

Patienten-Bibliothek®

Arzt und Patient im Gespräch – mehr wissen, aktuell und kompetent informiert



COPD in Deutschland

Forschung, Wissen, Früherkennung

Inhalation

Atemphysiotherapie

Pneumologische Rehabilitation

Deutschland 6,50 €



Herbst 2017
4. Jahrgang

COPD in Deutschland

Patientenzeitschrift für Atemwegs- und Lungenerkrankungen
kostenfrei bei Ihrem Hausarzt, der Apotheke und in der Klinik

Roche

HEUTE
IST DER TAG,
AN DEM ICH
SELBST AKTIV
WERDE

HEUTE
IST DER TAG,
AN DEM MEIN
KAMPF GEGEN
IPF BEGINNT

HEUTE
IST DER TAG
DER NEUE
CHANCEN BRINGT

Die idiopathische Lungenfibrose (IPF) ist eine schwerwiegende Erkrankung der Lunge, die sich im Laufe der Zeit erheblich auf die Atmung und den Alltag der Betroffenen auswirkt.

Sind Sie selbst oder ist eine Ihnen nahestehende Person von IPF betroffen? Informieren Sie sich über die Erkrankung und beginnen Sie gleich heute den Kampf gegen die IPF. Für weitere Informationen besuchen Sie die Seite:



fightipf.de

KÄMPFEN. ATMEN.
LEBEN.

Inhalt

Editorial

Pneumologische Rehabilitation

04

Forschung, Wissen, Früherkennung

Deutsches Zentrum für Lungenforschung: Gebündelte Forschung, mehr öffentliches Bewusstsein

05

Gut zu wissen:

Diagnostische Möglichkeiten

10

Testen Sie Ihr Wissen!

Alles rund um das Thema Lunge

12

Patientenporträts:

Unterschiede und Gemeinsamkeiten

14

Inhalation

Gut zu wissen: Inhalationssysteme

17

Exazerbation

Gut zu wissen: Bedarfsmedikation und mehr...

22

Den Alltag meistern

Exazerbation und Psyche:

Ein vielschichtiges Wechselspiel

24

Atemphysiotherapie

Die Luft ist raus – oder doch nicht?

PEP/PEEP und andere Behandlungsstrategien

30

Bestell- und Lieferservice

Lungenfibrose:

Atemphysiotherapie und Lungensport

39

Bewegung

Motivation:

Tägliches Training mit Michaela Frisch

40

Neu: Arzt und Patient im Gespräch

Klug entscheiden ...mit dem Patienten

44

Vorbereitung: Erster Termin ...

46

Für Sie im Einsatz

VPAD: Pneumologische Assistenz

49

Kurz und wichtig

Unterstützung:

Lachen ist die beste Medizin

52

Teste Dein Wissen! Auflösung

53

Erratum: Sterilwasser

53

Vorstellung:

Erweiterung des wissenschaftlichen Beirates

53

Veranstaltungstermine

54

Patienten fragen – Experten antworten

Grenze körperlicher Belastungen

55

Alpha1

Selbsthilfegruppen oder Patientenorganisation:
..ist das das gleiche?

56

Aus Sicht einer Gruppenleiterin:

Was Selbsthilfe bewirken kann

57

Aus Sicht einer Ärztin:

Was Selbsthilfe bewirken kann

58

Kontaktadressen

62

Impressum

63

Vorschau

63

Beilage/Innenteil Pneumologische Rehabilitation

Wie finden ich eine geeignete Rehabilitationsklinik?

Wege zur medizinischen Rehabilitation (sog. Heilverfahren)

Aktuelle Ergebnisse:

Erwartungen an eine Rehabilitation

Das erste Mal in einer Reha

Vor Ort:

Einzelmaßnahmen einer pneumologischen Reha

Was eine Lippenbremse ist, wissen die meisten Patienten. Was hat jedoch die Lippenbremse mit PEP und der Entblähung bei einem Lungenemphysem zu tun?

Ab Seite 30 finden Sie den sehr umfassenden und mit viel Hintergrundwissen versehenen Beitrag „Die Luft ist raus – oder doch nicht? PEP/PEEP und andere Behandlungsstrategien“ von Sabine Weise.

Es lohnt, sich diese Übersicht mehrfach zu lesen!

Auch Michaela Frisch hat den Einsatz der Lippenbremse schon demonstriert!



Editorial

Pneumologische Rehabilitation

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

der Stellenwert der pneumologischen Rehabilitation für die Behandlung chronisch obstruktiver Atemwegserkrankungen (COPD) ist unbestritten.

Die Studienergebnisse dokumentieren vielfältig und wissenschaftlich eindeutig, dass eine Rehabilitation, durchgeführt in einer auf hohem Niveau spezialisierten Rehabilitationsklinik, zu einer Besserung der Lungenfunktion, der körperlichen Leistungsfähigkeit und der krankheitsbezogenen Lebensqualität führt.

Auch subjektiv, aus Patientensicht betrachtet, wird die Rehabilitation als wirksam, empfehlenswert und wichtig eingestuft.

Trotz Leitlinie kann jedoch nicht von einem einheitlichen Angebot und gleicher Qualität in allen Reha-kliniken ausgegangen werden. Jeder Patient ist daher im eigenen Sinne gefordert, die für seine Erkrankung bestmögliche Rehabilitationsklinik auszuwählen – gemeinsam mit seinen behandelnden Ärzten.

Eine besondere Empfehlung erhält die Rehabilitation zudem als Anschlussheilbehandlungsmaßnahme (AHB) nach einer krankenhauspflichtigen Exazerbation (akuten Verschlechterung). Aktuell erhalten lediglich geschätzte vier bis fünf Prozent der COPD-Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt eine Rehabilitation. Innerhalb der „Klug entscheiden“-Initiative der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP) wird die AHB im Rahmen der Positivempfehlung hervorgehoben. Lesen mehr dazu im Beitrag „Klug entscheiden“ von Professor Fölsch ab Seite 44.

Zum ersten Mal widmet sich eine ganze Beilage in der „Patienten-Bibliothek / COPD in Deutschland“ dem Thema der pneumologischen Rehabilitation.

Nutzen Sie die Möglichkeit, sich umfassend zu informieren!

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.



Ihr

Professor Dr. Klaus Kenn
Chefarzt der Schön Klinik Berchtesgadener Land
Schönau am Königssee

Forschung, Wissen, Früherkennung

Deutsches Zentrum für Lungenforschung

Gebündelte Forschung, mehr öffentliches Bewusstsein

Erkrankungen der Lunge zählen zu den wesentlichen Volkskrankheiten und den häufigsten Todesursachen. Bisher gibt es für die meisten Atemwegserkrankungen jedoch nur Therapien, die symptomatische Erleichterungen ermöglichen, aber keine Heilung.



Vor fünf Jahren haben sich die auf dem Gebiet der Atemwegserkrankungen führende universitäre und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen zum Deutschen Zentrum für Lungenforschung (DZL) zusammengeschlossen. Die fünf Standorte des DZL befinden sich in München, Heidelberg, Gießen/Marburg, Hannover und Borstel/Großhansdorf/Kiel/Lübeck.

Mehr als 230 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler verfolgen das Ziel, zügig neue Ansätze für Prävention, Diagnose und Therapie von Lungenerkrankungen zu entwickeln und in die klinische Praxis zu überführen.

Der Forschungsverbund legt dabei sein besonderes Augenmerk auf acht Krankheitsbereiche: Asthma und Allergien, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Mukoviszidose (zystische Fibrose), Lungenentzündung und Atemnotsyndrom, interstitielle Lungenerkrankungen (Erkrankungen, die das Zwischengewebe der Lunge und die Lungenbläschen betreffen), Lungenhochdruck, Lungenkrebs sowie Lungenerkrankungen im Endstadium.

Gleichzeitig ist die Schaffung von mehr öffentlichem Bewusstsein ein dringliches und grundlegendes Anliegen des DZL.



Im Gespräch mit Professor Dr. Tobias Welte, Direktor der Klinik für Pneumologie, Medizinische Hochschule Hannover und des Deutschen Zentrums für Lungenforschung des Standortes Breath in Hannover erhalten wir einen aktuellen Überblick.

Welche Bedeutung hat das DZL für die Lungenforschung?

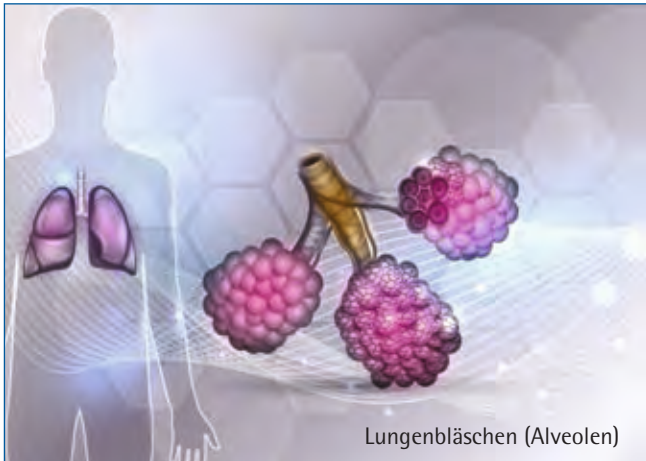
Vor fünf Jahren haben die maßgeblichen Lungenzentren in Deutschland begonnen, ihre Forschungsanstrengungen gemeinsam zu koordinieren und Plattformen sowohl bei Untersuchungen auf präklinischer (Zellkulturen und Tiere) als auch auf klinischer Ebene (Patienten) zu schaffen.

Durch diese Bündelung sind die Standorte erheblich mehr miteinander ins Gespräch gekommen, was zu einer Intensivierung der gemeinsamen Forschungsaktivitäten geführt und die pneumologische Forschung in Deutschland bereits in diesen wenigen Jahren weit vorangebracht hat.

Dabei ist das DZL eines von insgesamt sechs Forschungszentren in Deutschland, die sich mit der Prozessoptimierung von Forschungsergebnissen bis zur Anwendung beim Patienten befassen. Die weiteren Zentren widmen sich der Forschung auf den Gebieten der Neurodegenerativen Erkrankungen, Diabetes, Infektionserkrankungen, Herz-Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen und Lungenerkrankungen. Alle Forschungszentren befassen sich mit Volkskrankheiten, deren Vorbeugung und Behandlung es dringend zu verbessern gilt. Das Deutsche Zentrum für Lungenforschung profitiert bisher am meisten von der Forschungsbündelung. Unterstützt werden die Forschungszentren durch das Bundesministerium für Forschung und Bildung.

Im Informationsflyer des DZL zum Jubiläum werden Erfolgsbeispiele aus 5 Jahren Forschung präsentiert (siehe auch www.dzl.de). Unter anderem wird von einem neuen Therapieansatz berichtet. Was verbirgt sich hinter dem Wirkstoff „SB010“ – auch in Verbindung mit COPD?





Lungenbläschen (Alveolen)

Zunächst sei gesagt, dass die Entwicklung eines neuen Wirkstoffs von der Grundlagenforschung bis hin zur therapeutischen Behandlung von Patienten viele Jahre, wenn nicht gar Jahrzehnte, in Anspruch nimmt. Die Grundlagenforschung zu dieser Substanz wurde also bereits wesentlich früher innerhalb der beteiligten Universitäten begonnen. Im DZL konnte der Wirkstoff SB010 nun erfolgreich im Einsatz bei Patienten getestet werden.

SB010 ist eine neue Substanz, die die Aktivierung der sog. eosinophilen Granulozyten verhindert und somit einen der wichtigsten Überträgerstoffe für die Entzündung bei Atemwegserkrankungen hemmt. Bei der inhalativen Verabreichung dieser Substanz kommt ein neuartiger Ansatz der Verabreichung mittels kleinster Moleküle zum Einsatz.

SB010 wurde insbesondere für die Anwendung bei Asthma bronchiale entwickelt. Eine erste große Studie hierzu konnte bereits vor zwei Jahren im New England Journal of Medicine, einem der wichtigsten wissenschaftlichen Fachjournale, veröffentlicht werden.

Ob die Substanz auch bei COPD-Patienten, die eine hohe Anzahl von Eosinophilen aufweisen, eingesetzt werden kann, wird nun durch das DZL geprüft. Eine erste, noch nicht veröffentlichte Studie konnte tatsächlich zeigen, dass sich die Eosinophilenzahl reduzieren lässt. Dies gibt berechtigt Hoffnung, dass eine bestimmte Gruppe von COPD-Patienten von dieser Substanz profitieren kann. Weitere klinische Studien sind notwendig.

Derzeit fokussiert sich die Behandlung der COPD neben der Symptomreduzierung insbesondere auf die Vorbeugung und Reduktion von akuten Verschlechterungen (Exazerbationen).

Wo befindet sich aktuell die Forschung hinsichtlich der Ursachen einer COPD?

Die wichtigste Ursache, die wir derzeit kennen, ist immer noch ganz klar das Rauchen. 90 % aller schwerkranken



Austausch von O₂ und CO₂

COPD-Patienten sind oder waren Raucher. Daher müssen wir unsere Anstrengungen im Kampf gegen die Zigaretten, gegen die Zigarettenindustrie weiter verstärken. Auch wenn sich hierzu in Deutschland bereits Verbesserungen abzeichnen – im Gegensatz zu beispielsweise osteuropäischen Ländern oder Österreich – könnten wir noch mehr tun. Schauen wir uns beispielsweise Großbritannien an, finden wir dort wesentlich mehr rauchfreie Zonen in öffentlichen Bereichen, ein Beispiel sind die rauchfreien Fußballstadien.

Ein weiterer ganz wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang sind Nikotinersatzstoffe wie die E-Zigarette. Wir wissen bis heute nicht, in wieweit Ersatzstoffe Langzeitschäden in der Lunge verursachen. Hier benötigen wir dringend neue, eindeutige Studiendaten und müssen die Industrie, bei der es sich bekanntermaßen in der Hauptsache um die Tabakindustrie handelt dazu zwingen, entsprechende Sicherheitsdaten vorzulegen.

Neben dem Zigarettenkonsum, der derzeit wichtigsten Ursache einer COPD, kommen immer mehr Umweltverschmutzungen in den Fokus. Auch über den Einfluss von Stickoxiden, Feinstaubpartikeln und anderen umwelttoxischen Substanzen wissen wir derzeit wissenschaftlich betrachtet noch viel zu wenig. Wer jedoch selbst einmal in Metropolen wie Peking oder anderen asiatischen Megastädten war und dort die Luft „genossen“ hat, kann sich kaum vorstellen, dass dies gesund sein kann.

Da wir einen Trend hin zur Metropolisierung haben, immer mehr Menschen vom Land in die Stadt ziehen, wird dies neue Risikofaktoren für die Entstehung der COPD mit sich bringen.

Derzeit ist die Aussage zwar noch hypothetisch und kann nicht durch Fakten belegt werden, aber ich persönlich fürchte, dass wir uns auf dem Nikotinsektor weiter verbessern, diese positive Entwicklung wahrscheinlich jedoch durch andere Schadstoffentwicklungen wieder konterkariert wird.



Viren und Bakterien fördern Exazerbationen

Wo befindet sich aktuell die Forschung hinsichtlich Exazerbationen einer COPD?

Derzeit gehen wir davon aus, dass vorwiegend Mikroorganismen, also Viren und Bakterien, an der Entwicklung von Verschlechterungsepisoden beteiligt sind.

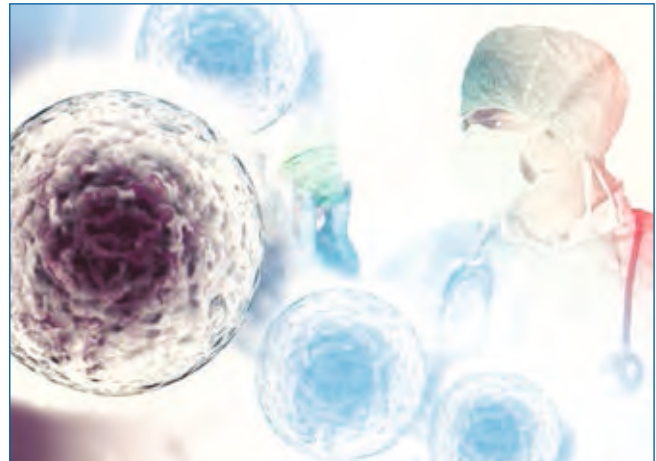
Weiterhin spielen sicherlich auch Umweltschadstoffe eine Rolle. Wir wissen, dass z. B. die Feinstaubpartikelbelastung nach dem Silvesterfeuerwerk oder auch nach Osterfeuern höher ist und es in dieser Zeit nachweislich zu vermehrten Exazerbationen kommt – sowohl bei Asthma bronchiale als auch bei COPD.

Hier besteht insgesamt noch ein großer Bedarf an Grundlagenforschung, da wir die Zusammenhänge, die zu einer Verschlechterung führen können, im Einzelnen noch gar nicht kennen. Erst diese Erkenntnisse werden zu einer verbesserten und vor allem zielgerichteten Therapie von Exazerbationen führen. Der momentane Einsatz von Cortison, und in einzelnen Fällen von Antibiotika, ist leider noch wenig zielgerichtet und sehr unspezifisch.

Auf jeden Fall sollten die vorhandenen präventiven Möglichkeiten einer Impfung viel besser genutzt werden. Betrachtet man die Impfzahlen der Pneumokokkenimpfung in Deutschland, also der Impfung gegen den wichtigsten Erreger der Lungenentzündung, so sehen wir, dass nicht einmal 20 %, d.h. nicht einmal jeder fünfte, für den die Impfung empfehlenswert ist, tatsächlich geimpft ist. Hier gilt es unbedingt aktiv zu werden.

Wo steht aktuell die Forschung hinsichtlich der Regeneration von Lungengewebe?

Dies ist eine berechtigte Frage, aber derzeit noch sehr visionär. Ein Lungenemphysem zeichnet sich durch einen Abbau von Lungengewebe aus, und einmal abgebautes Gewebe kommt so schnell nicht wieder. Die



menschliche Lunge hat kein hohes regeneratives Potenzial; an dieser Stelle sind den Menschen sogar die Mäuse überlegen. Entfernt man einer Maus ein Stück der Lunge, wächst dies nach.

Erst die zukünftige Forschung wird zeigen, ob es möglich sein wird, über Stammzellen Regenerationsprozesse zu aktivieren. Ehrlicherweise werden wir uns der Beantwortung dieser Fragestellung jedoch frühestens in 20-30 Jahren nähern können.

Auf welchem Stand ist aktuell die Forschung zur implantierbaren Ersatzlunge?

Schon heute haben wir künstliche Ersatzsysteme, die wir in der Intensivmedizin nutzen und bei Patienten im Liegen für Tage, manchmal Wochen und teilweise sogar Monate einsetzen können. Hier ist vor allem noch eine Weiterentwicklung auf technischer Ebene gefragt.

Die Systeme müssen wesentlich kleiner werden und auch die Anschlüsse an die Blutgefäße gilt es zu verbessern. Doch ich sehe eine realistische Chance, dass wir vielleicht in etwa 10 Jahren eine Lösungsvariante haben, um den Einsatz einer künstlichen Lunge auch außerhalb des Bettes zu ermöglichen.

Momentan befinden wir uns entwicklungstechnisch noch etwas hinter den Herzspezialisten, doch die Ersatzlunge wird kommen.

Wie ist der aktuelle Stand der Wissenschaft im Hinblick auf die systemische Entzündung bei einer COPD?

In großen Kohorten-Studien (Beobachtungsstudien mit dem Ziel, einen Zusammenhang zwischen einem oder mehreren Faktoren für das Auftreten einer Erkrankung aufzudecken) haben wir gesehen, dass bei einem kleinen Teil der COPD-Patienten vermehrt eosinophile Granulozyten (EOS) im Blut vorhanden sind.

**Alle Therapiegeräte dieser Anzeige sind verordnungsfähig.
Schicken Sie uns Ihr Rezept,
wir erledigen alles Weitere - deutschlandweit !**

Beatmung mit speziellen Modi

prisma VENT40/VENT50

- AT-C: AirTrap Control gegen Lungenüberblähungen (Intrinsic PEEP) insb. bei COPD
- Expiratorische Druckrampe, Wirkprinzip ähnlich der sog. „Lippenbremse“

**NEU
mit COPD-Modi**



BiPAP A40 Silver Series

Mit Modus AVAPS-AE, ähnlich der „dynamischen Lippenbremse“ mit automatischer Anpassung des EPAP



Sauerstoffversorgung

- Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

SimplyGo mit Dauerflow 2 l/min

SimplyGo Mini nur 2,3 kg

Inogen One G3 HF 8 Cell nur 2,2 kg

Inogen One G4, 4Cell nur 1,27 kg



**Mieten
möglich**

Inhalation

**Inogen One G4, 4Cell nur 1,27 kg
Shop-Preis 2.862,00 €* ***

OxyHaler Membran-Vernebler

Klein - leicht (88 g) - geräuschlos - mit Akku
Verneblung von NaCl, z.B. Nebusal 7%
bis Antibiotika möglich

**Ideal
für unterwegs
Shop-Preis
238,50 €**



Sekretolyse

VibraVest

Methode HFCWO (High Frequency Chest Wall Oscillation) **ohne Kompression** des Brustkorbes.
Mobilität durch Akku. Für Kinder und Erwachsene,
in 6 Größen erhältlich.



Hustenassistent:

mit Vibrationsmodus, für Kinder und Erwachsene

Pulsar Cough 700 neues Modell

Cough Assist €70 von Philips Respironics



Atemtherapiegeräte

IPPB Alpha + PSI

- Intermittent Positive Pressure Breathing
- Prä- und postoperatives Atemtraining
- Unterstützend mit gesteuerter Inhalation
PSI = Pressure Support Inhalation
- Als Entblähhilfe bei COPD, Atelektasen, Bronchiektasen etc.

**Atemtherapie
mit Inhalation: PSI**



2.375,00 €

GeloMuc/Quake/Respi-Pro/ PowerBreathe Medic/ RC-Cornet/PersonalBest

**Shop-Preis
Gelumuc
55,00 €* ***



Mobilität

Rollstuhl FreedomChair A08 der faltbare, elektrische Rollstuhl

- Gewicht nur 23,5 kg
- Geschwindigkeit 6 km/h
- Bedienung mit Joystick
- Bis zu 3 Akku gleichzeitig
möglich (15-45 km Reichweite)

**NEU
ideal für unterwegs
3.398,00 €**



*** Aktionspreis
solange Vorrat reicht**

**SOS-WC für die Handtasche
für Sie und Ihn 3er-Set 4,95 €**

Seit letztem Jahr stehen neue Medikamente für Asthma-patienten zur Verfügung, wie das eingangs bereits beschriebene SB010. Derzeit überprüfen wir anhand von Studien, ob auch für die kleine Subgruppe von COPD-Patienten, bei denen wie beim Asthma eine eosinophile Entzündung vorliegt, eine Wirksamkeit besteht. Wir erwarten die Ergebnisse im nächsten Jahr.

Weiterhin entwickelt sich die Forschung immer mehr dahin, Prozesse, die bei einer COPD im Detail ablaufen, besser verstehen zu lernen. Gleichzeitig werden derzeit Forschungsanstrengungen unternommen, gezielt Substanzen für die verschiedenen Erscheinungsbilder (Phänotypen) einer COPD zu entwickeln. Die ersten Substanzen befinden sich bereits auf dem Stand der frühen klinischen Prüfung. Ergebnisse hierzu können in etwa fünf Jahren erwartet werden.

Wie gerade angesprochen, werden Asthma und COPD in unterschiedliche Erscheinungsbilder der Erkrankung unterteilt. Bei einer COPD sind vor allem drei Phänotypen bekannt: Der Blue Bloater (mit Merkmalen wie z. B. übergewichtig, ausgeprägter, produktiver Husten, geringe Atemnot), Pink Puffer (mit Merkmalen wie z. B. sehr schlank bis kachektisch, trockener Reizhusten, deutliche Atemnot) und ACOS (einer Mischform aus Asthma und COPD).

