großen Industrieausstellung weitere Informationen angeboten.

Weitergehende Infos zum Kongress:
www.dgp-kongress.de ■

Nach Informationen der DGP Pressestelle 2015

Liebe Leserinnen und Leser der „Luftpost",

„wenn jemand eine Reise tut, so kann er was erzählen", hat schon Matthias Claudius geschrieben (der Autor des berühmten Liedtextes „Der Mond ist aufgegangen"). Mir fällt dabei immer eine Reise nach Asien ein, die ich mit Mitte 20 unternommen habe - drei Jahrzehnte ist das jetzt her. Ein Erlebnis hat sich mir unauslöschlich eingebrannt: Meine Frau und ich fuhren im Bus nach Tibet, das damals erstmals wieder für Individualtouristen offen stand. In einer unvergleichlichen, sehr kargen Landschaft schraubte sich unser Vehikel eine Kehre um die andere immer weiter nach oben - bis auf einen Pass in 5.500 Metern Höhe. Dort habe ich selbst erlebt und gefühlt, wie es ist, nicht genug Luft zu bekommen. Das habe ich bis heute nicht vergessen! Alles andere um mich herum habe ich nur noch wie durch einen Schleier wahrgenommen. Endlich ging es weiter ins Tal - und irgendwann konnte ich wieder angstfrei atmen. Daran musste ich denken, als ich angesprochen wurde, redaktionell für die „Luftpost" zu arbeiten. Als Chemiker und Wissenschaftsjournalist verstehe ich mich vor allem darauf, komplexe Themen klar und verständlich darzustellen. Dies leiste ich seit vielen Jahren zum Beispiel in mehreren öffentlich-rechtlichen Radiosendern, im Internet und in anderen Medien. Gerne will ich dabei sein, wenn die „Luftpost" Ihnen verständlich und patientengerecht das weite Gebiet der Atemwegserkrankungen und ihr Umfeld kompetent und aktuell nahe bringt. Ich freue mich schon jetzt auf Ihre Anregungen, Zuschriften und Kommentare. So hoffe ich meinen Teil dazu beizutragen, dass Sie auch in Zukunft mit Gewinn durch Ihre „Luftpost" blättern. In diesem Sinne wünsche ich uns allen:

Allzeit genug Luft!
Herzlich, Ihr Dr. Hellmuth Nordwig

Neuer Ratgeber Rehabilitation

„Ihr Recht auf Reha“

Welche Arten von Reha-Maßnahmen gibt es? Wer hat Anspruch darauf? Und wie lässt sich der Anspruch am besten durchsetzen? Antworten auf diese und viele andere Fragen gibt ein neuer Ratgeber der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen.

von Dr. Hellmuth Nordwig

Wer schwer krank war, soll möglichst wieder vollständig gesund werden. Und wer chronisch erkrankt ist, soll darin unterstützt werden, die bestmögliche Lebensqualität zu erlangen und weiter am sozialen Leben teilzunehmen. Das Wort Rehabilitation bedeutet „Wiederbefähigung“. Durch verschiedene Maßnahmen sollen die körperlichen, aber auch seelischen und sozialen Folgen einer chronischen Krankheit vermindert und wenn möglich verbessert werden. Die Rehabilitation ergänzt die Behandlung beim Haus-/Facharzt oder im Krankenhaus. „Lungen-Reha“ ist angezeigt, wenn trotz ambulanter ärztlicher Behandlung alltagsrelevante Krankheitsfolgen verbleiben, die ein normales berufliches oder privates Leben behindern. Reha gibt es als Anschluss-Rehabilitation (=Anschlussheilbehandlung = AHB), es gibt sie stationär oder ambulant. Leider ist in der täglichen Praxis nicht immer genügend Zeit, alle Möglichkeiten der Reha zu erklären. Diese Lücke schließt ein neuer Ratgeber der Verbraucherzentrale NRW. Es klärt darüber auf, welcher Leistungsträger wann zuständig ist, welche Fristen es gibt und was man tun kann, wenn ein Antrag abgelehnt wird.