Wo befindet sich derzeit die Forschung im Hinblick auf COPD-Phänotypen?

Es gibt sicherlich noch mehr Erscheinungsformen bzw. Untergruppen bei einer COPD als die gerade genannten, die sich auf ersichtliche Merkmale beziehen. In Zukunft werden wir viel besser eine Unterscheidung auf molekularer Zellebene vornehmen können.

Momentan befinden sich die sogenannte Omics-Technologie und andere Verfahren zur molekularen Analyse in einer sehr schnellen Entwicklung.

Man wird sehen, ob sich aus den derzeit laufenden Analysen dann Signaturen erkennen lassen, die zeigen, ob ein Patient eher eine Neigung zu mehr Gewebeabbau hat oder mehr eine entzündliche Reaktion oder eher eine Infektionsabwehrstörung aufweist.

Ich denke, dass die Therapieansätze der Zukunft für diese einzelnen Phänotypen sehr unterschiedlich sein werden und es nicht mehr ein einziges Therapieschema für alle Patienten geben wird.

Aufklärung über Lungenerkrankungen ist ein wichtiger Teil der Arbeit des DZL, denn die Erkrankungszahlen nehmen weltweit zu und fordern neben Herz-Kreislaufkrankungen, Schlaganfall und Krebs die meisten Todesfälle.

Wo ist insbesondere mehr Aufmerksamkeit für Lungenerkrankungen notwendig?

Die Antwort möchte ich gerne in drei Bereiche unterteilen:

Der erste Bereich betrifft die **Patienten**. Eindeutig müssen Patienten besser aufgeklärt werden. Über das Thema Rauchen hatten wir bereits gesprochen. Patienten müssen jedoch auch sensibler werden für ihre eigene Symptomatik, sie müssen diese frühzeitiger wahrnehmen. Und ebenso sollten Patienten grundsätzlich mehr über Lungenerkrankungen wissen. Nur so können sie die richtigen Maßnahmen auch einfordern.

Wenn wir einen Vergleich mit dem Herzen, der Kardiologie, herstellen, so weiß inzwischen jeder, dass es sich bei heftigem Brustschmerz möglicherweise um einen Herzinfarkt handeln könnte. So weit sind wir aktuell bei Lungenerkrankungen noch lange nicht. Daher benötigen wir erheblich mehr Patientenaufklärung, um bei Lungenerkrankungen einen vergleichbaren Effekt zu erreichen.

Der zweite Bereich ist eine bessere Aufklärung der **Ärzte**. Denn noch immer ist die Lunge ein zu wenig wahrgenommenes Organ. Meist wird der Lungenarzt erst kontaktiert, wenn andere Erkrankungen, wie z. B. die koronare Herzkrankheit, ausgeschlossen sind, obwohl von vorne herein eindeutige Anzeichen auf eine Lungenerkrankung deuten. Hier benötigen wir eine viel bessere Schulung im allgemeinärztlichen Bereich.

Worüber diskutiert wird, aber noch offene Fragen zu klären sind, ist, ob jeder Allgemeinarzt ein Spirometer zur Lungenfunktionsmessung haben sollte.

Entscheidend ist jedoch, dass wir auch bei Ärzten mehr Aufmerksamkeit für die Lunge wecken müssen, damit frühzeitig eine Diagnostik und dann ggf. eine Therapie durchgeführt werden kann.

Der dritte Bereich ist die **Politik**. In der Politik werden Lungenerkrankungen immer noch kaum wahrgenommen. Politiker denken zumeist an Erkrankungen des Herzens, an Krebs oder Diabetes – aber sehr selten an Lungenerkrankungen. Wenn Sie sich das europäische Forschungsprogramm ansehen, kommt die Lunge praktisch nicht vor. Auch in diesem Bereich müssen wir also daran arbeiten, besser wahrgenommen zu werden.

Wann sollte bereits eine Diagnostik erfolgen?

Leitsymptome sind sicherlich Luftnot, Husten und Auswurf. Luftnot ist die führende Symptomatik sowohl bei pulmonalen als auch bei kardialen Erkrankungen. Tritt Luftnot unter Belastung wie z. B. Treppensteigen auf, so ist dies kein Zeichen des Alters.

Ebenso sollte Husten, der länger als drei Wochen anhält, ärztlich abgeklärt werden.

Viel zu oft höre ich von Patienten: „Ach ja, das habe ich bemerkt, mir aber gedacht, das gehört dazu oder ist einfach eine Alterserscheinung.“ Hier brauchen wir ein Umdenken, eine größere Aufmerksamkeit.

Jedem Raucher sollte klar sein, dass er ab einem Alter über 40 ein deutlich erhöhtes Krebsrisiko und ein ebenso erhöhtes Risiko für COPD und Lungenemphysem aufweist. Regelmäßige pneumologische Untersuchungen sollten somit zur Vorsorge gehören.

Wann sollte man den Hausarzt, wann den Lungenspezialisten aufsuchen?

Keine Frage, für mich ist der „Steuermann“ der Allgemeinmediziner. Aber wenn dieser einen Verdacht auf eine Lungenerkrankung hat, dann sollte er den Patienten für die richtige Differenzialdiagnostik an den Lungenspezialisten weiterleiten. Der Spezialist für die Lungendiagnostik ist der Facharzt. Ich würde mir wünschen, dass in den allgemeinmedizinischen Praxen nicht auf Verdacht und ohne gute Diagnosestellung therapiert, sondern hierfür der Facharzt bemüht wird. Die Kerntherapie selber, wenn sie denn durch den Facharzt initiiert wird, kann in der Regel dann vom Allgemein-/Hausarzt weitergeführt werden.

Insgesamt wünsche ich mir, dass sich die Facharztpraxen mehr zu Diagnostikzentren entwickeln, um bei der Vielzahl der Lungenerkrankungen, die wir haben, eine umfassende diagnostische Einschätzung zu gewährleisten.

(SH)

Gut zu wissen

Diagnostische Möglichkeiten

Bevor das Bestehen sowie der Schweregrad einer Erkrankung festgestellt werden können, ist eine umfassende Diagnostik notwendig.

Die Untersuchungen beinhalten eine Reihe von standardisierten Methoden, die helfen, eine Diagnose zu stellen, auf der dann anschließend die therapeutischen Maßnahmen basieren.

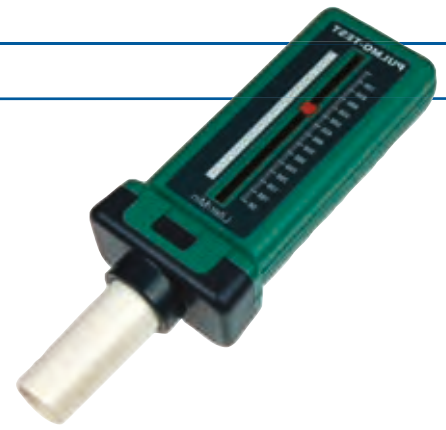
Doch trotz umfassender Diagnostik ist es nicht immer einfach, eine klare, eindeutige Diagnose zu stellen. Dies kann unter anderem an vorhandenen Symptomen liegen, die bei mehreren Erkrankungen gleichermaßen vorliegen können so wie es z. B. bei COPD und Asthma möglich ist. Damit ein Krankheitsbild trotz ähnlicher Symptome eindeutig verifiziert werden kann, werden eine erweiterte Diagnostik und eine Differenzialdiagnostik (Abgrenzung einer bestimmten Krankheit von Erkrankungen mit ähnlicher oder übereinstimmender Symptomatik) durchgeführt.

Zur Basisdiagnostik der COPD gehören:

- Anamnese (Krankengeschichte / Arzt-Patienten-Gespräch)
- Körperliche Untersuchung (Abhören und Abklopfen der Lunge)
- Spirometrie (Lungenfunktionsprüfung)
- Reversibilitätstest (auch als Bronchospasmolyse-test bezeichnet, hierbei wird der Rückgang der Bronchienverengung nach Gabe eines Medikaments gemessen)
- Laboruntersuchung
 - Bei einer Exazerbation (akuten Verschlechterung) ist die Bestimmung des Blutbildes und des CRP (Entzündungswert C-reaktives Protein) sinnvoll.
 - Bei Patienten unter 45 Jahren mit Anzeichen eines Lungenemphysems sollte eine gezielte Untersuchung bzgl. eines Alpha-1-Antitrypsinmangels durchgeführt werden; wobei grundsätzlich empfohlen wird, dass sich jeder COPD-Patient einmal auf Alpha 1 testen lassen sollte.
- Blutgasanalyse – bei Verdacht auf eine respiratorische Insuffizienz (Störung des Gasaustausches in der Lunge)

Weitere Verfahren der Basisdiagnostik sind:

- Röntgenaufnahme der Brustorgane in zwei Ebenen bei Diagnosestellung, zur Differenzialdiagnose und zur Erfassung von Emphyseblasen
- Ganzkörperplethysmographie (Lungenfunktionsprüfung)
- Belastungstests (z.B. mit dem Fahrradergometer)



- CO-Diffusionskapazität (ermöglicht Aussagen über die Sauerstoffaustauschfähigkeit der Lunge)
- Krankheitsspezifischer Fragebogen zur Lebensqualität/Symptomatik (z. B. CAT-Test)

Lungenfunktionsprüfung

Die Lungenfunktionsprüfung oder auch Lungenfunktionsanalyse wird umgangssprachlich mit „Lufu“ abgekürzt.

Mittels der Lungenfunktionsprüfung wird der Zustand der Atemwege untersucht und das Gesamtfassungs- bzw. Leistungsvermögen der Lunge bestimmt. Die Lufu ist nicht nur Bestandteil der Diagnostik und dient der Schweregradeinteilung der COPD, sondern ist ebenso wichtig für die Überwachung des Krankheitsverlaufs.

Spirometrie

Die Spirometrie ist eine Basisuntersuchung der Lungenfunktionsmessung und wird oftmals als „kleine Lungenfunktion“ bezeichnet. Sie wird für die Diagnose und die Verlaufskontrolle eingesetzt. Mittels der Spirometrie können verschiedene Lungenvolumina (Menge der geatmeten Luft) und ihre dynamische Veränderung als Volumen-Zeit und Fluss-Volumen-Kurve (Atemstromstärken) gemessen werden.

Die Ergebnisse der Spirometrie können aufzeigen, ob es sich um eine Lungenerkrankung mit verengten Atemwegen (z. B. COPD oder Asthma) oder mit einer verminderten Dehnbarkeit der Lunge (z. B. Fibrose oder Asbestose) handelt.

FEV1

Der wichtigste Messwert bei Lungenerkrankungen mit verengten Bronchien ist die Einsekundenkapazität oder FEV1. FEV1 kommt aus dem Englischen und steht für „forced expiratory volume at 1 second“ – forciertes Ausatemvolumen innerhalb von einer Sekunde. Damit ist die Luftmenge gemeint, die nach vollständigem Einatmen innerhalb von einer Sekunde so schnell wie möglich wieder ausgeatmet werden kann. In Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Größe und Gewicht kann anhand von Sollwert-Standard-Tabellen das Ergebnis bewertet werden.



Spirometer



Bodyplethysmograph

Neben dem FEV1-Messwert können über die Spirometrie eine Reihe weiterer Werte erfasst werden, wie z. B. die Vitalkapazität (VC), die das Lungenvolumen anzeigt, das nach maximaler Einatmung wieder maximal ausgeatmet werden kann.

Bei der Spirometrie wird zuerst die Nase des Patienten mit einer Klammer verschlossen. Dann wird über ein Mundstück in das Spirometer geatmet. Zunächst wird der Patient gebeten, in Ruhe langsam hin und her zu atmen, danach verändert der Patient auf Anweisung die Tiefe und Stärke der Atemzüge.

Die hier vom Patienten geforderte Mitarbeit stellt gleichzeitig die größte Unsicherheit bei den Ergebnissen der Spirometrie dar, da es nicht jedem Patienten möglich ist, die gezielt geforderten Atemzüge entsprechend auszuführen.

Bodyplethysmographie

Die Bodyplethysmographie bzw. Ganzkörperplethysmographie wird oftmals auch als „große Lungenfunktion“ bezeichnet. Der Begriff Plethysmographie stammt von den griechischen Begriffen plethore = Fülle und graphie = schreiben ab.

Ergänzend zu den Messungen der Spirometrie können mit diesem Verfahren auch der Atemwegswiderstand (Raw) und das Residualvolumen (RV), also das Luftvolumen, das nach dem vollständigen Ausatmen noch in der Lunge verbleibt, gemessen werden. Diagnostisch hilfreich sind die ergänzenden Werte z. B. hinsichtlich der Bestimmung eines möglicherweise vorliegenden Lungenemphysems.

Bei diesen Verfahren der Lungenfunktionsmessung ist ein forciertes Atemmanöver des Patienten, wie bei der Spirometrie beschrieben, nicht notwendig. Die Bodyplethysmographie ist somit auch für schwerkranke Patienten gut geeignet.

Während der Messung sitzt der Patient in einer gläsernen Kabine und atmet über ein Mundstück in einen Schlauch, über den der Atemstrom gemessen und aufgezeichnet wird.

Jens Lingemann

COPD – Deutschland e.V.

Patientenorganisation

Lungenemphysem-COPD Deutschland



Wissenschaftliche Beratung

Professor Dr. Adrian Gillissen,

Bad Urbach



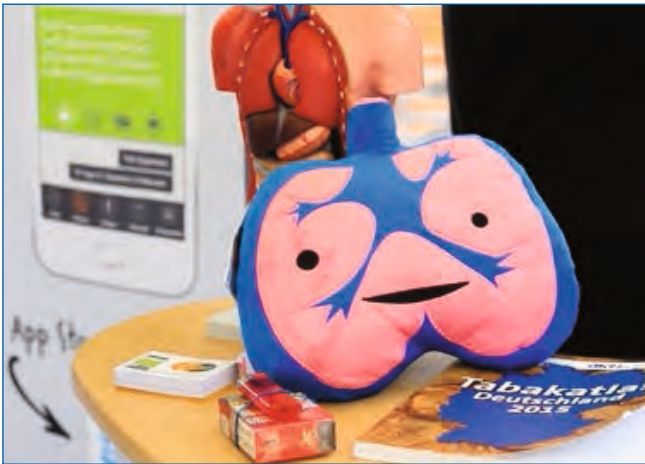
Lesen Sie weiter...

Ratgeber „Diagnostik ...bei obstruktiven Lungenerkrankungen“

des COPD – Deutschland e.V. und der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland. Der 32-seitige Ratgeber kann online auf www.lungenemphysem-copd.de gelesen oder als Druckversion über www.copd-deutschland.de bestellt werden. Beachten Sie die dort hinterlegten Versandinformationen.



Testen Sie Ihr Wissen! Alles rund um das Thema Lunge



... mit der Lunge „Paul“

1. Wie viel Lungenvolumen hat ein Mensch?

- ☐ 2 Liter
- ☐ 4 Liter
- ☐ 6 Liter

2. Wie groß ist die Oberfläche der Lunge?

- ☐ ein halber Tennisplatz
- ☐ ein DIN A3 Blatt
- ☐ eine Tischtennisplatte

3. Wie viel Wasser atmet man am Tag aus?

- ☐ 200 Milliliter
- ☐ einen Liter
- ☐ einen halben Liter

4. Wie viele Atemzüge macht ein Mensch pro Minute?

- ☐ 12-15
- ☐ 30-35
- ☐ 5-10

5. Wann ist die menschliche Lunge ganz erwachsen

- ☐ mit ca. 18 Jahren
- ☐ mit ca. 25 Jahren
- ☐ mit ca. 21 Jahren

6. Wie viele Lungenbläschen hat eine menschliche Lunge?

- ☐ 300
- ☐ 300.000
- ☐ 300.000.000

7. Welche Strecke bildet das Adernetz der Lunge, wenn es aneinander gereiht wird?

- ☐ Hannover – Hildesheim
- ☐ Hannover – Wien
- ☐ Hannover – Rom

8. Wie schnell ist ein Niesen?

- ☐ ca. 60 km/h
- ☐ ca. 170 km/h
- ☐ ca. 220 km/h

9. Wo liegt der Weltrekord im Luft anhalten?

- ☐ 21,33 Minuten
- ☐ 5,33 Minuten
- ☐ 10,33 Minuten

10. Wie viele Lappen hat eine Lunge?

- ☐ 2
- ☐ 5
- ☐ 6

Die Lösungen finden Sie auf Seite 53

Das Deutsche Zentrum für Lungenforschung hat anlässlich seines 5-jährigen Jubiläums Aktionstage an seinen Standorten durchgeführt. In Hannover beispielsweise mit einem Informationsstand, Lungenfunktionsmessungen im Lufu Mobil (www.lufumobil.de) in der Innenstadt und auch diesem Wissenstest mit der Lunge „Paul“.

Das Finale fand am nördlichsten Standort in der Hafen-City Hamburg statt. Ein 40-köpfiges DZL-Team lief für den guten Zweck beim HSH Nordbank Run mit.

Quelle: www.DZL.de und [Breath Hannover](http://BreathHannover), www.lungenkuss.de



Der Respimat®

Laaaaangsam einatmen¹



Weitere Informationen zum Respimat®
finden Sie unter www.respimat.de

RESPIMAT®

¹ Deutsche Atemwegsliga e. V., Richtig inhalieren. <http://www.aterwegsliga.de/respimat.html> (Letzter Zugriff: 04.04.2017).



Patientenporträts Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Wie Professor Welte bereits im Beitrag ab Seite 05 dieser Ausgabe ausführte, handelt es sich bei COPD um eine sehr komplexe Lungenerkrankung. Individuelle Behandlungsstrategien in Abhängigkeit von der Gesamtsituation des jeweiligen Patienten sind daher notwendig.

Die Vielschichtigkeit der Erkrankung und möglicherweise auch die Einflussnahme von Begleitumständen und Begleiterkrankungen möchten wir Ihnen anhand der nachfolgend porträtierten Patienten etwas näher bringen. Sie werden dabei einige Gemeinsamkeiten finden, aber auch viele Unterschiede. Doch lesen Sie selbst!



Cornelia Schmelzle ist 60 Jahre alt und stammt aus Freiburg. 1999 wurde zunächst die Diagnose Asthma gestellt. Atembeschwerden beim Gehen bereits bei leichtem Anstieg hatten sie den Hausarzt aufsuchen lassen. Ein Inhalationsspray als Bedarfsmedikation, 10-15 Minuten vor einer Anstrengung eingenommen, brachte zunächst Erleichterung.

Nach und nach verschlechterte sich jedoch die Gesamtsituation. Ein hinzugezogener Lungenfacharzt diagnostizierte schließlich COPD. Beide Ärzte rieten Cornelia Schmelzle dringlich mit ihrem „Hobby“ Rauchen aufzuhören. Die drastischen Worte des Hausarztes und der Ausblick ohne Rauchstopp möglicherweise eine rasche weitere Verschlechterung der Erkrankung und eine frühe Berentung zu erfahren, machten nachdenklich.

Der Weg von 25-30 Zigaretten täglich – je nach Grad der erlebten Nervosität – auf Null war nicht leicht. Nach einem Jahr gelang ein erster Rauchstopp, der in den folgenden zwei Jahren jedoch immer wieder von Einzelschüben unterbrochen wurde. Heimlich, da als eigenes peinlich berührendes Unvermögen betrachtet. Dass Rauchen tatsächlich eine Sucht ist, von der es schwer ist loszukommen, wurde Cornelia Schmelzle immer klarer.

Geschafft! Seit 2002 ist Cornelia Schmelzle komplett rauchfrei. Kontakt mit Rauch, aber auch Dieselgeruch oder anfallende Stäube wie z. B. bei Bau- oder Renovierungsarbeiten etc. versucht sie seitdem komplett zu meiden – denn sie spürt deren Effekte auf ihre belastete Lunge sofort.

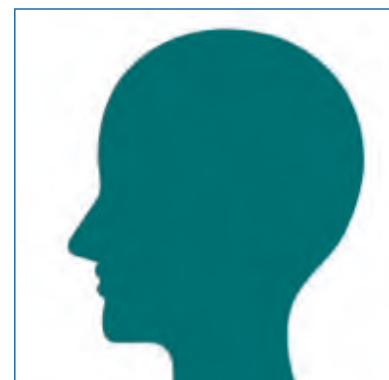
Im Jahr 2011 wurde die Verordnung einer Langzeit-Sauerstofftherapie (LOT) notwendig, 2016 zusätzlich eine nicht-invasive Beatmung (NIV). Die aktuelle Diagnose lautet COPD IV D, d.h. COPD in fortgeschrittenem Stadium, einem FEV1 Lungenfunktionswert unter 30 %, mit vermehrter Symptomatik und mehr als zwei akuten Verschlechterungen im Jahr.

Dennoch geht es ihr momentan relativ gut, sie hat die Erkrankung und die notwendigen therapeutischen Maßnahmen angenommen. Maßgebliche Unterstützung erhält Cornelia Schmelzle dabei von ihrem Mann: „Er steht immer hinter mir.“ Die LOT setzt sie äußerst geschickt drapiert ein, so dass der Nasenschlauch kaum sichtbar ist. „Die einzige Stelle die auffällt, wurde sogar schon als Nasenpiercing vermutet“, freut sich Cornelia Schmelzle.

Doch nicht immer fühlt sie sich so gut. Als besonders belastend empfindet sie vor allem seelische Stresssituationen und berichtet von der langen Pflegezeit der demenzkranken Mutter. „Bei psychischen Belastungen geht es mir letztendlich auch körperlich schlecht und der Umgang mit der eigenen Erkrankung fällt schwerer – man wird sensibler.“

Hilfreich waren in schwierigen Zeiten vor allem Rehabilitationsmaßnahmen. Insgesamt vier Mal hat Cornelia Schmelzle die Espan Klinik in Bad Dürkheim besucht. So konnte sie dort unmittelbar nach der Verordnung der LOT in einem speziellen Training den Umgang mit den verschiedenen Geräten, Techniken und ebenso dem Zubehör erlernen, was dessen Akzeptanz im täglichen Leben erheblich erleichtert hat. Erst vor Kurzem war sie nach einer akuten Verschlechterung mit Krankenhausaufenthalt wieder in Bad Dürkheim zu einer Anschlussheilbehandlung, die zur Stabilisierung ihrer gesundheitlichen Situation beigetragen hat. „Besonders profitiert habe ich von den vielfältigen täglichen Anwendungen, die mich kontinuierlich gefordert haben.“

L. Pempelfort ist 70 Jahre und lebt in Lindenberg im Allgäu. Bei L. Pempelfort liegt eine Verformung der Wirbelsäule (Morbus Scheuermann) vor. 2004 wurde während einer größeren Operation die Versteifung der Wirbelsäule von TH2 bis L1 notwendig. Dabei wurde die 7. Brust-



rippe entfernt. Die Situation der Wirbelsäule führte zu einem chronischen Schmerzsyndrom und entsprechender Dauermedikation mit starken Schmerzmitteln. Nach der Operation stellten sich Atem- sowie neurologische Beschwerden ein.

Weitere Erkrankungen belasten die Gesamtsituation, wie eine Knieoperation (TEP links), eine koronare Herzerkrankung mit Setzen eines Stents und aktuell die Diagnostik und Behandlung einer Schlafapnoe (Atemaussetzer während des Schlafes).

Erst im Jahr 2012 wurde in einer Lungenklinik die Diagnose COPD/ACOS gestellt. Aktuell liegt der GOLD-Status COPD II B vor, d.h. mit einem FEV1- Lungenfunktionswert im Bereich zwischen 50 und 79 %, einer niedrigen Exazerbationshäufigkeit (akuten Verschlechterungen) und einer stärker auftretenden Symptomatik. ACOS bedeutet Asthma-COPD-Syndrom, also eine Mischform von Asthma und COPD.

Gelegentlich geraucht hat L. Pempelfort in den 80er Jahre über einen kurzen Zeitraum von etwa zwei Jahren. Allerdings war er in jungen Jahren in einem selbstständigen KFZ-Betrieb tätig und hat mit konzentrierten Chemikalien zu Konservierungszwecken gearbeitet. Zum Schutz wurde lediglich eine Maske getragen, dessen verklebter Filter täglich gewechselt werden musste. Bereits damals hatte L. Pempelfort immer mal wieder Probleme mit den Bronchien. Für die Atemaussetzer wurde ein CPAP-Gerät und Konzentrador mit Maske 2016 verordnet.