Was kostet mich die Reha?

Der Ratgeber informiert ebenfalls über finanzielle Aspekte, wie z.B. Krankengeld. Ein weiteres Kapitel zeigt Perspektiven auf, wie es nach der Reha weiter gehen kann. Wichtige Aspekte sind z.B. die berufliche Wiedereingliederung und die Rente. Viele konkrete Beispiele machen die komplizierte Materie anschaulich. Adressen von Behörden und Leistungsträgern sind ebenfalls aufgeführt. Man sollte sich frühzeitig informieren und eine Maßnahme so bald wie möglich beantragen. Der Ratgeber hilft dabei.

Der Ratgeber wird gegen Rechnung versandt und kostet 9,90 Euro + 2,50 Euro Versandkosten. Bestellung bei: Versandservice der Verbraucherzentralen, Himmelgeister Straße 70, 40225 Düsseldorf; Tel. 0211/3809-363, Fax 0211/3809-235, publikationen@vz-nrw.de ■

Der Autor:
Dr. Hellmuth Nordwig
ist Redakteur
der „Luftpost“.

Erstmalig gemeinsamer Info-Flyer der DPLA mit der Deutschen Atemwegsliga e.V.

Wir freuen uns, jetzt gemeinsam mit der Deutschen Atemwegsliga e.V. einen ersten Flyer zur Exazerbation bei einer chronisch obstruktiven Bronchitis (COPD) allen Mitgliedern und Interessierten anbieten zu können.

Eine Exazerbation, ist die plötzliche deutliche Verschlechterung der COPD. Sie wird gefürchtet und die mit ihr verbundene schwere Atemnot ist nur durch richtiges und schnelles Handeln in den Griff zu bekommen. Markant und übersichtlich, vor allem aber verständlich sind hier die wichtigsten Tipps für die Hilfe bei diesem „Ernstfall" aufgeführt. Der Flyer kann wie alle anderen bisher erschienenen **40 Flyer**, von „Allergie" über „Asthma", „COPD", „Lungenfibrose", „Lungenfunktion", „Peak-Flow-Messung", „Reisen" bis zu „Richtig inhalieren", für einen kleinen Unkostenbeitrag, bei der Deutschen Atemwegsliga e.V., http://www.atemwegsliga.de/bestellung.html , oder bei der Deutschen PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - DPLA, info@pat-liga.de , Tel. 06133 / 35 43, angefordert werden.

Diese Reihe wird von ausgewiesenen Experten erstellt, immer wieder aktualisiert und fortlaufend erweitert. Wenn Ihnen noch Themen fehlen, schlagen Sie diese doch vor. ■

Dank an Krankenkassen und Unterstützer im Jahr 2014

Im Jahr 2014 hat die „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene" im Rahmen der pauschalen Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V die Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA für ihre Selbsthilfearbeit mit 10.000 Euro unterstützt.

Ebenfalls im Rahmen der individuellen Förderung durch die Krankenkassen nach § 20c SGB V wurde im Jahr 2014 die Mitveranstaltung des „7. Symposium Lunge" in Hattingen durch die DPLA von der DAK Gesundheit, Hamburg, mit 6.000 Euro gefördert.

Darüber hinaus haben dankenswerterweise Krankenkassen, insbesondere die AOK, die lokale Arbeit unserer Ortsverbände, sowohl pauschal als auch projektbezogen mit Förderbeiträgen unterstützt. Die Geschäftsstelle wurde mit einem Betrag von 4.000 Euro für die Erstellung einer neuen Messewand und eines Roll-Up vom AOK Bundesverband unterstützt.

Wir danken ausdrücklich allen Krankenkassen, die uns ihre finanzielle Unterstützung gewährt haben. Ohne diese Beiträge wäre uns manche Aktivität zugunsten von Menschen mit COPD und Asthma bronchiale nicht möglich gewesen.

Fördernde Mitglieder der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. im vergangenen Jahr waren:

- Kliniken Benner GmbH & Co. KG, Bad Dürrheim (Espan Klinik)
- MEDA Pharma GmbH & Co. KG, Bad Homburg
- Medizinisches Zentrum für Gesundheit Bad Lippspringe GmbH (Karl-Hansen-Klinik)
- MSD SHARP & DOHME GmbH, Haar

Gedankt sei auch der Firma Novartis Pharma GmbH für ihren Beitrag.

Ausdrücklich danken wir auch den Sparkassen und Volksbanken, die einzelne Ortsverbände unterstützt haben.

Symbolische Scheckübereichung über 6.000 Euro als großzügige Spende der DAK Gesundheit durch den Leiter der Geschäftsstelle der DAK Mainz, Herrn Steffen Kilian (rechts), an unseren Vorsitzenden, Herrn Dr. Michael Köhler, in Anwesenheit des ersten Beigeordneten der Stadt Oppenheim, Herrn Hansjürgen Bodderas (links), im Ratssaal der Stadt Oppenheim am Rhein am 07. August 2014.

Erfolgreicher Spendenaufruf an unsere Mitglieder

Im Dezember 2014 haben wir jedem Mitglied mit einem persönlichen Brief mitgeteilt, dass die „Luftpost" ab 2015 erfreulicherweise viermal pro Jahr erscheinen wird. Leider lässt sich dadurch eine Anpassung des Abonnementspreises von bisher 7,50 Euro auf dann 10,- Euro (statt 18,- Euro im Einzelbezug) nicht vermeiden. Damit verbunden haben wir die Bitte um eine individuelle Spende zu Gunsten unserer Selbsthilfeorganisation. Wir danken ausdrücklich und ganz herzlich jedem Mitglied, das uns mit seinem zusätzlichen freiwilligen Beitrag aktiv unterstützt hat. Insgesamt kamen 4.500 Euro zusammen. Die große positive Resonanz hilft uns, unser Motto die aktive „Hilfe zur gemeinsamen Selbsthilfe" noch besser zu erfüllen. ■

Von 0 auf 80 – 10 Jahre Lungensport in Wiesbaden

Am Anfang war gar nichts, außer dem Willen von Lothar Wern, selbst betroffener Asthmatiker, und der war – wie meist - nicht zu bremsen. Nach vielen Gesprächen, zum Beispiel mit der Arbeitsgemeinschaft Lungensport, den in Wiesbaden ansässigen Lungenfachärzten und der Asklepios Paulinenklinik, gab es im Oktober 2004 nach vielem „Trommeln" eine gut besuchte Auftaktveranstaltung. Das Interesse war geweckt und der Bedarf bestand wirklich.

Die Frage einer Vereinsgründung wurde „umschifft" und auf Nachfrage gründeten wir eine Abteilung „Lungensport" beim bereits bestehenden Verein „Sport und Gesundheit e. V." in Wiesbaden und wir wurden ein Ortsverband der Patientenliga Atemwegserkrankungen. Nach intensivem Suchen hatten wir bald auch einen lizenzierten Übungsleiter und eine Sporthalle. Im Dezember 2004 starteten wir dann mit dem Übungsleiter Gunnar Fromberg ins Neuland „Lungensport".

Schnell wuchs die Teilnehmerzahl und eine zweite Gruppe musste gegründet werden. Da sich kein zweiter Übungsleiter fand, entschloss sich Lothar Wern als Quereinsteiger mit 63 Jahren noch die Lizenz als Fachübungsleiter „Innere Organe" zu erwerben und diese Gruppe selbst zu übernehmen. In den weiteren Jahren folgten als Übungsleiter Anne Preissner und seit 2013 leitet Torsten Holzan die Gruppen mit fast 80 Mitgliedern.

Zum 10-jährigen Bestehen hatten wir jetzt die Idee, quasi als „Oskar der Lungensportgruppen" in Wiesbaden den „LUNGENSPORT-GYM" zu stiften.