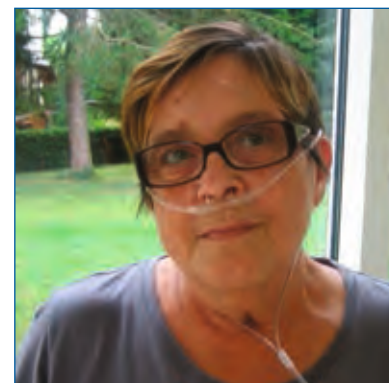
Wichtig sei trotz vielfältiger Belastungen, so L. Pempelfort, die Freude am täglichen Leben nicht zu verlieren. Das gesellschaftliche Leben, der Austausch, der letztendlich auch Halt gebe, dürfe nicht zu kurz kommen. Er besucht die Lindauer Selbsthilfegruppe der Sauerstoff- und BeatmungsLiga LOT, obwohl „ich kein ausgesprochener LOT-Patient bin“. Er fühlt sich dort wohl, schätzt den Erfahrungsaustausch und die Informationen.

Die Stetigkeit der körperlichen Belastungen (auch neurologische) sei schon ein arges Hemmnis und man müsse eisern an sich arbeiten und mit den vorhandenen Ressourcen gut umgehen.

Seine Ressourcen nutzt er, um Schwimmen zu gehen – „dabei wird man angenehm vom Wasser getragen“ – nimmt regelmäßig physiotherapeutische Maßnahmen in Anspruch und bewegt sich, wandert, wann immer es geht – und wenn es nicht so gut geht, bewegt er sich trotzdem – mit Rollator und Gehstock.

„Man darf nicht aufgeben, es ist wichtig, die Nase immer wieder nach oben zu halten.“

Ingrid Ebert aus Karlsruhe ist 66 Jahre. Die aktuelle Diagnose lautet COPD mit Lungenemphysem, Stadium IV B nach GOLD, was eine fortgeschrittene COPD, ein FEV1-Lungenfunktionswert unter 30 %, eine niedrige Exazerbationshäufigkeit und eine vermehrt auftretende Symptomatik bedeutet. Vor fünf Jahren wurde Ingrid Ebert auf eine Langzeit-Sauerstofftherapie eingestellt.



Entdeckt wurde das Vorliegen der COPD in Zusammenhang mit einer Lungenentzündung im Jahr 2000. Deutliche Luftnot war allerdings bereits früher (96/97) vorhanden. Als Raucherin hat Ingrid Ebert diese Symptomatik jedoch als normal eingestuft.

Nach der Diagnose erfolgte der Rauchstopp. Die Erkrankung entwickelte sich kontinuierlich weiter, jedoch langsam, so dass Ingrid Ebert bis zum Alter von 60 Jahren ihrem Beruf nachgehen konnte.

Die Auseinandersetzung mit und über die Erkrankung erfolgte sowohl über das Internet als auch über eine Selbsthilfegruppe der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland (www.lungenemphysem-copd.de) und Lungensportgruppe. In den Facebookgruppen „COPD was nun“ und „Atemnot“ ist sie besonders aktiv und berichtet von kontinuierlich regem Austausch.

Sie hat schnell gelernt, dass man als chronisch kranker Patient oft auf sich alleine gestellt ist und selber aktiv werden muss. Bei der Verordnung der Sauerstofftherapie (LOT) wurde dies besonders deutlich, da die heute vorhandenen technischen Möglichkeiten sehr vielfältig sind und selbst Ärzte kaum den Überblick behalten können. „Inzwischen suche ich im Vorfeld die Hilfsmittelnummern selbst heraus, bevor ich meinen Arzt um dessen Verordnung bitte“, schildert Ingrid Ebert.

Mit der LOT geht sie ganz offensiv um und hat dabei ein gesundes Selbstbewusstsein in der Öffentlichkeit. „Allerdings musste ich mir dies erst einmal erarbeiten“, so Ingrid Ebert. „Wenn ich das Gefühl habe, ich werde deswegen angeschaut, frage ich mein Gegenüber einfach, was stört und daraus entwickelt sich oftmals sogar ein angenehmes Gespräch.“

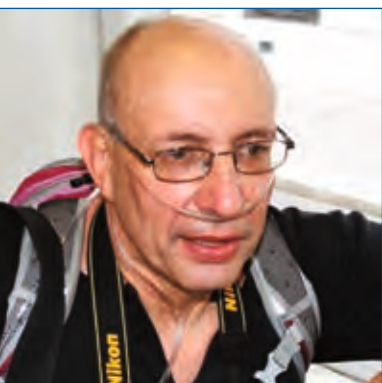
Auch in punkto Rehabilitation wurde sie selbst aktiv und griff nach Beantragung durch den behandelnden Hausarzt zum Telefonhörer, um dem zuständigen Mitarbeiter

der Krankenkasse zu schildern, wie der letzte Rehaaufenthalt zwei Jahre lang zur Verhinderung weiterer akuter Verschlechterungen beigetragen habe. Die Reha wurde bewilligt.

Mit ihrem Rollator hat Ingrid Ebert aktuell einen Radius von 600-800 Metern. Allerdings ist sie nach wie vor mit ihrem Auto unterwegs.

„Eine 24-stündige Sauerstoffversorgung bedeutet nicht das Ende der Welt. Auch unter dieser Therapie kann man noch relativ viel unternehmen.“

Ein Anliegen ist Ingrid Ebert in Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung besonders wichtig. Immer wieder hat sie erlebt, dass Patienten mit COPD im Alter von 60 oder älter, die mit dem Internet nicht vertraut sind, schnell auf ein Abstellgleis geraten. Diese Patientengruppe hat nur begrenzte Möglichkeiten einer umfassenden Information oder eines schnellen Austausches. Das Resultat sei, so Ingrid Ebert, dass die Patienten ihr Leben nur noch zu Hause verbringen, weshalb sie zu mehr Berücksichtigung der nicht internetaffinen Betroffenen auffordert.



Rainer Bennstein ist 57 Jahre alt und lebt in Berlin Brandenburg. Er leitet die dortige Selbsthilfegruppe von Alpha1 Deutschland e.V.

Aufgrund von Symptomen wie Husten und Atemnot war Rainer Bennsteins Schwester zum Arzt gegangen. Während der Familienanamnese wurde auch über die Lungenerkrankung

unbekannter Herkunft des verstorbenen Vaters gesprochen. Daraufhin veranlasste der Arzt eine Blutuntersuchung, bei der ein Alpha-1-Antitrypsinmangel diagnostiziert wurde. Da von diesem Gendefekt möglicherweise die ganze Familie betroffen sein könnte, wurde die Untersuchung der gesamten Familie empfohlen.

Auch Rainer Bennstein wies den Alpha-1-Mangel auf. Nun wusste er endlich, im Alter von 43 Jahren, was hinter seiner Kurzatmigkeit wirklich steckt. Sieben Jahre schon bestand die Symptomatik. Zunächst vermutet als Antwort des Körpers, auf den rapiden Abbruch des Leistungssports wegen einer Knieoperation. Danach wurde das Rauchen als mögliche Ursache ins Visier genommen. Trotz Rauchstopp trat keine Veränderung ein, die Kurzatmigkeit wurde eher stärker.

Die Gewissheit der Diagnose eines Alpha-1-Mangels mit COPD Stadium IV und Lungenemphysem im unteren Lungenlappen war daher eher eine Erleichterung. Es folgte eine Überweisung zum Lungenfacharzt und somit der Anfang einer gezielten Therapie.

Bei der Diagnose lag der FEV1-Lungenfunktionswert von Rainer Bennstein bei 35 %, Vor der Diagnose hatte er einen Abbau der Lungenfunktion von etwa 1,5 % pro Jahr. Der Beginn einer wöchentlichen Substitutionstherapie, bei der dem Körper Alpha-1-Antitrypsin zugeführt wird, konnte die Geschwindigkeit des Abbaus auf jährlich etwa 0,15 % erheblich bremsen. Heute liegt der FEV1-Wert bei 28 %. Symptome an Magen, Darm und Haut reduzierten sich ebenfalls nach Einsetzen der Therapie.

Seit 2008 ist Rainer Bennstein anerkannt für eine Transplantation, doch noch gilt er für eine Aufnahme in die Warteliste als zu gesund. Zur Situationserhaltung wird einmal jährlich eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt.

Wissen hat sich Rainer Bennstein wo immer es geht angeeignet: über Ärzte, das Internet, Alpha1 Deutschland, die Reha – und auch als Teilnehmer von Alpha-1-Studien, denn nach wie vor ist die Erforschung des Gendefekts Alpha1 noch ganz am Anfang.

Besonders hilfreich ist dabei, dass Rainer Bennstein vom Tag der Diagnose an akribisch den Verlauf seiner Erkrankung selbst im Detail dokumentiert hat. Von allen ärztlichen Unterlagen hat er sich Kopien geben lassen, alle Werte notiert. Diese nun seit 13 Jahren bestehende Dokumentation ist inzwischen nicht nur für ihn, sondern insbesondere auch für seine Ärzte mehr als hilfreich.

Rainer Bennstein geht mit seiner Erkrankung sehr aktiv um und kann bei einer Reihe von ehrenamtlichen Aufgaben sogar andere Betroffene unterstützen. Auch seinen körperlichen Aktivitäten geht er im Rahmen des Möglichen und je nach Tagesform nach: er reitet, fährt Fahrrad, geht Schwimmen und in die Sauna und betreibt einmal pro Woche Kraftsport.

„Ich habe gelernt, auch wenn man ziemlich krank ist, kann es einem gut gehen. Doch jeder muss selbst herausfinden, was ihm dabei hilft und was nicht. Ich kann nur empfehlen, immer auf die eigenen Körpersignale zu hören. Haben Sie den Mut, bei ihrem Arzt alles anzusprechen, was Ihnen wichtig ist. Und, stehen Sie zu ihrer Erkrankung. Allzu oft erlebe ich, dass Betroffene Probleme mit der eigenen Erkrankung haben und sich dadurch unnötig das Leben schwer machen.“

(SH)

Gut zu wissen Inhalationssysteme

In der Regel wird die medikamentöse Therapie bei Atemwegs- und Lungenerkrankungen über den Weg einer Inhalation verabreicht. Die Vielfalt der zur Verfügung stehenden Inhalationssysteme ist in den vergangenen Jahren stetig gewachsen.



Im Gespräch mit **Dr. Peter Haidl**, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Abteilung Pneumologie II des Fachkrankenhauses Kloster Grafschaft in Schmallingenberg, erhalten wir wichtiges Basiswissen und Hinweise, die entscheidend für eine optimale Anwendung und Wirkung der Inhalationstherapie sind.

In seiner wissenschaftlichen Tätigkeit befasst sich Dr. Haidl schwerpunktmäßig mit den Bereichen Depositionsverhalten von Aerosolen, d.h. der Ablagerung der inhalierten Medikamentenpartikel in den Atemwegen, sowie mit klinischen Problemen, d.h. Problemen von Patienten bei der Anwendung der Inhalationstherapie.

Welche Vorteile bringt die Inhalationstherapie mit sich?

Der große Vorteil einer Inhalation ist, dass sie die direkte Verabreichung der Medikamente am Ort der Erkrankung, sprich dem Bronchialsystem oder der Lunge ermöglicht. Die direkte Verabreichung führt dazu, dass man mit niedrigeren Dosen auskommt, was wiederum zur Folge hat, dass damit auch die Nebenwirkungsrate abnimmt.

Dies sind zunächst einmal sehr positive Eigenschaften. Allerdings ist die Anwendung eines Sprays etwas ganz anderes, als die gewohnte Tablette, die man „nur“ in den Mund steckt und mit etwas Wasser hinunterschluckt. Besondere Hinweise und Verhaltensmerkmale sind zu beachten.

Worauf kommt es bei einer Inhalationstherapie an? Welche Rolle spielen die Partikelgröße des Medikamentenwirkstoffs und die Geschwindigkeit der Inhalation?

Es ist tatsächlich so, dass – wie Sie richtig formulieren – es gar nicht so einfach ist, das Medikament wirklich in den Bronchialbaum zu bekommen. Bereits der Rachen ist eine erste Hürde für die Deposition des Medikamentes.



Mehrere Faktoren sind bei der Inhalationstherapie von Bedeutung:

Die Größe der Partikel eines Medikamentes ist ein Faktor. Je größer die Teilchen sind, umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit, den Rachen zu passieren und die Lunge zu erreichen. Wobei die Inhalationssysteme nie ein Medikament einer einzigen Partikelgröße enthalten. Eine Inhalation ist durchaus mit einem Schrotschuss zu vergleichen, die Partikelgröße der Medikamentensubstanz unterliegt immer einer großen Schwankung.

Was aber insbesondere unterschätzt wird, ist die Dauer der Inhalation. Die Aufenthaltszeit für ein Medikament im Bronchialsystem ist ganz entscheidend für dessen Wirkung, denn die Wirkung wird dadurch hervorgerufen, dass die Teilchen in den Atemwegen sedimentieren (sich absetzen). Das bedeutet also, die Schwerkraft spielt eine wichtige Rolle und das Phänomen der Schwerkraft ist zeitabhängig.

In Folge dessen ist entscheidend, vor einer Inhalation zunächst erst einmal auszuatmen, um dann möglichst lange nach Freisetzung der Dosis einatmen zu können.

Das ist das Grundprinzip, auf das es ankommt.

Die Geschwindigkeit der Inhalation – d.h. ob der Patient schnell und tief oder möglichst langsam einatmen muss – hängt vom jeweiligen Inhalationssystem (Device) ab.

Die optimale Wirkung einer Inhalation besteht aus den Faktoren Partikelgröße, Aufenthaltsdauer des Medikamentes in den Atemwegen und dem Inhalationsfluss.

Gibt es grundsätzliche Prinzipien, die bei allen derzeit auf dem Markt befindlichen Inhalationsgeräten gleichermaßen zu beachten sind und wenn ja, welche?

Grundprinzipien sind vor allem das langsame und tiefe **Ausatmen vor der Inhalation** und die **Atemanhaltezeit am Ende der Inhalation** – insbesondere gilt dies für cortisonhaltige Inhalationen.

Empfehlen würde ich zudem bei der Inhalation eine sitzende Position und einen leicht in den Nacken gelegten Kopf, da dann der Rachen weniger stark gebogen ist.

Die Vielfalt der zur Verfügung stehenden Inhalationssysteme ist inzwischen sehr groß und deren Anwendung zudem verschieden. In welche Kategorien bzw. Klassen können die Systeme dennoch unterteilt werden und was sind deren jeweilige Merkmale?

Insgesamt vier große Gruppen an Inhalationssystemen stehen zur Verfügung.

Da ist einmal die große Gruppe der Dosieraerosole (pMDI), dann haben wir die Trockenpulversysteme (DPI), den Respiromat und die Vernebler.

	Dosieraerosol	Trockenpulver-inhalatoren	Respiromat	Vernebler
Merkmale	Freisetzung durch Treibgas	Freisetzung durch den Einatemfluss des Patienten	Erzeugung einer feinen Flüssigkeit durch einen Federmechanismus	Vernebelung einer Flüssigkeit mithilfe eines Kompressors oder einer Ultraschall-Quelle
	Hohe und konstante Dosis	Geringe Koordinationsprobleme	Langsame und lange bestehende Aerosolwolke	Geeignet besonders für Kinder und Senioren mit Koordinations- und Handhabungsproblemen
	Dosis unabhängig vom Inspirationsfluss des Patienten	Schwankende Dosis	Koordinationsprobleme geringer als bei Dosieraerosolen	Freie Mischbarkeit von Medikamenten
	Koordination zwischen Auslösen des Sprühstoßes und Einatmung notwendig	Unterschied von Einzel- und Mehrfachdosissystemen		Kombination mit Physiotherapiegeräten (PEP, Cornet)

Wie wird herausgefiltert, welches System zu welchem Patienten passt und welche Rolle spielt dabei die Auswahl bzw. Notwendigkeit der zu verabreichenden Wirksubstanz.

An erster Stelle steht die Auswahl des Medikamentes bzw. der Arzneimittelsubstanz. Der Arzt stellt zunächst fest, welches Medikament für den Patienten infrage kommt.



Dosieraerosole

Danach folgt die Überlegung, welche Inhalationssysteme für diese Substanz zur Verfügung stehen. Stehen unterschiedliche Kategorien von Systemen zur Verfügung, erfolgt eine Einschätzung der Erkrankungsschwere des Patienten, um das passende System auswählen zu können. Dabei sind beispielsweise Fragen zur Schwere der vorliegenden Obstruktion (Verengung) der Bronchien und den manuellen Fähigkeiten (z. B. bei Vorliegen einer Arthrose) von Relevanz.

Wenn dieser Themenkomplex abgeklärt ist, folgen die beiden nächsten wichtigen Fragen:

1. Kann der Patient zwischen Sprühstoßauslösung und Einatmung koordinieren?
Wenn nicht, können Dosieraerosolen nicht eingesetzt werden bzw. nur mit Hilfe von Inhalationshilfen (Spacern) oder als atemzuggesteuertes System.
2. Ist der Inspirationsfluss (Einatemfluss bzw. die Einatemtiefe) ausreichend hoch, um ein Pulver zu zerkleinern?
Wenn nicht, können Pulverinhalationen nicht eingesetzt werden.

Wie sollte der Umgang mit einem Inhalationsgerät erlernt bzw. geübt werden?

Ich persönlich würde zunächst fragen, ob der Patient bereits Erfahrungen mit einem Inhalationssystem gewonnen hat und ob er mit diesem zurecht gekommen ist.

Hat man bei der Erstversorgung ein Inhalationssystem ausgesucht, ist eine Anleitung oder besser noch eine Schulung durch den Arzt oder das Praxisfachpersonal entscheidend. Die richtige Anwendung sollte regelmäßig geübt, d.h. durch den Patienten demonstriert werden.

Hierbei sollte neben dem Arzt, durchaus auch der Apo-



Pulverinhalatoren



Wir sind Teva Atemwege

Teva gehört zu den führenden Herstellern von Arzneimitteln gegen Asthma und COPD. Wir entwickeln neue Wirkstoffe und Medikamente, um das Leben für Atemwegspatienten und ihre Angehörigen leichter und unbeschwerter zu gestalten.

Besonders am Herzen liegt uns die einfache Handhabbarkeit von Inhalationsgeräten. Daher lassen wir uns bei der Entwicklung dieser Geräte von den Patienten und ihrem Alltag inspirieren. Dies macht es uns möglich, Inhalationsgeräte für das echte Leben zu entwickeln, mit einer auf Anhieb verständlichen Bedienung.

NEU: www.aktiv-durch-atmen.de

thecker einbezogen werden. Klar ist, dass ein alleiniger Verweis auf den Beipackzettel nicht ausreichend ist.

Kommen im Verlauf einer COPD in der Regel verschiedene Inhalationssysteme zum Einsatz?

Dies ist durchaus möglich, da mit zunehmender Schwere der Obstruktion der Bronchien auch der Inspirationsfluss kritischer wird, so dass dann vielleicht ein Dosieraerosol mit Spacer (Inhalationshilfe) oder der Respimat eher in Frage kommen.

Natürlich nehmen mit zunehmendem Alter die manuellen Fähigkeiten ab, auch da kann im Einzelfall einmal der Vernebler eine Möglichkeit darstellen, Medikamente zu verabreichen.

Es gibt durchaus Situationen, in denen dem Patienten in der Apotheke ein anderes Inhalationssystem mitgegeben wird, als das bisher bekannte und vom Arzt verordnete. Wie sollten sich Patienten verhalten?

Wichtig ist zunächst einmal, dass der Patient wahrnimmt, dass der Apotheker ihn auch in der Anwendung des neuen Systems korrekt schult. Wenn der Apotheker dem Patienten das neue System nur aushändigt ohne erneute Schulung, ist dies nicht ausreichend.

Allerdings sollte der Patient das neue System auch nicht sofort ablehnen. Wichtig ist jedoch, dass der Patient im System gut geschult ist.

Auch sollte der Patient den Apotheker nach dem Grund der Änderung fragen. Der häufigste Grund sind Rabattverträge der Herstellerfirmen mit Krankenkassen.

Hat der Patient nun das neue Inhalationssystem in Gebrauch und stellt eine Veränderung der Erkrankung und der Symptomatik fest, muss er auf jeden Fall Rückspra-

che mit seinem behandelnden Hausarzt oder Lungenfacharzt nehmen. Negative Veränderungen sprechen dafür, dass der Patient mit dem neuen Inhalationssystem nicht zurecht kommt und die inhalierte Dosis zu gering sein kann.

Bleibt die Erkrankung stabil, ist der Austausch in Ordnung.

Manchen Patienten wird nicht nur eine Substanz zur Inhalation verordnet, sondern mehrere bzw. ergänzend ein sogenanntes Bedarfsmedikament. Worauf sollte dabei geachtet werden?

Die Empfehlung lautet prinzipiell, beide Substanzen (Dauermedikament und Bedarfsmedikament) sollten in der gleichen Kategorie von Inhalationssystemen – also Dosieraerosole, Pulverinhalationen (Tabelle Seite 18) verabreicht werden. Der Grund hierfür sind die ganz unterschiedlich auszuführenden Inhalationsmanöver.

In der Praxis ist es allerdings nicht immer einfach, das Grundprinzip der gleichen Inhalationssysteme umzusetzen, da traditionell die Bedarfsmedikation in sehr hohem Maße im Dosieraerosol angeboten wird.

Eine mögliche Alternative können sog. SMART-Konzepte, das sind fixe Kombinationen aus Dauermedikation und Bedarfsmedikation in einem Inhalationssystem, bieten.

Welche Fehler treten bei den verschiedenen Kategorien der Inhalationssysteme am häufigsten auf?

Bei Dosieraerosolen ist die Koordination ein Problem, d. h. die Abstimmung des Beginns der Inhalation mit der Auslösung des Sprühstoßes. Manche Patienten inhalieren sehr schnell und kurz. Dann verbleibt viel Medikament im Rachen und in der Folge erreicht eine zu geringe Dosis das Bronchialsystem.

Beispiel für Vernebler



Respimat



Bei Trockenpulver bestehen die häufigsten Fehlerquellen in einem zu niedrigen Inspirationsfluss und dem Ausatmen in das System zu Beginn der Inhalation. Patienten nehmen den Pulverinhalator an den Mund und bevor sie ausatmen, pusten sie in das System hinein. Das führt bei den meisten Pulverinhalatoren zur Verklumpung des Medikamentes, das dann zu groß für eine Inhalation ins Bronchialsystem geworden ist.

Beim RespiMAT ist auch die Koordination eine Fehlerquelle, wobei dieses System ein bisschen weniger problematisch ist als ein Dosieraerosol, da der Sprühnebel des RespiMATS sehr langsam austritt.

Bei Verneblern ist gelegentlich zu beobachten, dass manche Patienten zu schnell inhalieren. Durch dieses Verhalten kann sich eine dynamische Überblähung mit Luftnot entwickeln (lesen Sie hierzu auch den Beitrag von Sabine Weise ab Seite 30).

Zudem werden Vernebler manchmal ungenügend gereinigt, da die hygienischen Maßnahmen aufwändiger sind als bei einem in der Hand zu haltenden System. Empfehlenswert ist, einen Vernebler einfach in der Spülmaschine zu reinigen.

Welche Neuerungen/Entwicklungen erwarten Sie in naher Zukunft auf dem Markt der Inhalationssysteme?

Prinzipiell neue Systemklassen sind nicht zu erwarten. Was jedoch in nächster Zeit kommen wird, sind sog. Triplekombinationen. Derzeit haben wir langwirksame Anticholinergika (LABA) und langwirksame bronchial erweiternde Substanzen (LABA) als feste Kombination in einem Inhalationssystem zur Verfügung. In Zukunft wird es neben diesen fixen Zweifachkombinationen auch die Dreifachkombination LAMA, LABA plus Cortison geben. Die Dreifachkombination wird jedoch in den bewährten Inhalationssystemen angeboten werden.