Wiesbadener „LUNGENSPORT GYM"

Von links nach rechts:
Sabine Lehming, Elisabeth Stodal, Lothar Wern und Dr. Günter Müller

Der Wiesbadener „LUNGENSPORT-GYM" ist ein Wanderpokal, der ab sofort alle 6 Monate an einen anderen besonders verdienten Teilnehmer verliehen wird. Er soll darüber hinaus dazu motivieren

- sich regelmäßig sportlich zu betätigen,
- aktiv etwas für seine Gesundheit zu tun,
- erlernte Lungensport-Techniken in den persönlichen Alltag zu integrieren,
- andere Betroffene durch das eigene Vorbild für den Lungensport zu gewinnen.

Auf unserer Jubiläums- und Weihnachtsfeier wurde erstmals der „LUNGENSPORT GYM" an unser Mitglied Herrn Dr. Günter Müller überreicht - selbstverständlich trägt der „GYM" auch seinen Namen. Die Zweit - und Drittplatzierten – Frau Sabine Lehming und Elisabeth Stodal - erhielten ein kleines Geschenk und einen schönen Blumenstrauß.

Auf unser kommendes Sommerfest mit der Weitergabe des Pokals und den Ehrungen freuen wir uns schon.

Wir wollen weiter so erfolgreich wachsen und möglichst vielen Lungenkranken in Wiesbaden und der näheren Umgebung eine sportliche und soziale Heimat bieten.

Nach 10 Jahren blicken wir heute mit ein wenig Stolz und herzlichem Dank an alle Helfer auf die vergangenen Jahre zurück. Viel ist erreicht worden, aber es gibt auch noch viel zu tun. Wir hoffen möglichst bald einen zweiten Übungsleiter zu finden, um damit noch mehr Betroffenen in Wiesbaden eine aktive Hilfe durch Lungensport zu geben. ■

Lothar Wern leitet den Ortsverband Wiesbaden der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e. V.

AG Lungensport in Deutschland e.V.

von Dr. Michael Köhler

Asthma und COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) oder die Lungenfibrose führen bei körperlicher Belastung schnell zu Atemnot. Hier ist - neben einer individuell abgestimmten medikamentösen Therapie – Lungensport ein sehr wichtiger Faktor für den Behandlungserfolg. Die AG (Arbeitsgemeinschaft) Lungensport e.V. möchte aus dieser Erkenntnis heraus über die bereits fast 600 in Deutschland bestehenden Lungensportgruppen (s. Karte) bundesweit eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung für Patienten mit Atemwegs- und/oder Lungenerkrankungen ermöglichen.

Unter der Losung: "Mach mit – werd fit" gibt es jetzt neu eine ausführliche Broschüre mit vielen Tipps und Empfehlungen und dem Titel: „Wie baue ich eine Lungengruppe auf?" Lungensport kann verordnet werden und Lungensport ist abwechslungsreich, auch das zeigt diese Broschüre. ■

Lungensportgruppen in Deutschland
(Gebiete nach Postleitzahlen)

INFORMATION:

Die Broschüre sowie zahlreiche weitere Hilfen können Sie anfordern bei der:
AG Lungensport in Deutschland e.V.
Geschäftsstelle, Raiffeisenstraße 38
33175 Bad Lippspringe
Telefon 05252 9370603, Fax 05252 9370604,
Mail: lungensport@atemwegsliga.de
Web: www.lungensport.org
facebook.com/lungensport.org

Jubiläen

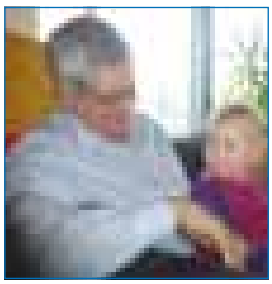
von Dr. Michael Köhler

Christoph von Loeben

Am 31. Dezember 2014 feierte einer der prägenden Väter der Luftpost, Herr Christoph von Loeben, seinen 80. Geburtstag. Als langjähriger Geschäftsführer der AG Lungensport in Deutschland e.V. und über Jahre Mitherausgeber der Luftpost hat er sich um diese und die Patientenliga Atemwegserkrankungen bleibende Verdienste erworben. Wir danken ihm von Herzen und wünschen ihm vor allem beste Gesundheit und persönliches Glück.