Welche Tipps und Hinweise können Sie Patienten im Umgang mit dem Inhalationsgerät über das bisher gesagte hinaus geben?

Gerade bei einer COPD sollte die **Inhalation morgens, unmittelbar nach dem Aufstehen** durchgeführt werden. Es ist so ein Klassiker, den wir oft in der Praxis bei Patienten erleben, die über morgendliche Luftnot klagen. Fragt man nach, wann sie inhalieren, erhalten wir stets die Antwort: Nachdem sie sich angezogen oder gefrühstückt haben. Daher der Tipp: sobald Sie die Augen aufhaben, gleich inhalieren. Dadurch kann das morgendliche Tief besser überwunden werden.

Weiterhin ist ganz wichtig, dass jeder Patient einen **The-**

rapieplan besitzt. Aus diesem Therapieplan sollte hervorgehen, welches Medikament für die Dauertherapie und welches die Bedarfsmedikation ist. Weiterhin sollte der Therapieplan die unterschiedliche Wirkweise eines jeden Medikamentes enthalten. Den meisten Patienten ist die Wirkweise nicht bekannt.

Doch gerade das **Wissen um die Wirkweise** ist aufgrund der Vielfalt von Inhalationssystemen besonders wichtig und hilft, die Zahl an Doppelmedikationen, die derzeit stetig zunimmt, zu vermeiden. Es kommt vor, dass Patienten das gleiche Medikament in unterschiedlichen Inhalationssystemen inhalieren, ohne dies zu wissen. Dies führt dann jedoch nur zu einer Zunahme von Nebenwirkungen und in keiner Weise zur Zunahme der gewünschten Wirkung.

Ein weiterer Tipp ist die Nutzung eines Inhalationssystems mit einem **integrierten Zählwerk**. So kann die Anzahl der Inhalationen und die Anzahl der noch vorhandenen Inhalationshübe am Gerät abgelesen werden.

Neben der korrekten Anwendung des Inhalationssystems ist die Regelmäßigkeit der Inhalation entscheidend. Viele chronisch kranke Patienten, gleich welcher Erkrankung, tun sich verständlicherweise schwer, jeden Tag regelmäßig Medikamente einzunehmen. Aufgrund von Untersuchungen wissen wir, dass Patienten, die über die Dauer eines Jahres ein verordnetes Medikament einnehmen müssen, tatsächlich nur in 20 % der Fälle dies regelmäßig tun. Wenn eine Inhalation zur unmittelbaren Symptomlinderung führt, fällt die Anwendung zuverlässiger aus. Bei einer Dauertherapie (z. B. Cortison bei Asthma, Medikamente zur Senkung der sog. Exazerbationshäufigkeit) ist es problematischer.

Über die Therapietreue (Adhärenz) sollten Arzt und Patient offen sprechen, ohne dabei einen Gedanken des Misstrauens oder schlechten Gewissens zu haben. Für den behandelnden Arzt ist die Information, wie oft der Patient seine Inhalation tatsächlich anwendet, ein wichtiger Baustein, um den Erkrankungsstatus beurteilen und somit im Sinne des Patienten handeln zu können.

(SH)

... mehr Wissen

www.atemwegsliga.de

umfangreiche Informationen und Videos

www.copd-deutschland.de

Ratgeber Inhalation

Exazerbation

Gut zu wissen

Bedarfsmedikation und mehr...



Während einer Informationsveranstaltung für Atemwegs- und Lungenpatienten nachgefragt, ist den meisten Teilnehmern der Begriff „Bedarfsmedikation“ nicht bekannt. Nur wenige wissen, dass neben einer Dauermedikation, mit einer Wirkung über 12-24 Stunden (Formoterol = 12 Std., Spiriva = 24 Std.), bei der Erkrankung COPD / Lungenemphysem auch Medikamente für den Bedarf eingesetzt werden. Grund genug, dass Thema aufzugreifen.



Im Gespräch mit **Dr. Adelheid Bisping-Arnold**, Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Freising, erfahren wir mehr.

Was ist mit dem Begriff Bedarfsmedikation gemeint und wann sollte sie eingesetzt werden?

Hierbei handelt es sich um eine Medikation, die man nicht regelmäßig anwendet, sondern nur im Bedarfsfall einsetzt. Es handelt sich um schnell wirksame, die Bronchien erweiternde Medikamente zur Inhalation, deren Wirkung im Mittel nur 4 Stunden anhält.

Eine Bedarfsmedikation wird z. B. eingesetzt zur Vorbereitung auf Situationen, bei denen man weiß, dass sich voraussichtlich Atemnot einstellt. Dies können beispielsweise Anstrengungen wie sportliche Betätigungen oder das Einkaufen sein.

Ebenso wird die Bedarfsmedikation natürlich in akuten Luftnotsituationen verwendet, beispielsweise wenn man in der Nacht mit Luftnot aufwacht.

Statt Bedarfsmedikation wird häufig der Begriff Notfallmedikation verwendet.

Warum ist Bedarfsmedikation die korrekte Bezeichnung?

Aus einer Bedarfsmedikation wird häufig eine Notfallmedikation, der Begriff „Notfall“ wird auch ärztlicherseits wesentlich häufiger verwendet, so dass bei Patienten meist nur der Notfall präsent bleibt. Das bringt jedoch die Problematik mit sich, dass die Bedarfsmedi-

kation nicht angewendet wird. Der Begriff „Notfallmedikation“ macht Patienten Angst. Einen Notfall möchte man nicht erleben. Patienten hinterfragen daher jede Situation, die mit Luftnot einhergeht: „Ist das jetzt ein Notfall?“ Und antworten auf die Frage meist mit einem „Nein, es geht mir ja noch nicht so schlecht.“

Das eingangs angesprochene Ziel einer Bedarfsmedikation, Atemnotsituationen vorzubeugen und zu therapieren, geht mit der falschen Begrifflichkeit verloren. Akute Atemnotsituationen werden möglicherweise sogar harmlos und die Bedarfsmedikamente zu selten eingesetzt.

Wann sollte eine Verordnung für die Bedarfsmedikation vorgenommen werden?

Jeder Patient mit Atemnot, wie z. B. klassischerweise die COPD, sollte bei einer Erstverordnung zusammen mit der Dauermedikation, also einem langwirksamen Bronchien erweiternden Medikament, auch die Bedarfsmedikation, also ein zusätzliches kurzwirksames Bronchien erweiterndes Medikament, erhalten.

Das Bedarfsmedikament sollte jeder Patient immer griffbereit bei sich haben. So ist er auf der sicheren Seite.

Ist eine entsprechende Verordnung nicht erfolgt, sollten Patienten bei ihrem nächsten Termin den behandelnden Arzt darauf ansprechen.

Sollte die Anwendung der Bedarfsmedikamente erlernt, geübt werden?

Die Anwendung des Inhalationssystems (Device) des Bedarfsmedikamentes sollte ebenso geübt werden, wie die Dauermedikation, alleine schon vor dem Hintergrund, dass ein Bedarfsmedikament nicht so oft eingesetzt wird.

Die richtige Anwendung sollte regelmäßig durch den behandelnden Arzt kontrolliert werden. Fragt Ihr Arzt nicht automatisch danach, sprechen Sie ihn darauf an und demonstrieren Sie ihm die Anwendung.

Der richtige Umgang mit einer Bedarfsmedikation bildet die wichtigste Grundlage der Therapie.

Um welche Medikamente/Substanzen handelt es sich, was sollten Patienten dazu wissen?

Zum einen handelt es sich um die Substanz Salbutamol (bzw. alle Medikamentennamen, die mit Salbu... beginnen) und zum anderen um Fenoterol (Berodual). Bei beiden Medikamenten handelt es sich um kurzwirksame Betamimetika, also schnell wirksame Bronchien erweiternde Substanzen.

Diese beiden Substanzen werden standardmäßig eingesetzt.

Wie sollten Patienten die Bedarfsmedikation „organisieren“?

Eine Bedarfsmedikation sollte man unmittelbar bei sich tragen. Bei Frauen befindet sie sich meist in der Handtasche, Männer bewahren sie häufig dort auf, wo früher die Zigaretten aufbewahrt wurden oder in der Hosentasche. Beachten Sie, die Medikation sollte nicht in der prallen Sonne liegen.

Bedarfsmedikation sollte immer erreichbar sein. Zu Hause kann das das Nachtschränken sein oder ein anderer fester Platz, so dass man selbst oder aber auch die Familie nicht danach suchen muss.

Was sollten Angehörige zur Bedarfsmedikation wissen, wie sollten sie einbezogen werden?

Der nächste Partner oder Angehörige sollte gleichermaßen wissen, wo die Bedarfsmedikation ist und wie sie angewendet wird. Tritt tatsächlich einmal eine Notsituation ein, muss er informiert sein. Ebenso muss der Angehörige die Rufnummer des behandelnden Arztes und Notarztes kennen.

Liegt eine Atemnotsituation vor, sollte der Angehörige nicht zu sehr auf den Patienten einwirken, allerdings immer präsent sein, für seine Bequemlichkeit sorgen und sich mit den wichtigsten Notwendigkeiten und Handreichungen der Erkrankung auskennen. So kann in einer echten Notfallsituation mit der nötigen Ruhe gezielt gehandelt werden.

Die aktuelle Definition der akuten Verschlechterung besagt, dass jede medikamentöse Veränderung eine Exazerbation bedeutet. Zeigt somit bereits jeder Einsatz eines Bedarfsmedikamentes eine Exazerbation an und sollte dies auch beim nächsten Termin dem Arzt mitgeteilt werden?

Die Anwendung einer Bedarfsmedikation im normalen Rahmen bedeutet keine Änderung der Medikation und

ist somit auch keine Exazerbation.

Beispielsweise bei besonderen Anstrengungssituationen oder in manchen Fällen auch witterungsbedingt, ist durchaus öfters der Einsatz eines Bedarfssprays notwendig. Diese Anwendungen befinden sich im üblichen Rahmen.

Treten die Situationen jedoch häufiger auf und es wird notwendig, mehr als 3–4 Mal täglich über einen Zeitraum von mehr als 2–3 Tagen den Bedarfsspray einzusetzen, liegt eine Exazerbation vor und der behandelnde Arzt muss über die Situation informiert werden.

Wann sollte bei einer sich verändernden, verschlechternden Situation, trotz Einsatz der Bedarfsmedikation der Notarzt gerufen werden?

Stellt sich akute Luftnot ein, sollten Patienten wie folgt handeln (siehe auch Seite 27):

- zwei Hübe des Bedarfssprays
- zehn Minuten in atemerleichternder Körperhaltung – Lippenbremse abwarten
- stellt sich keine Besserung ein, zwei weitere Hübe des Bedarfssprays
- Einnahme von Theophyllintropfen, ggf. sub cutan (unter die Haut verabreicht) Bricanyl
- weitere zehn Minuten in atemerleichternder Körperhaltung – Lippenbremse abwarten
- verbessert sich die Situation nicht, rufen Sie den Notarzt (Telefon 112)

Patienten, mit bereits vorliegenden Exazerbationen wird ein „echtes“ Notfallmedikament verordnet. Hierbei handelt es sich in der Regel um ein lösliches Theophyllin-Präparat in Tropfenform oder eine Cortisontablette. Cortison hat insbesondere eine rasche Wirkung auf die Entzündung, die mit einer Exazerbation einhergeht und somit auf die Atemnot. Theophyllin wirkt schnell Bronchien erweiternd.

Das Notfallmedikament sollte nach dem zweiten Satz Hüben des Bedarfsmedikamentes ergänzend eingesetzt werden. Auch hier gilt, nach weiteren zehn Minuten bei einer nicht verbesserten Situation den Notarzt anzurufen.

In der Regel ist bei einer gut eingestellten COPD oder einem Asthma der Einsatz eines Notfallmedikamentes jedoch nicht notwendig.

(SH)



Den Alltag meistern

Exazerbation und Psyche

Ein vielschichtiges Wechselspiel

Plötzliche Krankheitsschübe bei chronischen Erkrankungen heißen in der medizinischen Fachsprache „Exazerbationen“. COPD-Patienten denken bei diesem Begriff vermutlich sofort an Infekte und Atemnot, Rettungsdienst und Notaufnahme, Cortison und Beatmungsmaske. Neben den medizinischen Maßnahmen rückt die Rolle der Psyche bei Exazerbationen immer mehr in den Blickpunkt. Im folgenden Artikel soll das Wechselspiel zwischen Exazerbation und Psyche von mehreren Seiten beleuchtet werden.

Wie erleben COPD-Patienten eine Exazerbation?

Jeder Patient hat seine individuelle Krankheitsgeschichte: Stabile Phasen und akute Verschlechterungen bedeuten für jeden Betroffenen etwas anderes. Dennoch werden im Zusammenhang mit Exazerbationen bestimmte Themen von COPD-Patienten besonders häufig genannt:

- Angst und Panik bei Exazerbationen

Viele COPD-Patienten reagieren auf die akute Verschlechterung mit Angst oder gar Panik. Vor allem ein Teufelskreis wird beschrieben: „Ich dachte, jetzt schlägt mein letztes Stündlein. Ich war panisch und diese Panik raubte mir das letzte bisschen Luft.“



- Selbst-Management bei Exazerbationen

COPD-Patienten, die bereits Erfahrungen mit Exazerbationen gesammelt haben, wissen um den Teufelskreis von Angst und Atemnot. Manche von ihnen können sich mit Selbst-Management-Techniken beruhigen, die sie beispielsweise in einer Pneumologischen Rehabilitation erlernt haben: „Wenn das Atmen schwerer wird, nehme ich meine Notfallmedikamente,

stütze mich nach vorne ab und mache ganz bewusst die Lippenbremse und all das... Nach zehn, fünfzehn, manchmal zwanzig Minuten beruhigt sich dann der Atem. Aber es ist schon ein Horror, wenn alles außer Kontrolle gerät.“

- Angehörige bei Exazerbationen

Die Rolle der Angehörigen beim Umgang mit Angst und Panik in den akuten Phasen wird widersprüchlich erlebt. Praktische Hilfestellungen sind willkommen: Notfallspray richten, Inhalation vorbereiten, Arzt informieren usw. Manche Patienten erleben auch die Nähe eines Angehörigen, seine beruhigenden Worte, Gesten und Berührungen als unterstützend: „Du bist nicht allein ... Es wird bald besser ... Ich kümmere mich ...“

Doch nicht für alle COPD-Patienten sind die Aktionen ihrer Angehörigen hilfreich; einige erleben sie sogar als hinderlich: „Niemand kann für mich atmen. Am besten, alle lassen mich in Ruhe mit ihrer Angst und ihren Kommentaren!“

- Rettungsdienst bei Exazerbationen

Medizinische Fachkräfte werden bei Exazerbationen in der Regel von Patienten positiv bewertet: Rettungssanitäter und Notdienste vermitteln durch ihr routiniertes Vorgehen meist Sicherheit. „Im Krankenwagen konnte ich erstmals entspannen. Gottseidank, dachte ich, jetzt bekomme ich endlich Hilfe.“ Im günstigsten Fall setzt sich diese Atmosphäre der Sicherheit und Entspannung fort, wodurch Angst und Panik bei der Ankunft im Krankenhaus oft bereits deutlich abgenommen haben.

- Klinikerfahrungen bei Exazerbationen

In der Klinik benötigen COPD-Patienten mit akuten Krankheitsschüben eine besonders umsichtige Behandlung. Sie sind körperlich und psychisch in einer kritischen Situation und extrem verletzlich. Eine ganzheitliche Therapie der Exazerbation sollte deshalb sowohl medizinische und physiotherapeutische als auch psychologische Maßnahmen umfassen.

Um die psychosomatischen Angebote bei Exazerbationen auf die individuellen Bedürfnisse jedes einzelnen Patienten abzustimmen, lohnt ein Blick auf die aktuelle Studienlage: Was sagt die Forschung zu den wechselsei-

tigen Beziehungen zwischen Exazerbationen und Psyche?

Psychische Störungen sind Risikofaktoren für gehäufte Krankenhausaufenthalte bei COPD

Betrachtet man die häufigsten Gründe für eine kurzfristige stationäre Wiederaufnahme von COPD-Patienten wegen akuter Verschlechterung, so fallen die zahlreichen psychosozialen Probleme ins Auge.

Angst
Depression
Panikstörung
Körperliche Behinderung
Männliches Geschlecht
Niedriger Lebensstandard
Schwere Einschränkung der Lungenfunktion
Höheres Lebensalter
Schwere Hypoxämie (Sauerstoffmangel im Blut)
Schwere Atemnot
Soziale Isolation
Mangel-Fehlernährung
Mindestens zwei Begleiterkrankungen
Drogenmissbrauch
Alkoholmissbrauch

Eine große Studie über zehn Jahre (2001 bis 2011) hat 135.498 stationäre Aufnahmen von COPD-Patienten untersucht. Sie findet bei jedem 4. bis 5. der aufgenommenen Patienten eine oder mehrere psychische Störungen. Für COPD-Patienten mit Depressionen, Angststörungen, Psychosen, Alkohol- oder Drogenmissbrauch lassen sich eindeutig erhöhte Wiederaufnahmeraten **innerhalb von 30 Tagen** nachweisen. Eine andere Studie zeigt, dass speziell für COPD-Patienten mit Depressionen auch die stationäre Wiederaufnahmerate innerhalb eines Jahres signifikant (bedeutsam) erhöht ist.

Fazit für die Praxis: Psychosoziale Probleme von COPD-Patienten aufmerksam wahrnehmen, einfühlsam ansprechen und angemessen behandeln.

Ältere COPD-Patienten mit häufigen Exazerbationen entwickeln vermehrt depressive Symptome

Dass COPD, Angst und Depressionen häufig gemeinsam auftreten, ist keine Neuigkeit. Dass jedoch die Anzahl der Krankheitsschübe im Laufe der letzten zwölf Monate ein unabhängiger Risikofaktor für die Entwicklung einer depressiven Störung ist, lässt aufmerken. Neben der „Atem-Not“ sollte auch die „Seelen-Not“ bei COPD-Patienten mit häufigen Exazerbationen erfasst werden.

Fazit für die Praxis: Bei älteren COPD-Patienten besonders auf die Psyche achten.

Im akuten Krankheitsschub zeigen COPD-Patienten häufiger eine eingeschränkte geistige Leistungsfähigkeit

Studienergebnisse legen nahe, dass sich die geistige Leistungsfähigkeit während einer COPD-Exazerbation verschlechtert und nur langsam im Laufe von Wochen oder Monaten erholt. Dies gilt besonders für die kognitiven Funktionen „Kurzzeitgedächtnis“ und „Merkfähigkeit“. Als Ursache für die Leistungsminderung werden u. a. diskutiert:

- Hypoxämie (Sauerstoffmangel im Blut)
- hohe Steroiddosen (Cortison)
- Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus

Interessant ist die Beobachtung, dass sich diese kognitiven Beeinträchtigungen offensichtlich **nicht direkt** auf die körperliche Leistungsfähigkeit oder auf den Behandlungserfolg einer Pneumologischen Rehabilitation aus-

Anzeige



Espan-Klinik mit Haus ANNA

Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen



Gesundheitsarrangement
z.B. „Tief durchatmen“
1 Woche
ab 605.- €/p.P. im DZ zzgl. Kurtaxe



Die Espan-Klinik ist eine familiengeführte Rehabilitationsfachklinik, die sich auf die Behandlung von Atemwegserkrankungen spezialisiert hat. Unter der Leitung von zwei Lungenfachärzten werden unsere Patienten nach den neuesten medizinischen Leitlinien behandelt.

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

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

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



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

wirken. Allerdings brechen COPD-Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen häufiger eine Pneumologische Rehabilitation ab.

Fazit für die Praxis: Bei COPD-Patienten während und nach Exazerbation auf kognitive Einschränkungen achten und entsprechend angepasste Behandlungsangebote unterbreiten.

Warum sind manche Angehörige von COPD-Patienten während einer Exazerbation depressiv – andere erst drei Monate später?

Wenn in einer Studie mehr als die Hälfte der Angehörigen während der Exazerbation des COPD-kranken Partners depressive Symptome entwickelt, ist das kein erstaunliches Ergebnis. Schließlich ist eine Exazerbation ein kritisches Ereignis – auch für die Angehörigen. Wenn jedoch in derselben Studie 16,7 % der Angehörigen, die während des Krankenhausaufenthaltes ihres COPD-Partners keine depressiven Symptome zeigten, drei Monate nach Entlassung depressiv sind, lohnt ein genauerer Blick auf die **Belastungen nach akuten Krankheitsschüben**. Ganz offensichtlich besteht ein Zusammenhang mit den verbliebenen Einschränkungen aufgrund der Exazerbation. Hier zeigt sich noch einmal deutlich: Exazerbation und Psyche – ein Wechselspiel mit vielen Beteiligten und weitreichenden Auswirkungen.

Fazit für die Praxis: Psychosoziale Nachsorge nach COPD-Exazerbation – auch für Angehörige – nicht vergessen.

Die Infobox zum Artikel befasst sich diesmal mit zwei Arten von „**Aktionsplänen**“ für Exazerbationen. Für den ersten brauchen Sie nur den abgedruckten „**Aktionsplan COPD**“ zu kopieren und dann gemeinsam mit Ihrem Arzt auszufüllen.

Beim zweiten „**Aktionsplan Exazerbation und Psyche**“ ist Ihre persönliche Wahrnehmung gefordert, liebe Leserinnen und Leser. Es geht um Ihre Erfahrungen und Ihre eigenen Einflussmöglichkeiten. Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim „Nachspüren“!

Monika Tempel
Konsiliar/Liasionsärztin
Psychosomatik/
Psychoonkologie
Klinik Donaustauf
www.monikatempel.de



Infobox: „Aktionspläne“ für Körper und Seele

Für COPD-Patienten ist es hilfreich, einen „Aktionsplan“ für den „Fall der Fälle“ bereitzuhalten – zum Beispiel den nebenstehend abgedruckten „Aktionsplan COPD“ der Deutschen Atemwegsliga e. V. zum Kopieren (siehe auch www.atemwegsliga.de).

Anzeige

Sauerstoff immer und überall

- unterwegs mit Akku
- verordnungsfähig
- im Flugzeug zugelassen
- zu Hause an der Steckdose
- im Auto am Zigarettenanzünder

NEU im Sortiment:
Inogen One G4 • Platinum mobile • Zen-O life

Beratungstelefon
(0365) 20 57 18 18
Folgen Sie uns auf Facebook
www.sauerstoffkonzentrator.de

1 Stufe
3 Stufen
4 Stufen
5 Stufen
2 l/min permanent 6 Stufen
3 l/min permanent 9 Stufen
5 l/min permanent

air-be-c
Medizin-technik
Spezialisierte Fachhandel seit 1993

Ein Anbieter. Alle mobilen Sauerstoffkonzentratoren.
Beste Beratung • Service vor Ort • Bundesweit • Gute Preise • Miete und Kauf • Partner aller Kassen

24h Notdienst
URLAUBS Versorgung

Persönlicher COPD-Aktionsplan

auf Grundlage des COBRA-Schulungsprogramms

Autoren Prof. Dr. Heinrich Worth, Fürth und Dr. Christian Schacher, Nürnberg, ©Deutsche Atemwegsliga e. V.



Vorname, Nachname: _____ Datum: _____

Schätzen Sie anhand Ihrer Beschwerden die Situation Ihrer Lunge richtig ein.		
Stabile Lunge	Instabile Lunge	Infekt
Sie haben tagsüber selten Atemnot .	Sie haben tagsüber öfter Atemnot .	Verstärkte Atemnot .
Sie haben kaum Husten .	Der Husten verstärkt sich .	Vermehrter Husten .
Sie haben wenig Auswurf .	Der Auswurf nimmt zu und verändert sich.	Zunahme von Menge und Zähigkeit des Auswurfs , der sich bei einem bakteriellen Infekt gelb-grün verfärbt.
Sie sind normal belastbar .	Ihre Belastbarkeit nimmt ab .	Deutlich eingeschränkte Belastbarkeit .
Der Verbrauch Ihres Bedarfssprays ist unverändert .	Sie müssen Ihr Bedarfsspray öfter anwenden.	Sie müssen Ihr Bedarfsspray häufig anwenden.
Keine Zeichen eines Infektes .	Zeichen eines Infektes können auftreten.	Allgemeines Krankheitsgefühl , Schwitzen, Halsschmerzen, Fieber.
Ihr Peak-Flow-Wert entspricht Ihrem persönlichen Bestwert .	Ihre Peak-Flow-Werte sinken .	Abfall der Peak-Flow-Werte .

Medikamente richtig einnehmen: Tragen Sie in diese Tabelle, zusammen mit Ihrem behandelnden Arzt, die verordneten Medikamente und die Empfehlungen zur Einnahme ein:			
Medikamente	Stabile Lunge	Instabile Lunge	Infekt

Richtiges Verhalten im Notfall:		
1. Messen		Ermitteln Sie Ihren Peak-Flow-Wert.
2. Inhalieren		Zwei Hübe eines kurzwirksamen Betamimetikums (Bedarfsspray) _____ am besten mit Inhalationshilfe. Alternativ können Sie über Ihren Vernebler atemwegserweiternde Medikamente inhalieren, z. B. drei bis fünf Tropfen eines kurzwirksamen Betamimetikums und 250 µg eines kurzwirksamen Anticholinergikums.
3. Warten		Fünf bis zehn Minuten - atemerleichternde Körperhaltung - Lippenbremse.
4. Messen		Ermitteln Sie Ihren Peak-Flow-Wert. Falls keine Besserung oder gar eine Verschlechterung eingetreten ist:
5. Inhalieren		Zwei Hübe eines kurzwirksamen Betamimetikums (Bedarfsspray) _____ am besten mit Inhalationshilfe. Alternativ können Sie über Ihren Vernebler atemwegserweiternde Medikamente inhalieren, z. B. drei bis fünf Tropfen eines kurzwirksamen Betamimetikums und 250 bis 500 µg eines kurzwirksamen Anticholinergikums.
Einnehmen		40 bis 50 mg Prednisolon (Kortison-tablette)
6. Warten		Zehn bis fünfzehn Minuten - atemerleichternde Körperhaltung - Lippenbremse.
7. Messen		Ermitteln Sie Ihren Peak-Flow-Wert.
		Bei weiterer Verschlechterung Notarzt rufen (Telefon 112).

Zen-0

Ein Gerät für
alle Anforderungen!

Vorteile die überzeugen:

- Dualbetrieb (Konstantflow & atemzuggesteuerter Modus)
- Benutzerfreundlich
- Tragbar
- Zuverlässig
- Langlebig



Flexibilität zum Mitnehmen

Der neue mobile Sauerstoff-Konzentrator
Zen-0 verbindet die Vorteile eines stationären
mit denen eines mobilen Gerätes.

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

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

Aus psychopneumologischer Sicht ist es für das Management von Exazerbationen wichtig, gezielt die **Selbstwirksamkeitserwartungen** (also die Überzeugung, auch schwierige Situationen und Herausforderungen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können) zu stärken. Dafür betrachten Sie zunächst etwas genauer Ihre **eigenen Erfahrungen** im Zusammenhang mit einem akuten Krankheitsschub. Die folgenden Fragen können als Leitfaden/Hilfestellung zum Ausfüllen für Ihren individuellen „Aktionsplan Exazerbation und Psyche“ dienen:

- Was ist passiert, bevor Sie das letzte Mal wegen einer Exazerbation ins Krankenhaus mussten?
- Wie sind Sie ins Krankenhaus gekommen?
- Was geschah, als Sie dort eintrafen?
- Wie haben Sie sich während der Zeit vom Auftreten der ersten starken Atemnot bis zum Eintreffen in der Klinik gefühlt (z. B. ängstlich, aufgeregt, panisch, durcheinander, usw.)?
- Hatten diese Gefühle eine Auswirkung auf Ihre Atemnot?
- Waren Sie allein, als Sie die ersten Probleme mit dem Atmen hatten?
- Wenn nicht: Wer war bei Ihnen?
- Was hat der Betreffende getan?
- Wer hat den Arzt oder den Rettungsdienst gerufen?
- Wie haben Sie sich gefühlt, als der Anruf geschah?
- Wie haben Sie sich gefühlt, als Arzt oder Rettungsdienst eintrafen bzw. als Sie im Krankenhaus ankamen?
- Hatte die Ankunft des Arztes/Rettungsdienstes oder die Ankunft im Krankenhaus Einfluss auf Ihre Atmung (sofort oder noch einiger Zeit)?
- Gibt es etwas, was Sie selbst oder ein Angehöriger gegen die Atemnot tun können, bevor Arzt oder Rettungsdienst eintreffen?
- Falls ja: Was tun Sie selbst?
- Was tun die Angehörigen?
- Hilft es Ihnen?
- Falls ja: Auf welche Art und Weise hilft es Ihnen?

Anhand der **individuellen hilfreichen Maßnahmen** in Zusammenhang mit den eigenen Erfahrungen können Sie Ihren persönlichen „Aktionsplan Exazerbation und Psyche“ schriftlich erstellen. Bewahren Sie ihn mit dem „Aktionsplan COPD“ in Ihrer Notfallbox auf – gemeinsam mit den Bedarfsmedikamenten und den Notfall-Telefonnummern.

Mein Aktionsplan „Exazerbation und Psyche“

Was meistens geschieht, bevor ich eine Exazerbation habe:	Was ich dann tun kann?	Wer kann mich dabei unterstützen?
Wie ich mich fühle, wenn die Atemnot schlimmer wird:	Was ich dann tun kann?	Wer kann mich dabei unterstützen?
Wie ich bei Atemnot auf die Anwesenheit von Angehörigen reagiere:	Was ich dann tun kann?	Was können die anderen dann tun?
Wie ich auf die Hilfe von Arzt/Retungsdienst/Klinik reagiere:	Was bedeutet das für mich?	Was bedeutet das für meine Angehörigen?
Wie ich mich bei Atemnot am besten selbst beruhigen kann:	Was bedeutet das für mich?	Wer kann mich dabei unterstützen?

Anzeige

KLINIKEN
SÜDOSTBAYERN


Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin

Wir sind als Akutklinik kompetent für:

- + Behandlung aller Lungen- und Rippenfellkrankungen
- + Therapie Ihrer Begleiterkrankungen (z.B. Osteoporose, Diabetes, KHK,...)
- + alle Arten bronchoskopischer und thorakoskopischer Eingriffe
- + stationäre Optimierung Ihrer Sauerstoff- und Beatmungstherapie
- + Entwöhnung von der Beatmungsmaschine (Weaning-Center)
- + Diagnostik im Schlaflabor
- + Einstellung auf nächtliche Beatmungstherapie
- + enge Zusammenarbeit mit der Thoraxchirurgie, Onkologie sowie den Rehabilitationszentren
- + Behandlung komplizierten Hustens („Cough Center“)

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

Innere Medizin, Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin

Chefarzt Dr. Ch. Geltner MSc, MBA
Kreisklinik Bad Reichenhall
Riedelstr. 5, 83435 Bad Reichenhall

T 08651 772 351, F 08651 772 151
E christian.geltner@kliniken-sob.de
www.kreisklinik-badreichenhall.de

Kreisklinik Bad Reichenhall

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Wir halten für Sie bereit:

- + Komfortable Zimmer
- + Leistungsstarkes Ärzteteam, freundliches und engagiertes Pflegeteam, kompetente Physikalische Medizin
- + sehr gute Verpflegung
- + enge Kooperation mit leistungsstarken Partnern in der Rehabilitationsmedizin und im AHB-Sektor durch das Lungen-Zentrum Südost



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

Atemphysiotherapie

Die Luft ist raus – oder doch nicht?

PEP/PEEP und andere Behandlungsstrategien

Luft einatmen und wieder ausatmen – das funktioniert ganz automatisch, ohne dass wir darüber nachdenken. Stellt sich jedoch bereits Atemnot in Situationen ein, in denen wir es nicht erwarten würden, erhält Atmung eine ganz neue Bedeutung.

Die chronische Erkrankung einer COPD mit Lungenemphysem führt zu Veränderungen des Lungengewebes und in Folge dessen auch zu Veränderungen der Atemmuskulatur. Der „Umgang“ mit der eigenen Atmung und mit körperlichen Belastungen muss dieser Situation angepasst werden. Zunächst gilt es jedoch zu verstehen, was sich verändert, um dann die notwendigen Behandlungsstrategien bestmöglich umsetzen zu können.



Im Gespräch mit Sabine Weise, Physiotherapeutin in München, langjährige Lehrkraft an der staatl. BFS für Physiotherapie an der LMU in München, Klinikum Großhadern, Mitinitiatorin und Dozentin der Fortbildungsreihe „Atemphysiotherapie“ der AG Atemphysiotherapie im Zentralverband für Physiotherapie (ZVK) e.V.

sind Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen, bei denen es vor allem bei der Ausatmung zu einer übermäßigen Verengung der Atemwege kommt, wie z. B. bei Asthma bronchiale oder COPD.

Die Problematik bei Asthma bronchiale ist reversibel und lässt sich heute bei optimaler Therapie im Allgemeinen sehr gut einstellen. Eine COPD verläuft jedoch als chronische Erkrankung fortschreitend und kann sich zunehmend verschlechtern. Extrem problematisch ist die Überblähung bei COPD-Patienten im GOLD Stadium Grad III und IV mit Lungenemphysem. Hier ist die Lunge nach maximaler Ausatmung noch immer so stark mit Luft gefüllt, dass nur geringe Luftmengen wieder eingeatmet werden können.

Welche strukturellen Veränderungen bringt ein fortgeschrittenes Lungenemphysem mit sich?

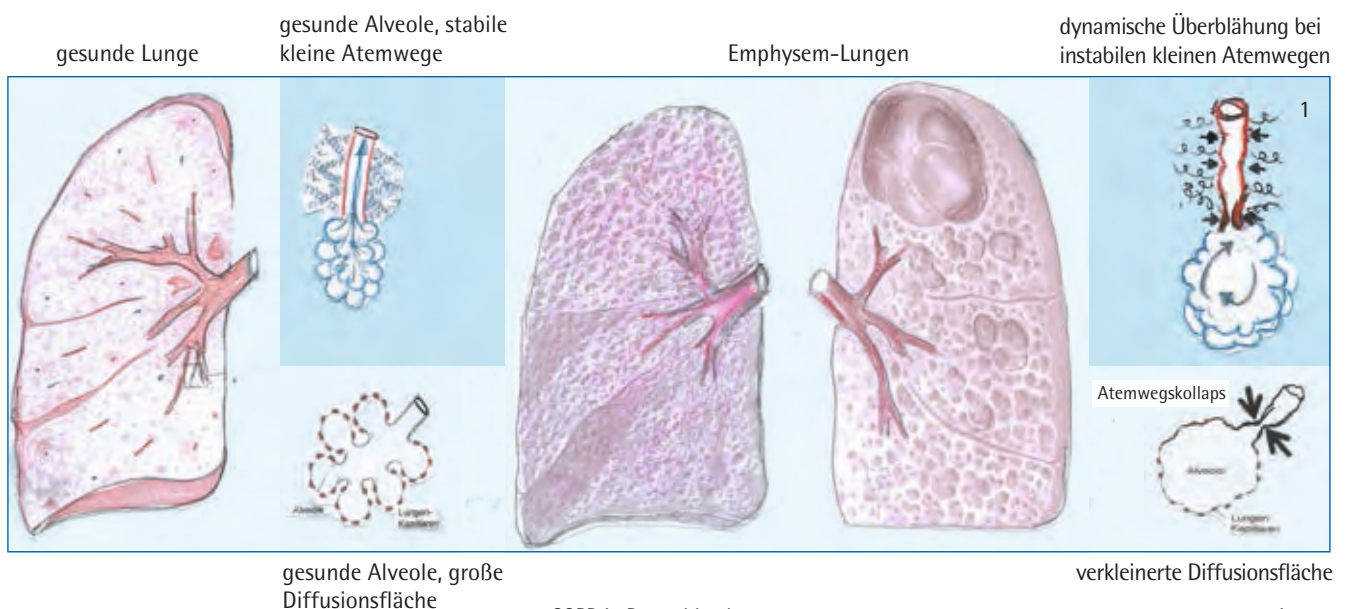
Ein Lungenemphysem ist immer mit einer irreversiblen, anatomisch fixierten Veränderung der Struktur des Lungenparenchyms verbunden und beinhaltet einen Elastizitätsverlust der Lunge.

Als Lungenparenchym wird das hochelastische feine Funktionsgewebe bezeichnet, in das die kleinsten Atemwege, die Lungenbläschen (Alveolen) und das Lungengefäßsystem eingebettet sind.

Was bedeutet die Überschrift „Die Luft ist raus – oder doch nicht“?

Das Problem, nicht vollständig ausatmen zu können, betrifft Menschen, die an Lungenüberblähung leiden. Das

Durch den Elastizitätsverlust des Lungenparenchyms verliert die Lunge ihre elastische Rückstellkraft. Die kleinsten Atemwege verlieren ihre elastische Aufhängung und damit ihre Stabilität¹. Das normalerweise hochelastische Lungengewebe „leierte“ sozusagen aus,



und dies ist irreversibel, d.h. nicht umkehrbar. Vergleichbar ist die Situation etwa mit einer materialermüdeten Spiralfeder, die sich nicht mehr in ihre ursprüngliche Form zusammenziehen kann.

In diesen weit auseinandergezogenen, überdehnten Lungenbläschen und in den erweiterten kleinsten Atemwegen verbleibt nach der Ausatmung zu viel Luft, die nicht mehr ausgeatmet werden kann. Die Veränderung des Lungengewebes wird als strukturelle oder absolute Überblähung bezeichnet und kann weder chirurgisch, noch medikamentös behandelt werden. Inhalation mit bronchialerweiternden und entzündungshemmenden Medikamenten bewirkt nur vorübergehend eine relative Atemerleichterung. Auch eine Lungenvolumenreduktion, die nur für einen kleinen Teil von Patienten eine Option darstellt, beeinflusst nicht die bestehende Veränderung des Lungengewebes.

Welche Auswirkungen gehen mit den Veränderungen einher?

Der Elastizitätsverlust des Lungenparenchyms hat mehrere ungünstige Folgen für die Atemmechanik.

Bei einer physiologischen Ausatmung, also der Ausatmung eines Lungengesunden, verkleinern die elastischen Rückstellkräfte der Lunge den Brustkorb und ziehen das Zwerchfell, unseren wichtigsten Atemmuskel, zurück in Ausatemstellung – also quasi zurück auf Start. Dabei reichen die Muskelfasern des Zwerchfells von ihrem Ursprung am unteren Brustkorbrand hoch bis etwa zur 4. Rippe. Sie verlaufen innerhalb des Brustkorbs parallel zur Brustkorbwand. Der Atemmuskel ist keineswegs – wie meist angenommen wird – nur ein flacher Muskel unterhalb des Brustkorbs, sondern eher ist das Zwerchfell mit einer umgedrehten tiefen Schüssel zu vergleichen, die hoch in den Brustkorb ragt.

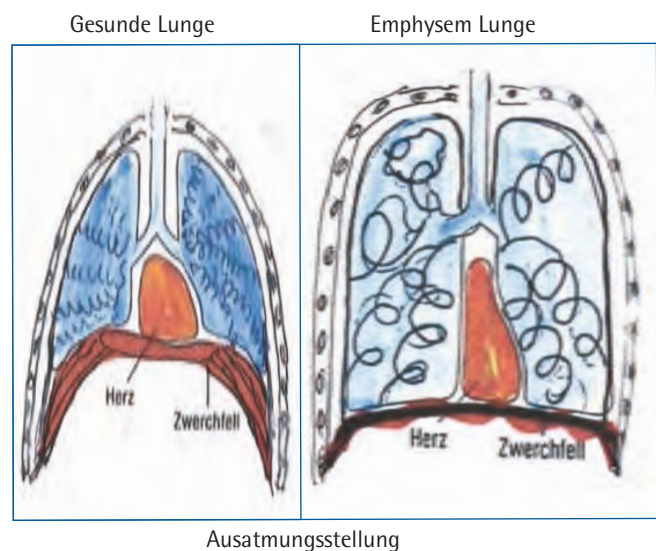
Verliert die Lunge jedoch diese für sie so wichtige elastische Rückstellungskraft, verbleiben Zwerchfell und Brustkorb auch während der Ausatmung in Einatemstellung. **Das Volumen, das dann nach einer Ausatmung in der Lunge verbleibt, ist somit viel zu groß.** Statt den normalen physiologischen ca. 3 Litern Luftvolumen, befindet sich deutlich mehr an Gasvolumen in der Lunge – etwa 4-6 Liter. Somit bleibt nicht mehr viel Raum für einen erneuten Einatemzug, d.h. die Einatemkapazität sinkt.

Weiterhin ist mit dem Elastizitätsverlust eine Instabilität der kleinsten Atemwege verbunden.

Bei sogenannter aktiver oder forcierter Ausatmung, bei der die Ausatmung durch Anspannung der Bauchmus-

kulatur unterstützt und verstärkt werden muss, entsteht zusätzlich eine dynamische Überblähung. Durch die Anspannung der Bauchmuskeln wird während der Ausatmung im Brustkorb hoher Druck erzeugt, der die instabilen Atemwege zusammenpresst. Die Luft wird dann während der Ausatmung in den kollabierten Atemwegen gefangen. Da diese Überblähung abhängig vom Atemmuster auf- und abgebaut werden kann, wird sie als dynamische Überblähung bezeichnet – im Gegensatz zur feststehenden strukturellen Überblähung.

Für die Betroffenen bedeutet das: **zu der irreversiblen strukturellen Überblähung durch den Elastizitätsverlust des Lungenparenchyms kann noch eine dynamische Überblähung hinzukommen – insbesondere bei körperlicher Belastung.**



Die dynamische Überblähung erhöht noch weiter das Luftvolumen, das nach der Ausatmung in der Lunge verbleibt. Man kann sich vorstellen, dass diese zusätzliche dynamische Überblähung die Atemnot massiv verstärkt, insbesondere unter Belastung.

Wie entsteht Atemnot bereits in Ruhe?

Durch die Entzündungsprozesse des Lungenparenchyms werden die kleinsten Atemwege und die Lungenbläschen zerstört und erweitert. **Dies ist verbunden mit einem Verlust der Gasaustauschfläche (Diffusionsfläche).** Wird das arterielle Blut nicht ausreichend mit Sauerstoff versorgt, verordnet der Arzt ab einer gewissen Grenze eine Langzeit-Sauerstofftherapie.

Vor allem aber führt die veränderte Atemmechanik zu einem Sauerstoffdefizit und zu einem Anstieg von Kohlendioxid (CO₂) im arteriellen Blut. Ein plötzlicher CO₂-Anstieg löst immer Atemnot aus, das kann schon bei leichter Belastung entstehen.

Durch die dauerhafte Einatemstellung von Brustkorb

und Zwerchfell muss die Atemmuskulatur übermäßig arbeiten – und dies kostet auch in Ruhe viel Kraft. Patienten mit Lungenemphysem pressen mit Hilfe ihrer Bauchmuskeln die Luft aus der Lunge. Zusätzlich müssen die Atemhilfsmuskeln im Schulter-Nacken-Bereich aus ungünstig angenäherter Funktionsstellung erschöpfende Ausdauerarbeit leisten.

All dies überfordert die Atemmuskulatur. Bei normaler Ruheatmung sind somit statt den physiologischen ca. 4 % etwa 20–30% der maximalen Muskelleistung erforderlich.

Atemmuskulatur ist normale Skelettmuskulatur. Wie diese ermüdet und erschöpft sie bei zu hoher Dauerleistung. Eine erschöpfte Atemmuskulatur kann die geforderte Pumpleistung nicht mehr ausreichend erbringen. Die stetige Ermüdung führt langsam zu einem Anstieg des Kohlendioxids im arteriellen Blut. Man bezeichnet diese unzureichende Leistungsfähigkeit der Atemmuskulatur als „ventilatorische Insuffizienz“. Zur Erholung der erschöpften Atemmuskulatur kann z. B. eine nächtliche nicht-invasive Beatmung Erleichterung bringen.

Welche funktionellen Probleme können durch Atemphysiotherapie verändert werden?

Die überforderten Strukturen der Atempumpe mit ihren muskuloskelettalen Anteilen stehen im Fokus. Dazu zählen neben dem Zwerchfell weitere Atemmuskeln im Schultergürtel- und Rumpfbereich, die schräge Bauchmuskulatur, passive Gewebsstrukturen und die Gelenke von Wirbelsäule und Rippen.

Aber auch der Reduktion des allgemeinen Trainingszustandes, insbesondere dem massiven Kraftverlust der Bein- aber auch der Armmuskulatur, muss die Physiotherapie entgegenwirken.

Das vordringlichste funktionelle Problem bei Patienten mit Lungenemphysem besteht für die Atemphysiotherapie in der Instabilität der kleinsten Atemwege und der dynamischen Überblähung. Sie verstärkt die Atemnot und schränkt die Lebensqualität der Betroffenen erheblich ein.

Den Elastizitätsverlust des Lungenparenchyms mit der anatomisch fixierten strukturellen Überblähung und den instabilen kleinen Atemwegen kann eine Atemphysiotherapie nicht verändern. Aber über die Vermittlung effektiver Selbsthilfetechniken können Betroffene die dynamische Überblähung immer wieder abbauen und kontrollieren. Hier ist die wichtigste Selbsthilfetechnik die PEP-Atmung, die während der Ausatmung einen angemessenen hohen Druck in den Atemwegen aufbaut.

Ein anderes funktionelles Problem besteht bei einigen Patienten in einer Instabilität der zentralen Atemwege, also der großen Bronchien und der Luftröhre. Dies kann beim Husten den Sekrettransport behindern und zu langen quälenden, unproduktiven Hustenattacken führen.

Manche Patienten leiden zusätzlich an einer Schwäche des Bauchmuskelskorsetts mit kraftlosen, quälenden, anhaltenden Hustensalven. Sie können keinen ausreichend hohen Hustendruck aufbauen, um das Sekret mit einer ausreichend schnellen Ausatemströmung zu eliminieren. Diese genannten Beispiele an funktionellen Störungen lassen sich mit verschiedenen Selbsthilfetechniken kontrollieren.

Was ist unter einer PEP-Atmung zu verstehen und was bewirkt sie? Welche Hilfsmittel können wie eingesetzt werden?

PEP-Atmung ist die englische Abkürzung für positive expiratory pressure = positiver Ausatemdruck. Durch das Ausatmen gegen eine Stenose (Widerstand) wird ein schneller Druckabfall in den „schlappen“ kleinen Atemwegen verhindert, d.h. der Druck wird während der Ausatemphase über einen Rückstauereffekt in den kleinen Atemwegen positiv gehalten.

Wie wirkt die PEP-Atmung? Bei einer gut angepassten PEP-Atmung werden die **kleinen Atemwege von innen durch eine „Luftschienung“ stabilisiert**. Dies verhindert während der Ausatmung weitgehend einen Kollaps insta-

PEP-Atmung reduziert die dynamische Überblähung



PEP durch angepassten Strohhalm

1. Strohhalm Durchmesser: 8 mm

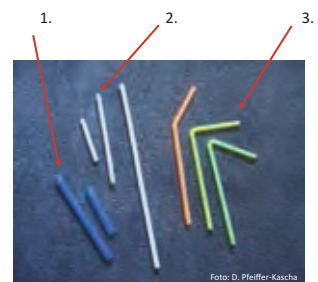
Länge:	Druck:
5 cm	ca. 3 cm H ₂ O
10 cm	ca. 4 cm H ₂ O

2. Strohhalm Durchmesser: 5mm

Länge:	Druck:
5 cm	ca. 15 cm H ₂ O
10 cm	ca. 20 cm H ₂ O
20 cm	ca. 30 cm H ₂ O

3. Winkel:

50°	ca. 34 cm H ₂ O
85°	ca. 42 cm H ₂ O
140°	ca. 55 cm H ₂ O



Messung Prof. Cegla bei einem Fluss von 0,75 l/s

Pneumologische Rehabilitation 2017

Gut zu wissen

Wie finde ich eine geeignete Rehabilitationsklinik?