Dr. Helmut Berck

Am 7. Januar 2015 konnten wir unserem langjährigen, überaus engagierten Vorsitzenden und jetzigem Ehrenvorsitzenden und vieljährigem Spiritus rector der Luftpost, Herrn Dr. Helmut Berck, bei bester Gesundheit zu seinem 75. Geburtstag gratulieren. Wir wünschen ihm weiterhin so viel prägende Agilität wie in den Jahrzehnten bisher, persönliches Glück, noch viele wunderschöne Reisen und vor allem bleibende Gesundheit.



Dieter Kruse mit Enkelin

Am 28. Februar 2015 feierte unser überaus akribischer und unverzichtbarer Schatzmeister und seit vielen Jahren Vorsitzender des Ortsverbandes Fellbach der Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen, Herr Dieter Kruse, seinen 75. Geburtstag. Wir gratulieren nochmals ganz herzlich und wünschen ihm vor allem Gesundheit, viel Glück und Freude mit seiner Familie und den lebhaften Enkeln in seiner schönen schwäbischen Wahlheimat.

ANZEIGE

GTI medicare
Oxygen Technology

HOMECARE

InogenOne G3
Der handliche und starke Mini-Sauerstoff-Konzentrator!

Vorteile die überzeugen:
- 4 Leistungsstufen
- bis zu 8 h unabhängig
- Leise
- Wartungsarm
- Bedienerfreundlich
- Gewicht 2,2 kg

2,2 kg leicht!

Klein in der Größe, groß in der Leistung!

Innovation und Weiterentwicklung des tragbaren Mini-Sauerstoff-Konzentrators.
Zur Steigerung Ihrer Mobilität und Lebensqualität.

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

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, Backnang	Dieter Kruse	0711 / 510 92 94
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
Schwalmstadt	Frank Sachsenberg	06692 / 86 16
	Klaus Pittich	06698 / 911 933
Wiesbaden	Lothar Wern	06122 / 15 254
Niedersachsen		
Region Hannover	Michael Wilken	05130 / 583 85 77
- Hannover		
- Neustadt am Rübenberge	Detlef Henning	05032 / 964 090
- Garbsen		
- Wunstorf		
- Wedemark		

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 / 705 598 13
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 / 44611
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

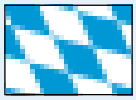
Selbsthilfegruppe Rund um die Lunge im Idsteiner Land
Rund-um-die-lunge1@gmx.de

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
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
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
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.

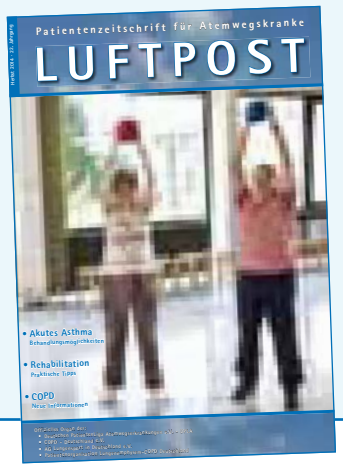
Ebenso kostenlos erhalten Sie schriftliche Ratgeber als Hilfen zu speziellen Fragestellungen, wie z.B.:
- Reisen ... mit Asthma und COPD
- Husten ... was muss ich tun?
- Häusliches Training bei schwerer COPD
- Lungenkrebs ...rechtzeitig erkennen und gezielt behandeln

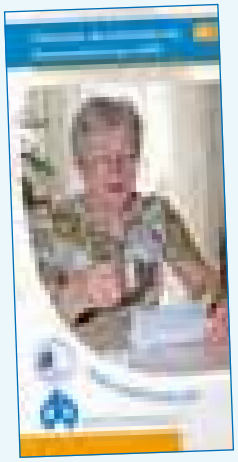
Selbstverständlich können Sie auch weitere Informationen oder Beratung in unserer Geschäftsstelle erhalten:
Deutsche **P**atienten**L**iga
Atemwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
Adnet-Str. 14, 55276 Oppenheim
Tel.: 06133 / 35 43 - persönlich Montag bis Donnerstag von 8.30 bis 13.30 Uhr
Fax: 06133 / 573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

Für Mitglieder

Diese und viele weitere Informationen sind für Sie als Mitglied erhältlich.