Gebe ich aktuell (durch Redaktion geprüft am 10.07.2017) in Google das Suchwort „Rehabilitationskliniken“ ein, wird als erstes das Internetverzeichnis www.rehakliniken.de der Medizinischen Medien Informations GmbH in Neu-Isenburg angezeigt. In der dortigen Suchmaske „Erkrankungen der Atmungsorgane“ eingegeben, erhalte ich insgesamt 231 Ergebnisse.

Verfeinere ich meine Suche bei Google und nutze ich Suchbegriffe „Rehabilitationskliniken“ und „Atemwegserkrankungen“, finde ich an dritter Stelle das Verzeichnis der Deutschen Atemwegsliga e.V. – www.atemwegsliga.de. Dort habe ich die Möglichkeit, mir z. B. alle Rehabilitationskliniken für Erwachsene anzeigen zu lassen. Die Anzeige für dieses Suchkriterium umfasst 54 Kliniken in Deutschland und eine Klinik in der Schweiz.

Eine weitere Möglichkeit, mehr über Rehabilitationskliniken, die auf Atemwegserkrankungen spezialisiert sind, zu erfahren, finde ich nach kostenfreier Anmeldung auf der Internetseite www.lungenemphysem-copd.de der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland. In der Rubrik „Erfahrungsberichte“ sind persönliche Eindrücke von Patienten und Hinweise zu den durchgeführten Maßnahmen hinterlegt. Insgesamt 43 Orte, alphabetisch sortiert, mit pneumologischen Rehakliniken werden angezeigt.



Was ist wichtig, was sollten Patienten bei der Suche nach einer geeigneten Rehabilitationsklinik wissen und beachten? Im Gespräch mit **Professor Dr. Klaus Kenn**, Professor für Pneumologische Rehabilitation in Marburg und Chefarzt der Schön Klinik Berchtesgadener Land, Rehabilitationsklinik für Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin in Schönau am Königssee, erfahren wir mehr.

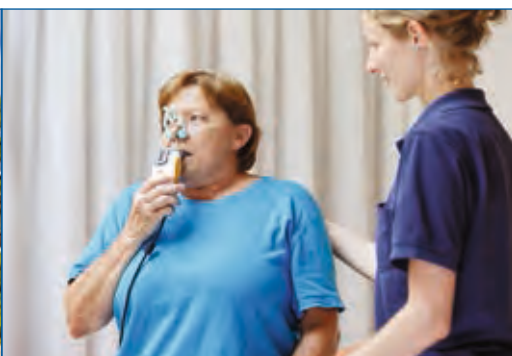
Was sollte ich als Patient grundsätzlich zur pneumologischen Rehabilitation wissen?

Momentan findet sich in Deutschland ein sehr weit auseinanderdriftendes Angebot zur pneumologischen Rehabilitation hinsichtlich Leistungen, Therapiemaßnahmen und Qualität. Ein Nachweis bestimmter Mindest- und Qualitätsvorgaben ist nicht zwingend notwendig, um eine pneumologische Reha anbieten zu können.

Somit ist ein einheitlicher, gleicher Standard aller Kliniken, die eine pneumologische Rehabilitation anbieten, nicht gewährleistet.

Gleichwohl haben wir auf nationaler und internationaler Ebene klare Definitionen und Empfehlungen für ein bestmögliches multidisziplinäres therapeutisches Vorgehen im Rahmen einer pneumologischen Rehabilitation. Demnach sollte eine pneumologische Rehabilitation, nach Aufarbeiten des individuellen gesundheitlichen Status des Patienten und der dazu notwendigen Diagnostik die Erstellung und Einleitung eines Therapieplans enthalten, dessen Maßnahmen im Verlauf der Rehabilitation durch fachlich ausreichend qualifizierte Ärzte und Therapeuten kontrolliert und immer wieder angepasst werden. Sowohl am Anfang wie auch am Ende einer Reha sollten Leistungsmessungen (Outcome-Messungen) erfolgen, die den Erfolg der durchgeführten Maßnahmen überprüfen und dokumentieren. Immanenter Bestandteil der Reha sollte zudem die Motivation hin zu einer grundlegenden Verhaltensänderung des Patienten im Hinblick auf eine gesündere Lebensweise und mehr körperliche Bewegung sein. Kurz zusammengefasst, wäre dies der Idealspruch an eine pneumologische Rehabilitation.

Zahlreiche Studien, die unter dieser therapeutischen Maßgabe durchgeführt wurden, konnten zeigen, dass die Effekte einer umfassenden pneumologischen Reha mitunter besonders wirkungsvoll sind. Im Vergleich sind die Ergebnisse einer optimierten Rehabilitation sogar besser als beispielsweise die Effekte einer medikamentösen Therapie.



Woran kann ich mich als Patient orientieren?

Zunächst sei gesagt, dass der Patient bei den für sein Krankheitsbild passenden Rehaoptionen aktiv Einfluss nehmen sollte. Da ein Patient in der Regel nur alle vier Jahre die Möglichkeit hat, eine Rehabilitation wahrzunehmen, sollte er diese wichtige therapeutische Maßnahme, die ihm persönlich sehr viel bringen kann, also diesen „Joker“, bestmöglich nutzen.

Wenn die vorliegende Erkrankung, die eigene Perspektive und möglicherweise die Lebenserwartung bedroht sind hat jeder das gute Recht, sich nicht in die nächstgelegene, sondern die für ihn am besten geeignete Klinik, zu begeben.

Erfolgte nach Antragsstellung die Zuweisung einer Rehabilitationsklinik, sollte der Patient daher zunächst seinen behandelnden Lungenfacharzt oder Hausarzt um Rat bitten, ob dieser die Klinik für ausreichend kompetent in Bezug auf die vorliegende Erkrankung erachtet. Hält der behandelnde Arzt die Klinik nicht für geeignet, sollte der Patient unbedingt von seinem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen.

Nachfolgend einige Eckpunkte, die bei der Wahl einer Klinik hilfreich sein können:

- Leitender Arzt und stellvertretender Arzt der Klinik sind Pneumologen
- Dokumentierte Erfahrungen der Klinik mit dem eigenen Krankheitsbild
- Therapeutisches Team bestehend aus Fachärzten, Psychologen, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern, Sporttherapeuten, Physiotherapeuten, Atemtherapeuten
- Ggf. Sicherstellung der Versorgung einer Langzeit-Sauerstofftherapie und/oder nicht-invasiven Beatmung
- Durchführung von Ergebnistests (Outcome-Tests)
- Ggf. nach Ergebnissen fragen, die die Klinik (in Anlehnung an die Erkrankung des Patienten) bereits publiziert hat

Welche Entwicklungen erwarten Sie für die Zukunft?

Erste Bemühungen in Richtung einer Art Zertifizierung sind angedacht. In der Schweiz wird bereits ein Zertifizierungsverfahren realisiert. Meine persönliche Vorstellung ist dabei, dass gar nicht alle Rehabilitationskliniken die gesamte Bandbreite der möglichen Leistungen erbringen müssen, sondern vielmehr Schwerpunkte gesetzt werden. Als Vorbild könnte dabei das Vorgehen in der Akutmedizin fungieren, wo ganz selbstverständlich gilt:

Patienten mit „einfachen“ Erkrankungssituationen in einem nahegelegenen Krankenhaus zu behandeln, Patienten mit komplexeren Erkrankungen in einem entsprechend dafür spezialisierten Krankenhaus und Patienten mit besonders schwierigen Erkrankungen in einer Universitäts- oder maximalversorgenden Klinik.

Wege zur medizinischen Rehabilitation (sog. Heilverfahren)

Welche Voraussetzungen müssen für eine pneumologische Rehabilitation gegeben sein?

Rehabilitationsbedürftigkeit: Gesundheitlich bedingte drohende und bereits bestehende Beeinträchtigung der Teilhabe, die einen mehrdimensionalen und interdisziplinären (fachübergreifenden) Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich macht. Bei COPD bedeutet dies beispielsweise: Nichtrauchertraining, Ernährungsberatung, Bewegungstherapie der oberen und unteren Extremitäten, ggf. psychologische Betreuung und Beratung.

Rehabilitationsfähigkeit: Eine ausreichende körperliche und seelische Verfassung des Patienten, sowie Motivation und Belastungsfähigkeit müssen gegeben sein. Hinweis: Patienten mit einer Langzeit-Sauerstofftherapie und zum Teil auch mit einer nicht-invasiven Beatmung sind durchaus auch rehabilitationsfähig und profitieren von einem Heilverfahren. Hier ist darauf zu achten, dass die Klinik entsprechend die notwendige Versorgung sicherstellen kann.

Rehabilitationsprognose: Eine medizinisch begründete (Wahrscheinlichkeits-)Aussage für den Erfolg der Rehabilitation. Auf Basis der Erkrankung und des bisherigen Verlaufs, über die Erreichung eines festgelegten Rehabilitationsziels, durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme. Bei Patienten mit einer COPD verbessert die stationäre Rehabilitation deutlich die Leistungsfähigkeit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Im neuen GOLD-Report 2017 wird die Wirkung der nicht-medikamentösen Therapien wie Schulung, Rauchentwöhnung oder Trainingstherapie bestätigt. All das sind wichtige Bestandteile einer stationären pneumologischen Rehabilitation.

In der Regel besteht die Möglichkeit, alle vier Jahre eine Rehabilitation zu beantragen. Wenn allerdings eine Rehabilitation dringend medizinisch erforderlich ist, kann eine erneute Rehabilitation auch schon früher genehmigt werden.

Eine Rehabilitation nach einem stationären Aufenthalt aufgrund einer Exazerbation (akute Verschlechterung) als Anschlussheilbehandlung (AHB) wird ausdrücklich von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin empfohlen.

An wen wende ich mich für eine Antragsstellung, wer ist für was zuständig?

Der Antrag auf eine medizinische Rehabilitation erfolgt mit Beteiligung des Hausarztes oder des behandelnden

Lungenfacharzt bei der:

- DRV – Deutsche Rentenversicherung (gilt für Arbeitnehmer, Angestellte, Bezieher von Erwerbsminderungsrenten),
- oder bei der zuständigen Krankenkasse (gilt für Hausfrauen, Rentner, alle nicht/nicht mehr berufstätigen Personen),
- oder bei der zuständigen Berufsgenossenschaft (bei anerkannter Berufskrankheit).

Antragsformulare sind bei den Ärzten oder den Kostenträgern (DRV, Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft) erhältlich. Die Kostenträger sind verpflichtet, eingereichte Anträge nach Prüfung ggf. an den tatsächlich zuständigen Kostenträger weiterzuleiten. Neben der erforderlichen ärztlichen Stellungnahme empfiehlt es sich, ergänzend ein eigenes Schreiben mit den persönlichen Gründen beizulegen.

Was sollte bei der Antragsbegründung berücksichtigt werden, was kann hilfreich sein?

Allgemein:

- Eine Verschlimmerung von chronischen Erkrankungen (COPD, Asthma, Fibrose...) soll verlangsamt oder gestoppt werden.
- Die Vermittlung von Strategien, Hilfe, Medikamenteneinstellung und Übungen mit denen die Auswirkungen der Krankheit vermindert werden sollen.
- Einer drohenden Behinderung soll vorgebeugt werden.
- Die Verringerung oder die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit soll angestrebt werden.

DRV-Antrag: Hinweis darauf, dass die Erwerbsfähigkeit wegen der Krankheit gemindert oder gefährdet ist. Begründung einer guten Prognose, dass die Minderung oder Gefährdung der Erwerbstätigkeit abgewendet oder verlangsamt werden kann.

Grundsätzlich ist auch wichtig: Eine Begründung warum eine ambulante Behandlung (oder ambulante Einzelmaßnahmen) nicht wirksam oder möglich ist und deshalb der Antrag auf ein **stationäres** Heilverfahren gewählt wurde.

Wie lange darf die Bearbeitung meines Antrages dauern?

§ 14 SGB IX regelt, dass ein Kostenträger spätestens zwei Wochen nach Antragseingang geklärt haben muss, ob er für die Leistung zuständig ist. Wenn Sie nach dieser Zeit nicht informiert werden, hat sich der Träger für zuständig erklärt!

Schon nach einer weiteren Woche muss über die Leistung dann auch entschieden werden, ansonsten ist der Antrag unverzüglich an einen anderen Kostenträger weiterzuleiten. Dieser muss innerhalb von drei Wochen entscheiden, nach-

dem der Antrag bei ihm eingegangen ist. Das bedeutet: Spätestens der zweite Rehabilitationsträger MUSS über den Antrag entscheiden, und zwar innerhalb der beschriebenen Frist! Wenn sich später herausstellt, dass ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist, muss dieser dem Träger, der die Leistungen bis dahin übernommen hat, die Kosten erstatten.

Die für Krankenkassen bei Leistungsanträgen geltenden Entscheidungsfristen wurden durch das Patientenrechtegesetz (Fassung v. 1.1.2017) eingeführt und finden sich in § 13 Abs. 3a SGB V. Die speziellen Fristen für Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation enthalten die §§ 14, 15 SGB IX. Weitere Regelungen enthält das Gemeinsame Rundschreiben zur leistungsrechtlichen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V (GR v. 15.5.2013).

Das Bundessozialgericht (BSG) hat entschieden, dass eine Leistungsbewilligung durch Schweigen erfolgen kann (BSG, Urteil v. 8.3.2016, B 1 KR 25/15 R).

Was kann ich tun, wenn meine Reha abgelehnt wird?

Die Ablehnung durch den Kostenträger kann generell erfolgen oder auch teilweise. Ablehnungsgründe können dabei sein:

- die (hohen) Kosten der Wunschklinik,
- der (lange) Anfahrtsweg zur Wunschklinik,
- scheinbar nicht vorhandene Verträge/Zertifizierungen,
- weil die Wunschklinik aus Sicht des Kostenträgers medizinisch nicht geeignet ist.

Wenn die Ablehnung der Wunschklinik eingetroffen ist:

- Eingangstermin des Schreibens notieren.
- Beginn der Rechtsmittelfristen: ein Monat für Widerspruch, ein Monat für Klage.
- Mit der Wunschklinik die Ablehnungsgründe des Kostenträgers besprechen. Von der Wunschklinik mündlich oder besser schriftlich eine Stellungnahme dazu erbitten.
- Widerspruch formulieren und mit den gewonnenen Informationen begründen und per Einwurfeinschreiben (Dabei Fristen im Auge behalten!) an den Kostenträger zurücksenden.

Wenn auch der Widerspruch gegen die Ablehnung abgelehnt wird:

- Akteneinsicht in die medizinischen Unterlagen beantragen.
- Begründung mit dem Arzt besprechen, im Zweifel Rechtsrat (z. B. Sozialverband Deutschland e.V.) einholen.
- Bei wiederholter Ablehnung rechtsmittelfähige Entscheidung einfordern.
- Klage beim zuständigen Sozialgericht (Rechtsmittelfrist beachten, Rechtsberatung).

Wann kann das rechtlich festgelegte Wunsch- und Wahlrecht einer Rehabilitationsklinik in Anspruch genommen werden?

Die Wunschklinik ist medizinisch besser geeignet, als die vom Kostenträger zugewiesene Klinik:

- Für DRV und GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) gilt, dass mit ärztlicher Begründung (Attest) die medizinisch besser geeignete Klinik trotz Mehrkosten ohne Zuzahlung zugewiesen werden muss.

Die Wunschklinik ist medizinisch genauso geeignet, wie die vom Kostenträger zugewiesene Klinik:

- Kostenträger GKV: Die Wunschklinik muss einen Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besitzen und das Qualitätsmanagementsystem der Klinik zertifiziert sein. Die Auffassung der GKV ist überholt, dass die Kasse grundsätzlich die eigene „billigere“ Vertragsklinik durchsetzen kann (BSG Urteil B 1 KR 12/12R).
- Kostenträger DRV: Die Wunschklinik ist zu gewähren, wenn dies nach persönlicher Lebenssituation (§9 SGB IX) geboten ist und ein Belegvertrag mit der DRV vorliegt.



Martin Leibl

Facharzt für Innere Medizin
und Pneumologie
Chefarzt der Nordseeklinik
Westfalen
Nordseeheilbad Wyk auf Föhr
www.nordseeklinik.online



Dr. Ralf J. Jochheim
MSc, MMBA
Geschäftsführer

Aktuelle Ergebnisse Erwartungen an eine Rehabilitation

Um herauszufinden, was Patienten tatsächlich von einer Rehabilitation erwarten, wurde vom Fachklinikum Borkum in den vergangenen Monaten eine Umfrage durchgeführt.

War es vor 30 Jahren noch üblich, dass man in 4-Bett-Zimmern untergebracht war, ist dies inzwischen undenkbar. Früher war es selbstverständlich, dass der Arzt bestimmte, was in der Reha geschah, heute wollen und sollen die Rehabilitanten da wesentlich mitbestimmen.

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Dass Patienten mit einer chronischen Lungenerkrankung von einer stationären Rehabilitation in jedem Alter und mit jeder Ausprägung der Erkrankung profitieren, ist durch zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen, aber auch durch viele persönliche Erfahrungen belegt. Da zu vermuten ist, dass sich Menschen in einer Rehabilitation besser verstanden und behandelt fühlen, wenn ihre Erwartungen erfüllt werden, sollte untersucht werden, was diese Gruppe von Betroffenen von der Rehabilitation erwartet. Damit soll Rehabilitationskliniken die Möglichkeit gegeben werden, sich noch besser auf diese Rehabilitanden einzustellen, um so auch deren Rehabilitationserfolg zu verbessern.

Teilnehmer

Menschen mit chronischen Lungenerkrankungen wurden über Selbsthilfegruppen und soziale Medien (besonders Facebookgruppen) gebeten, sich an einer Online-Befragung zu beteiligen. Besonders durch die sehr gute Unterstützung der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland (www.lungenemphysem-copd.de) beteiligten sich 360 Teilnehmer an dieser Befragung. Von den Teilnehmern haben 74,2 % COPD als wesentliche Beeinträchtigung angegeben, gefolgt von 11,9 % Asthma.



Ergebnisse

83 % der Teilnehmer gaben an, bereits Rehabilitationserfahrung zu haben (durchschnittlich 2,94 Mal, Maximum 20 Mal), sie waren im Durchschnitt 61,3 Jahre alt. Bisherige Rehabilitationen wurden zu 62,6 % als sehr gut oder gut wirksam angegeben, 32,6 % gaben eine leichte Besserung an, lediglich bei 4,8 % wurde keine Besserung bemerkt. Die durchschnittliche Lebensqualität der letzten 12 Monate wurde auf einer Skala von 0 = extrem schlecht bis 100 = perfekt mit 45,8 eingeschätzt.

Bei der Frage, wo ihrer Meinung nach die Rehabilitation durchgeführt werden sollte, konnten sich 60,5 % der Aussage: „wo ist eigentlich egal, Hauptsache gut“ anschließen. Wenn eine Region angegeben wurde, war dies in je 42 % die Nord- oder Ostsee, Gebirgslage wurde nur selten angegeben.

Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen bevorzugen mit großem Abstand eine leitliniengerechte schulmedizinische Therapie (85,1 %), jede der angegebenen alternativen oder ergänzenden Behandlungsformen wurde seltener als 5 % gefordert.

Von der Rehabilitation wird als häufigste Anforderung mit 67,5 % intensive Diagnostik gewünscht, Überprüfung/Neueinstellung der Therapie zu 49,1 %, intensive Schulung zu 45,5 %. Bei den konkreten Therapien wird zu 37,3 % körperliches Training unter Sauerstofftherapie erwartet, ein Angebot zur Raucherentwöhnung lediglich zu 16,7 %. Psychologische Beratung und Sozialberatung werden von etwa jedem Vierten gewünscht (25,0 % / 27,3 %). Im Durchschnitt wurden 4,56 Stunden Therapie täglich erwartet. Mit 73,7 % erwarten die Meisten ein Einzelzimmer, lediglich 61,6 % erwarten eine rauchfreie Klinik. Für etwa jeden Dritten gehört ein Fernseher im Zimmer dazu, für jeden Vierten kostenloses WLAN.

Auch nach Rehabilitationszielen wurde gefragt: mit 80,6 % ging es den Patienten um eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, gefolgt von „ich möchte weniger Beschwerden haben“ und „ich möchte lernen, besser mit meiner Erkrankung umzugehen“ (70 % / 62,5 %). Am selten-

sten angegeben wurden „ich brauche eine Auszeit, Abstand vom Alltag“ und „ich möchte mich erholen“. Da 70,4 % der Teilnehmer Rentner oder in Erwerbsminderungsrente waren, gaben nur 22,2 % an, durch eine Reha arbeitsfähig(er) werden zu wollen.

Diskussion

In dieser Untersuchung konnten überwiegend realistische und realisierbare Erwartungen der Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen ermittelt werden. 2/3 der Teilnehmer erwarteten allerdings intensive Diagnostik, was allerdings nicht zur Aufgabe der Rehabilitation gehört. Vielmehr ist eine Voraussetzung zur Bewilligung der Rehabilitation, dass die Diagnostik abgeschlossen und aktuell ist.

Von einzelnen Rehabilitanden immer wieder vehement eingeforderte ergänzende Behandlungsverfahren oder besondere Ernährungsformen werden nur von einer sehr geringen Zahl Betroffener gewünscht.

Allerdings muss man bei der Bewertung dieser Ergebnisse die teils umfangreiche Rehabilitationserfahrung der Patienten berücksichtigen. Es ist nicht auszuschließen, dass die realistische Vorstellung der Rehabilitanden wesentlich von der Realität geprägt wurde. Auch der Zugang der Befragung über das Internet bzw. E-Mail könnte Einfluss auf die Ergebnisse haben.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Die Rehabilitation für Menschen mit Lungenerkrankungen bietet den Rehabilitanden ein Angebot, das den meisten Bedürfnissen der Betroffenen gerecht wird. Es erscheint sinnvoll, durch eine umfangreichere Untersuchung gezielt nach den Erwartungen jüngerer Patienten ohne Rehabilitationserfahrung zu forschen.

Dr. Stefan Berghem
Ärztlicher Direktor
Fachklinikum Borkum
www.fachklinikum-borkum.de



Das erste Mal in einer Rehaklinik

Ein Krankenhausaufenthalt ist oft mit Sorgen und Ängsten verbunden. Doch auch hinsichtlich eines Rehabilitationsaufenthaltes bestehen durchaus Vorbehalte, insbesondere wenn es sich um die erste stationäre Rehabilitationsmaßnahme eines Patienten handelt.

Wir erfahren mehr im Gespräch mit **Dr. Thomas Fink**, Chefarzt der Rangauklinik Ansbach, Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie.



Welche Vorbehalte haben manche Patienten gegenüber einer Rehabilitation?

Es ist tatsächlich so, dass manche Patienten zunächst Vorbehalte gegenüber einer Rehabilitation haben. Da wir in der Rangauklinik Ansbach sowohl ein Akutkrankenhaus als

auch eine Rehabilitationseinrichtung anbieten, erleben wir die Vorbehalte insbesondere bei Patienten, die sich zunächst noch in der Akutklinik befinden.

Manche Patienten glauben, dass sie körperlich nicht in der Lage sind, an einer Rehabilitation teilzunehmen. Sind Patienten zudem auf Hilfsmittel, wie z. B. einen Rollator als Gehhilfe oder eine Langzeit-Sauerstofftherapie oder nicht-invasive Beatmung angewiesen, steigern sich die Vorbehalte und Ängste nochmals, den Anforderungen eines Rehabilitationsaufenthaltes nicht gewachsen zu sein.

Hier müssen wir sowohl Patienten als auch niedergelassene Ärzte besser informieren, dass gerade schwerer erkrankte Patienten von einer stationären Rehabilitation profitieren. Natürlich muss dabei beachtet werden, dass die Rehabilitationsklinik, die ausgewählt wird, sich auch auf eine entsprechende Versorgung dieser Patienten spezialisiert hat. Weiterhin können persönliche Gründe, beispielsweise eine lange Trennung von zu Hause, vorliegen. Wir erleben in der Akutklinik, dass Patienten, die bereits einen Krankenhausaufenthalt hinter sich haben, sich scheuen, nun zusätzlich noch einen mehrwöchigen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik anzutreten. Der Wunsch, endlich wieder nach Hause zu kommen, ist groß.

Wie versuchen Rehabilitationskliniken möglichen Sorgen und Ängsten von Patienten zu begegnen?

Auch wenn es sich wenig medizinisch anhört, so denke ich, dass im ersten Schritt die persönliche Komponente ein ent-

scheidender Faktor ist. In der Klinik angekommen, müssen sich Patienten wohlfühlen und sich sowohl angenommen als auch verstanden fühlen. Der nächste wichtige Faktor ist die Wahrnehmung der medizinischen und pflegerischen Kompetenz auf hohem Niveau.

Welche Chancen und Möglichkeiten bietet ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik?

Atemwegs- und Lungenpatienten werden in einem multi-professionellen Team behandelt. Der zu Beginn erstellte individuelle Behandlungsplan enthält viele verschiedene Facetten und Fachbereiche wie z. B. körperliches Training, Atemphysiotherapie, Physiotherapie, Schulung, psychische und sozialmedizinische Unterstützung oder Unterstützung beim Rauchstopp.

Bei Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen bildet die körperliche Bewegung einen zentralen Baustein während der Reha. Dies erfüllt Patienten manchmal mit der Sorge, dass es nun um ein ambitioniertes intensives Sporttraining geht, das sie nicht leisten können und zudem mit einer stärker werdenden Atemnotsymptomatik verbinden. Diese Vorbehalte und Sorgen gilt es unbedingt zu relativieren – wie in der Eingangsfrage bereits angesprochen. Es geht bei einer Rehabilitation darum, die Patienten wieder in eine regelmäßige Bewegung und nicht in leistungsorientierten Sport zu bringen.

Welche Erwartungshaltung und vielleicht auch Motivation möchten Sie bei Patienten, die eine Rehabilitationsmaßnahme wahrnehmen, fördern?

Eine Rehabilitation befasst sich mit dem Ziel, Patienten wieder eine selbstständige Teilhabe am Leben zu ermöglichen. Dies schließt alle Aspekte des Lebens ein, sowohl soziale, als auch kulturelle, die eigene Versorgung, wie auch die Möglichkeit, Dinge zu tun, die einem persönlich wichtig sind. Wobei es sich dabei meist um ganz alltägliche Aktivitäten, wie beispielsweise wieder Freunde treffen, um sich austauschen und Kontakte pflegen zu können, handelt.

Rehabilitation sollte als Chance verstanden werden. Wir wollen Ängste und Sorgen abbauen und die Patienten dabei unterstützen zurück in ein selbstbestimmtes Leben zu gelangen. Gerade bei COPD-Patienten ist wissenschaftlich erwiesen, dass durch eine Rehabilitation der körperliche und psychische Zustand verbessert und oftmals eine akutmedizinische Versorgung dadurch vermieden werden können.

Es gilt jedoch auch an die Eigenverantwortung jedes einzelnen Patienten zu appellieren, denn den in der Rehabilitation erreichten Status gilt es, wieder zu Hause, zu erhalten. Hier ist jeder Patient gefordert, die erlernten Maßnahmen und Fertigkeiten konsequent fortzuführen.

Vor Ort

Einzelmaßnahmen einer pneumologischen Reha

Wie ist es tatsächlich in einer Rehabilitationsklinik, was verbirgt sich hinter einzelnen Maßnahmen? Um einen Eindruck zu erhalten, haben wir exemplarisch die Espan-Klinik in Bad Dürkheim besucht und sowohl mit Ärzten als auch Patienten gesprochen. Die Espan-Klinik ist eine Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen, Klinik für Anschlussheilbehandlung (AHB/AR) und Alpha-1-Center.



Schulungen und Hilfsmittelversorgung

Dr. Horst Wittstruck ist Chefarzt der Espan-Klinik und Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie, Sozialmedizin und Schlafmedizin

Patientenschulung, in Ergänzung zu den medizinischen Maßnahmen, ist ein Bestandteil mit sehr

hohem Stellenwert während einer Rehabilitation. Studien konnten zeigen, dass Patienten, die an Schulungen zu ihrer Erkrankung teilgenommen haben, weniger oft den Notarzt kontaktieren und weniger Krankenhausaufenthalte aufweisen. Durch Schulungen werden Patienten Experten in eigener Sache, sie können mit Notsituationen besser umgehen und kennen sich mit den anzuwendenden therapeutischen Maßnahmen besser aus, verdeutlicht Dr. Wittstruck. „Es geht darum zu verstehen, was mit dem eigenen Körper passiert, denn erst dann kann der Patient mit ganzem Einsatz gegensteuern. Rehabilitation in Verbindung mit Schulung versetzt Patienten in die Lage, selbst aktiv zu werden.“

Die Inhalte der Schulungen gestalten sich dabei vielfältig und entsprechen der Komplexität der Erkrankung. Es werden anatomische Hintergründe, Ursachen, therapeutische Maßnahmen und Anwendungen, ebenso wie Theorie und Praxis von beispielsweise Husten- und Atemtechniken vermittelt.

Patienten mit einem speziellen Informationsbedarf wie etwa bei einer Langzeit-Sauerstofftherapie (LOT) erhalten entsprechende Schulungen und sofern notwendig auch eine Erstverordnung und Geräteeinweisung. Durch das Lernen in einer Gruppe gleichermaßen Betroffener wird diesen Patienten zudem der Umgang mit der LOT in der Öffentlichkeit deutlich erleichtert – Hemmschwellen werden abgebaut.

Neben den Patienten werden in der Espan-Klinik auch Angehörige geschult, sowohl gemeinsam mit den Betroffenen als auch innerhalb von Schulungsangeboten, die nur auf Angehörige ausgerichtet sind.

Auch in der Anwendung von Hilfsmitteln werden Patienten geschult. Patienten bringen dabei oftmals verordnete Hilfsmittel wie Atemtherapiegeräte, Feuchtinhalatoren oder Rollatoren mit und erhalten darauf ausgerichtete Schulungen, von der Einweisung bis zum optimierten Umgang.

Rauchstopp

Isabell Stosius ist Psychologin und ausgebildete Raucherentwöhnungs-Trainerin.

Ein Rauchstopp ist die erste und wichtigste Maßnahme bei Vorliegen von Atemwegs- und Lungenerkrankungen. Eine Erkrankung wie beispielsweise die COPD kann dadurch zwar nicht geheilt, aber ihr Fortschreiten gebremst bzw. verzögert werden.

Während einer Rehabilitation kann Dank intensiver Unterstützung der Rauchstopp oftmals erfolgreich in die Tat umgesetzt werden. Da die Patienten durch ihre Erkrankung oft einen hohen Leidensdruck haben, schaffen in der Rehabilitation etwas 50 % der Patienten den Ausstieg, so Isabel Stosius, im Gegensatz zu etwa 30 % innerhalb der strukturierten Raucherentwöhnungsprogramme außerhalb einer Reha.

Die einzelnen Schritte gestalten sich in der Reha kompakt und beinhalten neben einem Einführungsvortrag, der Analyse des eigenen Rauchverhaltens und der Ermittlung des Abhängigkeitsgrades (Fagerström-Test) Maßnahmen zur Verhaltensänderung ggf. in Kombination mit einer individuell abgestimmten Ersatztherapie und Rückfallprophylaxe. Zudem ist der Rauchstopp eingebettet in das Gesamtprogramm der auf eine gesündere Lebensführung ausgerichteten Rehabilitation, was die Erreichung des Ziels positiv beeinflusst.

Viele Patienten haben bereits Rauchstoppversuche hinter sich, fast alle Versuche den Zigarettenkonsum zu reduzieren. „Leider erfolgen die Versuche häufig ohne das notwendige Hintergrundwissen, die Patienten erreichen keine stabile Rauchstoppsituation und fallen letztendlich in ihr altes Rauchverhalten zurück“, berichtet Isabel Stosius und zeigt die Grundlagen auf.

Rauchen ist immer ein Zusammenspiel aus körperlicher und psychischer Abhängigkeit. Daher ist eine Verhaltenstherapie notwendig, um Verhaltensgewohnheiten zu verändern und je nach Grad der körperlichen Abhängigkeit ergänzend eine Nikotin-Ersatztherapie.

Oftmals besteht die falsche Annahme, dass nur durch eine Ersatztherapie in Form von Kaugummis, Pflastern etc. der Rauchstopp erreicht werden kann. Ohne Verhaltensänderung sind diese Versuche jedoch häufig zum Scheitern verurteilt. Viele Fehleinschätzungen bestehen zudem hinsichtlich Wirkdauer und Intensität der einzelnen Nikotinersatzstoffe.

Während einer Reha können gezielt und individuell angepasst alle Maßnahmen in Gruppen- und Einzelgesprächen durchgeführt werden.

Sind alle Vorbereitungen getroffen, erfolgt der Rauchstopp mittels Punkt-Stoppmethode, d.h. es wird ein Tag festgelegt, an dem komplett aufgehört wird zu rauchen und dieser wird gründlich vorbereitet. Gleichzeitig wird neues gesundheitsförderndes Verhalten aufgebaut. „Die wirksamste Methode, denn wird lediglich das Rauchen reduziert, werden die Suchtrezeptoren permanent weiterhin aktiviert“, so Isabel Stosius.

Verlassen die Patienten die Rehabilitationsklinik, wissen sie: welches Verhalten ihren Rauchstopp positiv beeinflusst, kennen die auf sie angepasste Ersatztherapie – für deren Anwendung in der Regel 6 bis 12 Wochen ausreichen – und setzen aktiv die erlernten Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe um. Dafür erhalten die Patienten eine Arbeitsmappe, die sie nach Hause mitnehmen und zur Motivation immer wieder nutzen können.

Medizinische Sozialberatung

Petra Brosch ist Dipl. Sozialpädagogin.

Seit 100 Jahren bereits in Akutkrankenhäusern, sind auch in Rehabilitationskliniken inzwischen Sozialdienste ein fester Bestandteil. Während eine Akutklinik sich insbesondere auf die medizinischen Probleme fokussiert, werden in einer Rehabilitationsklinik auch die psychi-

schen und sozialen Folgen einer Erkrankung einbezogen. Patienten werden ganzheitlich betreut. Ein Grund, warum die Teams der Behandler in einer Rehaklinik aus einer großen Anzahl von verschiedenen Fachärzten und Therapeuten bestehen.

Der erste Kontakt eines Patienten zum Sozialdienst während der Reha sei eine Vortragsveranstaltung zu sozialrechtlichen Themen, so Petra Brosch. Die Möglichkeit individuelle Fragen zu stellen haben Patienten während einer offenen Sprechstunde, die dreimal wöchentlich stattfindet, oder ergänzend während vereinbarter ausführlicher Einzelberatungen.

Die Themenfelder gestalten sich in Abhängigkeit davon, ob der Patient bereits Rentner ist oder noch im Berufsleben steht. Während es sich bei Rentnern mehr um Fragen zur Pflegeversicherung und dem Schwerbehindertenrecht handelt, stehen bei Berufstätigen die finanziellen Folgen einer Erkrankung oder auch eine Wiedereingliederung ins Berufsleben bzw. manchmal frühzeitige Berentung im Vordergrund.

Der Sozialdienst in der Rehaklinik sei wie ein Wegweiser, helfe aber auch konkret wie z. B. beim Ausfüllen von Formularen oder der Einleitung von Maßnahmen zur beruflichen Integration. Dies immer in enger Zusammenarbeit mit den Ärzten, beschreibt Petra Brosch ihre Tätigkeit.

Hilfreich sei für die Patienten vor allem eine erste Orientierung im Sozialwesen zu erhalten, sowie die individuelle Beratung.

Da die Gesellschaft immer älter wird, schwer kranke Patienten in die Reha kommen, wächst der Bedarf an Unterstützung.

Der Sozialdienst während einer Rehabilitation bedeutet daher eine wichtige Anlaufstelle für Patienten.

Hinweis Patientenportraits

Die in der Espan-Klinik entstandenen Patientenporträts von Cornelia Schmelzle und Ingrid Ebert finden Sie ab der Seite 14.



biler kleiner Atemwege und gleichzeitig auch eine dynamische Lungenüberblähung.

Was heißt angepasster PEP? Hierbei geht es um die ausreichende Anpassung des positiven Ausatemdrucks. Bei Messungen von Professor Cegla, die er bei einem Fluss von 0,75 l/s durchführte, erfordert die Entblähung der kleinen Atemwege einen positiven Ausatemdruck von mindestens 10 cm Wassersäule (eine Einheit zur Messung des Drucks). Zum Öffnen von Atelektasen, d.h. von kollabierten, nicht belüfteten Atemwegen, wird mindestens ein positiver Druck von 30 cm Wassersäule benötigt.

Wie lässt sich PEP erzeugen? Durch Ausatmen gegen einen Widerstand, also durch eine Stenose. Man kann gegen körpereigene Stenosen ausatmen oder gegen Hilfsmittel. Die bekannteste körpereigene Ausatemstenose ist die Lippenbremse. Die dosierte Lippenbremse kann in Ruhe und bei sehr leichter körperlicher Tätigkeit eingesetzt werden. Man atmet durch die locker aufeinander gelegten Lippen aus, dabei blähen sich die Wangen leicht auf und es entsteht ein kleines Luftpolster über der Oberlippe. Der hierbei angenommene Druck von ca. 3-5 cm Wassersäule ist zur Stabilisierung der kleinen Atemwege zu gering.

Spannt man die Lippen und die Wangen stärker an, was anstrengender ist, lässt sich ein etwas höherer Druck in den Atemwegen erzeugen. Als weitere höher dosierte körpereigene Stenose kann man z. B. den Fausttunnel einsetzen.

Neben körpereigenen Stenosen steht eine Vielzahl von PEP-Geräten zur Verfügung. Hier existieren von verschiedenen Firmen produzierte unterschiedlichste Hilfsmittel, in allen Preislagen, mit und ohne Oszillation.

PEP-Geräte mit Oszillation, wie das Cornet, der Flutter, Pari-O PEP oder ähnliche Geräte, werden bei COPD-Patienten mit zusätzlicher Sekretproblematik eingesetzt.

Zum Offenhalten instabiler Atemwege stehen zahlreiche PEP-Geräte ohne Oszillation zur Verfügung. Hierzu bevorzugen wir Strohhalbstücke. Sie sind klein und leicht und lassen sich unauffällig bei täglichen Aktivitäten auch außer Haus einsetzen. Durch Anpassung von Durchmesser, Länge und Winkeleinstellung lassen sich in den kleinen Atemwegen Drucke von ca. 3-55 cm Wassersäule herstellen, während die Lippenbremse eben nur ca. 3-5 cm Wassersäule erzeugen kann. Außerdem sind die Strohhalmstücke extrem preiswert und bei regelmäßigem Austausch hygienisch.

Welche Selbsthilfetechniken können eine Entblähung der Lunge unterstützen?

Um die Wirkung der entblähenden Techniken zu verste-

hen, schauen wir uns kurz an, welche physiologischen Mechanismen im Normalfall die Luft in die Atemwege „einsaugen“ und wieder „herausdrücken“. Während einer Einatmung erweitert sich der Brustkorbraum durch die Kontraktion des Zwerchfells und der übrigen Atemmuskulatur. Wie bei einer Luftpumpe saugt dabei der durch die Vergrößerung des Brustkorb-Innenraums entstehende Unterdruck die Luft in die Atemwege, und die Lungenbläschen füllen sich mit Luft. Bei der Ausatmung entspannen sich die Atemmuskeln, die elastischen Rückstellkräfte verkleinern die Lunge, ziehen den nun entspannten Zwerchfellmuskel nach oben zurück in seine Ausatemstellung und verkleinern den Brustkorbraum. Der dabei entstehende Überdruck schiebt die Luft wieder aus den Atemwegen.

Bei einem Lungenemphysem fehlen die elastischen Rückstellkräfte. Betroffene müssen die Luft aktiv mit Hilfe der Bauchmuskeln aus den Atemwegen pressen. Abhängig vom Grad ihrer Atemwegsinstabilität werden während dieser forcierten Ausatmung die kleinen Atemwege so stark zusammengedrückt, dass sie früher oder später kollabieren. Die noch verbliebene Restluft kann dann nicht mehr entweichen. Diese „gefangene Luft“ ist das Problem der dynamischen Überblähung.

Nun zu den Selbsthilfetechniken, die eine Entblähung der Lunge unterstützen. Neben dem Offenhalten der Atemwege während der Ausatmung durch ausreichend hohen PEP ist eine optimale Zwerchfellposition am Ende der Ausatmung ein weiteres wichtiges Ziel zum Abbau der dynamischen Überblähung und zur Funktionserhaltung des Zwerchfellmuskels.

Versagt die elastische Rückstellkraft der Lunge, dann kann das Zwerchfell durch **Schwerkrafteinwirkung**, auch ohne die belastende Anspannung des Bauchmuskelskorsetts, in Ausatemstellung geschoben werden. Dies kann z. B. durch einen Lagewechsel in Rücklage oder



Entblähung mit Gewicht auf Bauchdecke/PEP

in Bauchlage erfolgen. Zusätzlich lässt sich der Effekt in Rückenlage durch eine Gewichtsauflage auf der Bauchdecke verstärken. Auch diese Technik muss natürlich in Kombination mit einer ausreichend hohen PEP-Atmung erfolgen. Die Gewichtsauflage sollte ca. 3-7 kg betragen. Es eignet sich ein Sandsack (z.B. Vogelsand) oder ein Gewichtsgürtel, den man üblicherweise im Sport verwendet.

Diese Technik ist eine wichtige Entlastung, um eine bestehende dynamische Überblähung abzubauen. So kann man sich immer wieder zwischendurch für ca. zehn bis zwanzig Minuten Momente der Entlastung schaffen. Gleichzeitig ist diese Technik ein Training für das Zwerchfell, quasi eine Art Widerstandsübung. Es arbeitet aus optimaler Funktionsstellung gegen das Gewicht der Bauchorgane, der Gewichtsauflage und in Bauchlage gegen das eigene Körpergewicht.

Was sollten Patienten zu PEP-Husten und PEEP-Huffing wissen?

Leiden Patienten zusätzlich an einer Instabilität der zentralen Bronchien und der Luftröhre, kann beim Husten ein Kollaps der großen zentralen Atemwege den Sekrettransport behindern.

Zur Kollapsvermeidung wird PEP-Husten eingesetzt. D.h. man hustet gegen einen Widerstand, wie z. B. gegen den Fausttunnel, gegen geschlossene Lippen oder gegen ein Taschentuch. Wichtige Kontrolle bei Husten gegen Widerstand ist das Blähen der Wangen. Blähen sich die Wangen, zeigt dies, dass ausreichend Druck durch den Rückschub in den großen Atemwegen aufgebaut wird. Sekret wird so leichter transportiert und abgehustet und quälende, lang andauernde Hustensalven können dadurch verhindert werden.

Huffing ist wesentlich weniger belastend als Husten.

Husten oder PEP-Atmung gegen den Fausttunnel



Diese schonende Technik wird bei Betroffenen mit instabilen zentralen Atemwegen mit einem sog. „PEEP“-Huffing verbunden. PEEP steht für positive end expiratory pressure, d.h. man baut erst am Ende der Ausatmung einen positiven Druck auf. Nach einer anfänglich sehr schnellen Ausatemströmung, die beim Huffing zum Transport des Sekrets nötig ist, endet man auf einer Stenose, um einen Atemwegskollaps zu vermeiden. Beispielsweise bildet der mit den Lippen geformte Buchstabe „F“ eine Ausatemstenose zur Stabilisation der Atemwege. Alternativ bläst man zur Schlussphase der Ausatmung in den Fausttunnel.

Was bedeutet „Schultergürtel-Kran“?

Hierbei handelt es sich um die **Überforderung der Atemhilfsmuskulatur.**

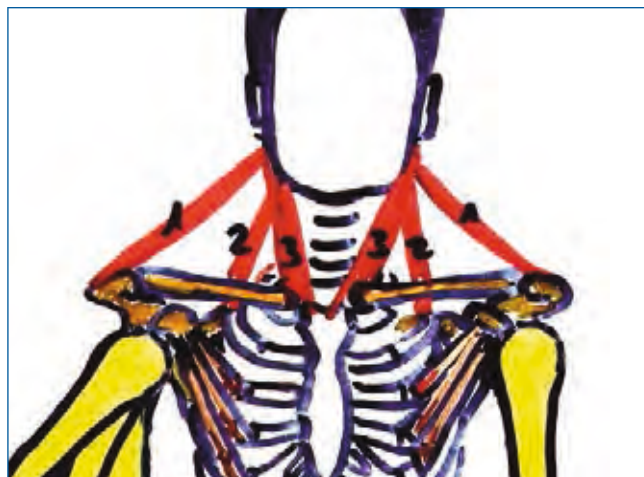
Ein überblähter Brustkorb erweitert sich äußerlich sichtbar in alle Richtungen besonders auch nach oben hin, so dass die Halswirbelsäule im Brustkorb „verschwindet“. Der Hals erscheint kürzer und die Schultern nähern sich den Ohren an. Dadurch werden Ansatz und Ursprung der Muskeln, die als Atemhilfsmuskeln den Brustkorb nach oben hin erweitern, stark angenähert. Aus dieser zusammengesetzten Position kann sich die Muskulatur kaum mehr aktiv verkürzen.

Da das Zwerchfell durch den Elastizitätsverlust der Lunge bei der Einatmung nur noch wenig zur Brustraumerweiterung beitragen kann, versucht die Atemhilfsmuskulatur dies zu kompensieren und muss dauerhaft Höchstleistung erbringen.

Die Überforderung führt zur Tonisierung (Erhöhung der Muskelspannung), zu Muskelverkürzungen und zu Schmerzzuständen, aber auch zur Atrophie (Muskelabbau) der Armmuskulatur.

Die anatomischen Veränderungen tragen auch dazu bei,

Der „Schultergürtel-Kran“ mit schematischer Darstellung der Atemhilfsmuskulatur (1-3)



dass der Schultergürtel seine stabile Basis auf dem Brustkorb verliert. Das Arm- und Schultergewicht belastet und behindert nun die Hebung der oberen Rippen beim Einatmen. Bei Patienten mit starker Überblähung heben die Atemhilfsmuskeln den Schultergürtel permanent etwas an und entlasten so die oberen Rippen vom Gewicht des Schultergürtels. Das bezeichnen wir als sog. „Schultergürtel-Kran“. Man kann sich vorstellen, dass diese Aktivität mit einer Form von „Gewichtheben“ gleichzusetzen ist und für die Muskulatur eine zusätzliche hohe Belastung darstellt.

Eine weitere physiologische Aufgabe der Atemhilfsmuskulatur ist die Stabilisation des Schultergürtels beim aktiven Gebrauch der Arme. Die Dauerüberlastung dieser Muskeln durch die Atemarbeit führt dazu, dass Betroffene ihre Arme im täglichen Leben weniger gebrauchen und es deshalb häufig zum Trainingsrückstand der Arm-muskulatur kommt.

Physiotherapeutisch konzentriert man sich zum einen auf die Pflege der Atemhilfsmuskulatur, des sog. überlasteten Schultergürtel-Krans, durch Techniken der Durchblutungsförderung und der Detonisierung (Entspannung). Zum anderen liegt der Schwerpunkt auch auf der für das tägliche Leben wichtigen Kräftigung der Armmuskulatur.

Dieses Training wird in für die Schultern-Nacken-Muskulatur entlastenden Übungspositionen durchgeführt, z. B. aus der Rückenlage oder als Training in Arm-Stütz-Positionen, wie beispielsweise „Liegestützen“ an der Wand oder „Hochdrücken“ des Körpergewichtes von den Armlehnen des Stuhls.