Per Fax 06133 / 57 383 27 oder per Post

MITGLIEDSANTRAG

Deutsche **P**atienten**L**iga
Atemwegserkrankungen e.V. - **DPLA**
Geschäftsstelle
Adnet-Str. 14
55276 Oppenheim

Telefon: 06133 / 35 43
Fax: 06133 / 57 383 27

E-Mail: info@pat-liga.de
www.pat-liga.de

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein:

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA

Name:	Vorname:
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Telefax:
E-Mail:	Mobil-Nr. (freiwillige Angabe):
Geburtstag:	Eintrittsdatum:

(freiwillige Angaben)

Lungenerkrankung/en: Asthma ☐ COPD ☐ Emphysem ☐ Weitere ☐ _____

Andere Erkrankungen: ☐ _____

Angehörige/r ☐ Nicht selbst erkrankt ☐

gewünschter Ortsverband:

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für Einzelpersonen € 25,00 und für Familien € 40,00. Höhere Beiträge sind natürlich möglich.

Gewünschte Zahlungsweise:

☐ Rechnung (Bitte überweisen Sie den Betrag erst nach Erhalt der Rechnung.)

☐ Einzugsermächtigung für den Jahresbeitrag in Höhe von € _____ wird hiermit erteilt.

Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

_____

Datum, Unterschrift (für Einzugsermächtigung):

Datum: _____ Unterschrift: _____

Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. – DPLA
Freistellungsbescheid Finanzamt Mainz-Mitte: StNr. 26/675/0372/9-II/4 vom 28.10.2014
Mainzer Volksbank eG - IBAN: DE37 5519 0000 0001 0320 10 BIC: MVBMDE55

ANZEIGE

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

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

unterstützt durch

Deutsche Atemwegsliga e.V.

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
Frau Dr. med. Judith Düttmann
Dr. rer. nat. Hellmuth Nordwig, Redakteur
Lothar Wern

Bildnachweise:
Titelbild: © Shutterstock.com / Kletr
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

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 viermal jährlich. Die nächste Ausgabe der „Luftpost" erscheint im Juli 2015.

Einzelpreis pro Heft:
Deutschland 4,50 Euro, Ausland 8,00 Euro
Jahresabonnement 10,00 Euro
Auflage 28.000

kompetent · verständlich · patientengerecht

Abonnement der „Luftpost – Patientenzeitschrift für Atemwegskranke"

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

Die „Luftpost" erscheint viermal jährlich (die Ausgabe „Frühjahr" jeweils im März zum Jahreskongress der deutschen Lungenfachärzte, die Ausgabe „Sommer" im Juli, die Ausgabe „Herbst" im September und die Ausgabe Winter Ende November). Der Bezugspreis pro Jahr beträgt 10,00 Euro, statt 18,00 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 ❏ Winter

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

Patienten wünschen und brauchen Therapien, die ihre individuellen Bedürfnisse berücksichtigen, um den Traum von ihrem Leben bestmöglich leben zu können.

Der Atemwegsbereich ist einer der strategischen Forschungsschwerpunkte bei AstraZeneca. Hier arbeiten wir weltweit und in Kooperation mit namhaften Universitäten an der Erforschung von neuen Substanzen, Inhalationsgeräten und Wirkstoffkombinationen, um möglichst patientenorientierte Therapien zu entwickeln. Damit sind wir heute und für die Zukunft im Bereich Atemwege zuverlässiger Partner an der Seite von Ärzten und Patienten.

AstraZeneca

THE LINDE GROUP

Linde

Weil Lebensqualität zählt.

Linde. Der Partner für Sie.

Linde: Living healthcare

Linde Healthcare bietet qualitativ hochwertige und zugleich kostengünstige Therapiekonzepte an. Unser Ziel ist, einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität 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