Auch die Mobilisation der passiven Gewebs- und Gelenkstrukturen ist hierbei wichtig.

Was ist bei täglichen Abläufen zu Hause zu beachten?

Atemnot unter Belastung bei Alltagsaktivitäten schränkt die Lebensqualität der Betroffenen extrem ein. Zur Vermeidung von Atemnot lernen Patienten, längere kraftfordernde Bewegungsabläufe des täglichen Lebens mental voraus zu planen und zu strukturieren.

Zum besseren Verständnis: Der Organismus stellt unserer Muskulatur eine Art Energiebrücke zur Verfügung. Sie ermöglicht uns, sofort los zu starten, noch bevor Atmung und Kreislauf sich auf den erhöhten Energieverbrauch eingestellt haben. Aber dieser Energievorschuss muss nach kurzer Zeit durch vertieftes Atmen „beglichen“ werden. Gesunden fällt es natürlich nicht schwer, die sog. Sauerstoffschuld durch kurzzeitiges vertieftes und beschleunigtes Atmen auszugleichen.

Emphysem-Patienten haben keine „Atemreserve“. Es gelingt ihnen kaum, durch tiefe Atmung den Energievorschuss des Organismus zu begleichen. Sie geraten in extreme, meist lang andauernde Atemnot.

Leider wird häufig aus dieser Erfahrung eine falsche Konsequenz gezogen. So versuchen Atemnot-Patienten bei kraftfordernden Tätigkeiten schnell so viel wie möglich zu erledigen und erleiden in kurzer Zeit eine erschöpfende Atemnot.

Als optimale therapeutische Strategie zur Bewältigung von Alltagsaktivitäten hat sich bewährt, körperliche Aktivitäten mental voraus zu planen und zu strukturieren. Dies geschieht in einer **Kombination von kurzen Belastungsintervallen mit vorgeplanten Pausen**. Vor den Belastungsintervallen und in den Pausen wird eine spezielle Atemtechnik präventiv eingesetzt. Hierbei handelt es sich um die Atemtechnik der **dosierten Hyperventilation**. Bei dieser Technik wird vor, zwischen und nach den Belastungsintervallen ruhig und vertieft durch die Nase eingeatmet und durch einen angepassten PEP ausgeatmet.



„Der Nächste bitte!“

Ihre Rechte und Möglichkeiten im Gesundheitssystem.

www.vfa-patientenportal.de

www.via-patientenportal.de
Ein Internetportal rund um Patientinnen
und Patienten und ihre Versorgung.

vfa patientenportal

patientenportal
Eine Initiative der forschenden Pharma-Unternehmen

Anzeige

Die Einatmung über die Nase und nicht durch den Mund ist besonders wichtig für Patienten mit einer Langzeit-Sauerstofftherapie über die Nasenbrille. Außerdem schützt Nasenatmung die Schleimhaut der Bronchien vor Austrocknung, Auskühlung, reinigt die Einatemluft und somit vor Infekten der Atemwege.

Physiotherapeutisch werden Patienten in dieser Technik individuell mit Pulsoximetrie, Messung der Atemfrequenz und Selbsteinschätzung des subjektiven Belastungsempfindens über die sog. BORG-Skala geschult.

Kontrolliert durchgeführt, ermöglicht diese Technik von kurzen Belastungsphasen und Pausen mit Vor-, Zwischen- und Nachatmen eine Anpassung von Kreislauf und Atmung im Hinblick auf längere Energieleistung. Mit dieser mental vorgeplanten Belastungsstruktur sind auch Patienten mit Lungenemphysem besser in der Lage, körperliche Aufgaben ausdauernder und ohne extreme Atemnot zu meistern.



... mehr Wissen

www.copd-deutschland.de

Den Ratgeber „Lungensport, Medizinische Trainingstherapie, und Atemtherapie bei COPD, Lungenemphysem und Lungenfibrose des COPD – Deutschland e.V. und der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland können Sie online lesen auf www.lungenemphysem-copd.de oder als Druckversion unter www.copd-deutschland.de bestellen. Beachten Sie dort die Versandinformationen.

Seit mehr als fünf Jahrzehnten

Wissenschaftlich fundierte Atemphysiotherapie

Vor bereits mehr als 50 Jahren wurde die AG Atemtherapie im Zentralverband der Physiotherapeuten von Hilla Ehrenberg, einer sehr ambitionierten und wissenschaftlich orientierten Physiotherapeutin gegründet. Hilla Ehrenberg analysierte und systematisierte in Zusammenarbeit mit namhaften Medizinern die damals vorhandenen Techniken, immer im Kontext physiologischer und pathophysiologischer Hintergründe. So legte sie die Basis für ein solides wissenschaftliches Fundament der Atemphysiotherapie. Mit ihrer Begeisterung konnte Hilla Ehrenberg ihre Kolleginnen motivieren und für eine Mitarbeit in der Arbeitsgemeinschaft gewinnen.

Die Atemtherapie entwickelte sich weiter, und aus der AG Atemtherapie wurde die AG Atemphysiotherapie. Heute steht die 3. Auflage der Empfehlungen für Atemphysiotherapie kurz vor der Fertigstellung. Diese systematisch entwickelten, auf funktionellen Problemen und dem angenommenen Wirkmechanismus aufgebauten Empfehlungen ermöglichen eine zielorientierte und belastbare Atemphysiotherapie.

Seit 2008 bietet die AG Atemphysiotherapie Fortbildungsmodulare für Physiotherapeuten an, die aus 7 Grundmodulen und 2 Ergänzungsmodulen bestehen.

Noch ist es leider nur in Bayern verpflichtend, diese Fortbildung oder die Fortbildung Mukoviszidose zu absolvieren, um eine verordnete Atemphysiotherapie (AT3) durchführen und abrechnen zu können. In allen anderen Bundesländern kann jeder Physiotherapeut auch ohne Zusatzqualifikation Atemphysiotherapie anbieten.

Adressverzeichnis

Wer von den Kenntnissen der Physiotherapeuten mit Spezialisierung Atemphysiotherapie profitieren möchte, findet ein bundesweites Verzeichnis mit entsprechend gekennzeichneten Adressen auf der Internetseite der Deutschen Atemwegsliga www.atemwegsliga.de unter Service, Physiotherapeuten.

Das Verzeichnis wird kontinuierlich aktualisiert.

Gute Information für selbstbestimmten Umgang mit der Erkrankung

Die IPF ist eine schwerwiegende chronische Krankheit, bei der die Lungenfunktion stetig abnimmt. Eine frühzeitige Behandlung ist wichtig, um das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhalten. Die Prognose ist vergleichbar mit der von Lungenkrebs. Dennoch erhalten Menschen mit IPF einer internationalen Analyse zufolge oftmals keine gezielte antifibrotische Therapie.¹ Zudem brechen sie ihre Behandlung häufiger ab als Patienten mit Lungenkrebs. Mangelnde Information über die Vorteile der Therapie ist laut den Autoren der Analyse dabei ein entscheidender Faktor. Mehr Aufklärung über verfügbare Therapien und ihren Nutzen könnte die Situation vieler Patienten verbessern.

Ähnliche Prognose, anderes Vorgehen: IPF und Lungenkrebs

Die aktuelle Analyse vergleicht Diagnoseraten, Behandlungsbeginn und Behandlungsdauer bei IPF und Lungenkrebs.¹ Durchgeführt wurde sie aufgrund der Erkenntnis, dass Patienten mit IPF anders als an Lungenkrebs Erkrankte oftmals keine gezielte Therapie erhalten, obwohl die Lebenserwartung bei beiden Erkrankungen vergleichbar ist. Die wissenschaftliche Analyse arbeitete mit einer Hochrechnung aus Daten von 135.238 IPF-Patienten und 953.713 Lungenkrebs-Patienten aus Deutschland, Frankreich, Italien, Spanien, Großbritannien und den Vereinigten Staaten. Ihre Wege unterschieden sich ab dem Zeitpunkt der Diagnose deutlich: Nur 48 % der Menschen mit IPF erhielten eine Behandlung, während bei 75 % mit der Diagnose Lungenkrebs eine Therapie begonnen wurde. Ein weiterer Unterschied zeigte sich bei der Behandlungsdauer. Während 86 % der Lungenkrebs-Patienten ihre Therapie beibehielten, führten nur 56 % der IPF-Patienten die Behandlung fort.

Was führt zu den Unterschieden?

Die Autoren ermittelten verschiedene Ursachen für die Ergebnisse. So zögern viele Ärzte, in der frühen Phase einer IPF-Erkrankung antifibrotische Medikamente einzusetzen und beobachten zunächst den Krankheitsverlauf und die Auswirkungen der Symptome auf die Lebensqualität. Als Gründe für die häufigeren Behandlungsabbrüche bei IPF werden vor allem zwei Aspekte gesehen: Bedenken auf ärztlicher Seite über mögliche Nebenwirkungen und eine mangelnde Aufklärung der Patienten über den Nutzen der medikamentösen Therapie. Dabei kann eine frühzeitige Behandlung das Fortschreiten der IPF hinauszögern und die Lebensqualität erhöhen, indem sie begleitende Symptome wie Husten,

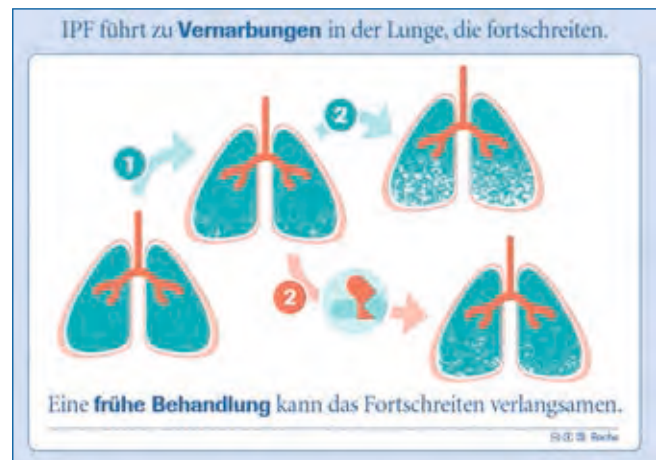


Abb. 1: Relevanz einer frühzeitigen Behandlung bei IPF

Atemnot und Kurzatmigkeit reduziert.² Dies kann Patienten ermöglichen, länger am Alltag teilzunehmen und ihren Hobbys nachzugehen.

Information für aktivere Krankheitsbewältigung

Gut informierten Patienten ist ein selbstbestimmter Umgang mit der Erkrankung möglich. Derzeit ist es für Menschen mit IPF sowie ihre Angehörigen jedoch schwer, Informationen zur Erkrankung zu finden. Die Website www.fightipf.de bietet deshalb eine Vielzahl an Hintergrundinformationen, die bei der Krankheitsbewältigung unterstützen können. So sind unter anderem Kurzvideos mit wertvollen Tipps zum Umgang mit der Erkrankung aus Patientensicht und von Experten verfügbar. Gerade im Gespräch mit dem Arzt ist es für Patienten oft nicht leicht, an alle wichtigen Fragen zu denken und über persönliche Ziele zu sprechen. Hier können Gesprächsleitfäden eine hilfreiche Unterstützung bieten. Ein solcher Leitfaden kann auf der Website kostenlos heruntergeladen werden. Die Website gehört zu der internationalen Kampagne fightIPF, die in der breiteren Öffentlichkeit Verständnis für die Herausforderungen des Lebens mit dieser Erkrankung schaffen will und Betroffene unterstützt, gegen ihre Krankheit aktiv zu werden und sich Ziele für morgen zu setzen.



Abb. 2: Gesprächsleitfaden IPF

[1] Denton J et al., Am J Respir Crit Care Med 2017;195:A5436L.

Die Studie wurde von Genentech und Roche unterstützt.

[2] Glassberg MK J et al., Am J Respir Crit Care Med 2017;195:A5406.

Die Studie wurde von Genentech und Roche unterstützt.



Bestell- und Lieferservice der Patienten-Bibliothek für die Patientenzeitschrift **COPD in Deutschland**

Natürlich, Sie können die Zeitschrift weiterhin kostenfrei über Ihren Arzt, in der Klinik, über die Apotheke oder die Selbsthilfegruppen (siehe Hinweis im Impressum) beziehen. Die kostenfreien Sammelbestellungen erfolgen über die www.Patienten-Bibliothek.de.

Sie möchten jedoch die nächste Ausgabe der Zeitschrift ganz bequem nach Hause geliefert bekommen? Dann nutzen Sie ab sofort unseren Versandservice ohne Abonnementverpflichtung.

Bestellen Sie eine oder gleich mehrere Ausgaben. Wichtig: Der Bestellauftrag erhält Gültigkeit, sobald die entsprechende Einzahlung auf das u.g. Konto erfolgt ist.

Bestellungen können formlos per E-Mail (Angabe der Bestellung und Lieferadresse nicht vergessen!) und gleichzeitiger Zahlung an info@patienten-bibliothek.de oder per Einsendung des nachfolgenden Bestellcoupons erfolgen (kein Abonnement). Bitte senden Sie den Bestellcoupon an:

Patienten-Bibliothek gemeinnützige GmbH, Unterer Schranzenplatz 5–7, 88131 Lindau



Hiermit bestelle ich folgende Ausgabe(n) der Patientenzeitschrift COPD in Deutschland

Ausgabe/n 2017	Frühjahr ☐	Sommer ☐	Herbst ☐	Winter ☐
Bestellung muss vorliegen bis zum	15.02.2017	15.05.2017	15.08.2017	15.11.2017
Ausgabe/n 2018	Frühjahr ☐	Sommer ☐	Herbst ☐	Winter ☐
Bestellung muss vorliegen bis zum	15.02.2018	15.05.2018	15.08.2018	15.11.2018
Neu Erstausgabe Lungenkrebs	I/2017 ☐			

Der Bezugspreis für eine Ausgabe beträgt € 2,50 (inkl. Porto und Versandkosten – gültig in Deutschland und im europäischen Ausland).

Die Erscheinungstermine sind jeweils: 01.03./01.06./01.09. und 01.12.

Vorname:

Name:

Strasse, Hausnummer:

PLZ, Ort:

E-Mail für den Rechnungsversand angeben:

Die Bestellung erhält Gültigkeit, wenn der Bestellpreis (pro gewünschter Ausgabe € 2,50) auf das folgende Konto überwiesen wurde. Bitte beachten Sie, dass der Betrag spätestens zu den o.g. Bestellendterminen vorliegen sollte.

Empfänger:	Patienten-Bibliothek gemeinnützige GmbH
Geldinstitut:	Sparkasse Lindau
Kontonummer:	1001 227 584
Bankleitzahl:	731 500 000
IBAN:	DE16 7315 0000 1001 2275 84
BIC:	BYLADEM1MLM
Verwendungszweck:	Angabe der Ausgabe(n) und komplette Lieferanschrift

Lungenfibrose Atemphysiotherapie und Lungensport

Neu: Broschüre Atemphysiotherapie

Sabine Weise hat speziell auch für Patienten mit einer Fibrose eine Broschüre zur Atemphysiotherapie erstellt, die von der Deutschen Atemwegsliga e.V. herausgegeben wurde und auch dort online gelesen oder bestellt werden kann (www.atemwegsliga.de).

Bei der Lungenfibrose geht durch eine chronische Entzündung gesundes Lungengewebe zugrunde und wird durch Bindegewebe ersetzt. Durch die krankhafte Vermehrung des Bindegewebes zwischen den Lungenbläschen und den umgebenden Blutgefäßen wird die Lunge steifer und kann sich schlechter ausdehnen: Das Volumen, das ein- und ausgeatmet werden kann, sinkt. Der Gasaustausch ist erschwert.

Um das fehlende Lungenvolumen der steifer werdenden Lunge auszugleichen, müssen die Betroffenen schneller und mit mehr Anstrengung atmen. Außerdem ist das Volumen pro Atemzug kleiner als beim Gesunden.

Bei körperlicher Belastung kann ein Fibrosepatient seine Atemtiefe und seine Atemfrequenz nur wenig steigern.

Wesentlich, auch für die Empfindung von Atemnot, ist die erhöhte Atemarbeit infolge der steifen Lunge.

Zu Atemnot kommt es anfangs nur bei größeren körperlichen Anstrengungen, später bereits bei geringster Anstrengung, wie beim Sprechen. Infolge der Lungenfibrose kann auch vermehrt quälender Reizhusten auftreten.

Folgende Themen werden in der Broschüre behandelt:

- Belastungsdyspnoe (Atemnot unter Belastung)
- Kurzzeitige kontrollierte Zwerchfellatmung
- Reizhusten
- Vermeidung muskulärer Schmerzen nach Hustenattacken
- Kontrolle des Door-stop-Phänomens (Einatmungstopp)
- Unterstützung der Atemwegsreinigung und Vermeidung von Atemwegsinfekten
- Regeneration der Atempumpe
- Training zur Steigerung der allgemeinen Leistungsfähigkeit
- Begriffserklärungen

Informationsflyer Lungensport

Zum Thema „Lungensport bei Lungenfibrose“ wurde von der AG Lungensport ein Informationsflyer mit allen wichtigen Eckdaten veröffentlicht.

Der Flyer kann online gelesen oder als Druckversion bestellt werden auf www.lungensport.org.

Hier finden Sie auch ein aktuelles bundesweites Register mit allen Lungensportgruppen.

Anzeige



Unsere Nordseeklinik Westfalen liegt in 1A-Lage, direkt am feinsandigen Hauptstrand und der Strandpromenade des Heilbads Wyk auf der Insel Föhr, wenige Meter von der Altstadt und dem Hafen entfernt.

Ein erfahrenes, gesundheitsorientiertes Arbeiterteam freut sich, Sie ärztlich, therapeutisch und persönlich auf Ihrem individuellen Weg der Krankheitsbewältigung und Gesundheit zu begleiten.

Eine wertschätzende und unterstützende Kommunikation ist für uns dabei wesentlich im Umgang miteinander. Seien Sie herzlich willkommen.



Sandwall 25-27
25938 Wyk auf Föhr
Telefon 0 46 81 / 599-0
info@Nordseeklinik.online
www.Nordseeklinik.online

Gesundheitskompetenz für Meer Lebensqualität

- Wohnen direkt am Strand plus Mahlzeiten mit Meerblick
- Klimatische Reize, schadstoff- und pollenarme Luft
- Nachhaltige Reha mit wissenschaftlicher Expertise (Uni Lübeck)
- Patientenorientierter Familienbetrieb mit den gelebten Werten Vertrauen, Transparenz und Fairness
- alle Renten- und Krankenkassen
- Beihilfefähig

Indikationsspektrum

- Chronische Erkrankungen der Atemwege und der Lunge, Spezialisierung COPD und Asthma
- Degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (Orthopädische Erkrankungen)
- Herz-Kreislaufkrankungen
- Nebenindikationen: Psychosomatische & psychovegetative Erkrankungen
- Spezialisierung auf Präventionsmaßnahmen für Polizei, Bundeswehr und Feuerwehr



Bewegung Motivation

Tägliches Training mit Michaela Frisch

In dem Beitrag von Sabine Weise (ab Seite 30) zur Atemphysiotherapie haben Sie sehr viel Hintergrundwissen über die strukturellen Veränderungen des Lungengewebes bei COPD / Lungenemphysem und mögliche Behandlungsstrategien erfahren.

Michaela Frisch, Therapieleiterin der Espan-Klinik in Bad Dürkheim, wird Ihnen nun die dazu passenden, ganz praktischen Übungen zeigen, wie Sie den Atem koordinieren und Brustkorb und Schultern mobilisieren können.

Einen Sitzball können Sie für vielfältige Übungen, neben den von Michaela Frisch gezeigten, auch zum Stabilisations- oder Bauchmuskeltraining nutzen. Zum tatsächlich längeren Sitzen ist der Ball – trotz seines Namens – allerdings nicht geeignet. Mehr als 30 Minuten sollte der Ball nicht zum Sitzen verwendet werden, zumal er leicht wegrollen kann und keine Lehne hat.

Wie Sie sehen, sind wir bereits bei Teil 9 der Übungen angelangt. Sie haben einen Teil verpasst? Kein Problem! Auf www.Patienten-Bibliothek.de können Sie kostenfrei alle Ausgaben online lesen.

Teil 9

Übungen mit dem Sitzball

Leichte Belastung

Ausgangsstellung: aufrechter Sitz auf dem Hocker, Beine stehen hüftbreit auseinander

Atemung: Training der Flankenatmung, Atemkoordination, Brustkorbmobilisation, Schultermobilisation

Der Sitzball ist links. Mit der Einatmung durch die Nase, den Sitzball nach hinten führen. Dem Sitzball nachschauen und das Brustbein nach oben schieben. Mit der Ausatmung (Lippenbremse – langsames Ausströmen lassen der Luft über die Lippen) den Sitzball wieder nach vorne führen. Nach einigen Wiederholungen die Seite wechseln.



Anzeige

NEU
ab 01.04.17

Tonangebend in der Atemtherapie!

Das PLUS für mehr Lebensqualität
bei Erkrankungen der Atemwege.

Löst Schleim, reduziert
Husten und Atemnot.

CEGLA
MEDIZINTECHNIK

Erhältlich in Apotheken, Sanitätshäusern oder unter www.cegla-shop.de
PZN 12 419 336 | Erstattungsfähig unter Hilfsmittel-Positions-Nr. 14.24.08.0013
Bitte vor der ersten Anwendung die Gebrauchsanweisung sorgfältig durchlesen.

Tel +49 2602 9213-0
www.cegla.de

Ein Sitzball mit
ungeahnten
Möglichkeiten...



Training

Den Sitzball zwischen die Beine nehmen. Mit der Ausatmung (Lippenbremse – langsames Ausströmenlassen der Luft über die Lippen) den Sitzball mit den Beinen zusammendrücken, zusätzlich beschreiben beide Arme – unter Einbeziehung der Schultern – Achter. Mit der Einatmung den Druck auf den Ball lösen, die Arme bewegen sich aber kontinuierlich weiter.



Mittlere Belastung

Ausgangsstellung: aufrechter Sitz auf dem Hocker, Beine stehen hüftbreit auseinander

Atmung: Training der Flankenatmung, Atemkoordination, Brustkorbmobilisation, Schultermobilisation

Der Sitzball ist links. Mit der Einatmung durch die Nase den Ball zur Seite rollen und den rechten Arm über den Kopf auf die linke Seite führen. Mit der Ausatmung (Lippenbremse – langsames Ausströmen lassen

der Luft über die Lippen) wieder in die Ausgangsstellung zurückkehren. Nach einigen Wiederholungen die Seite wechseln.

Training

Den Sitzball mit beiden Armen über den Kopf heben, ganz gerade und aufrecht sitzen, nicht nach hinten kippen. Das linke Bein gebeugt abheben und langsam strecken und beugen, ohne die aufrechte Sitzposition zu verändern. Ganz bewusst auf den Einsatz der Lippenbremse – langsames Ausströmenlassen der Luft über die Lippen – achten. Nach einiger Zeit oder einer Pause die Beinseite wechseln.



Belastende Übung

Ausgangsstellung: Kniestand

Atmung: Training der Flankenatmung, Atemkoordination, Brustkorbmobilisation, Schultermobilisation

Der Sitzball ist links, das rechte Bein gestreckt seitlich aufsetzen. Mit der Einatmung durch die Nase den Ball zur Seite rollen und den rechten Arm über den Kopf auf die linke Seite führen. Mit der Ausatmung (Lippenbremse – langsames Ausströmen lassen der Luft über die Lippen) wieder in die Ausgangsstellung zurückkehren. Nach einigen Wiederholungen die Seite wechseln.





Training

Vor dem Sitzball knien. Den Ball nach vorne schieben, stabilisieren. Das rechte Bein nach hinten strecken, die Position etwas halten. Ganz bewusst auf den Einsatz der Lippenbremse – langsames Ausströmenlassen der Luft über die Lippen – achten. Nach mehreren Wiederholungen die Beinseite wechseln.

Anzeige

Klinik für Pneumologie, Internistische Intensivmedizin, Beatmungsmedizin und Allgemeine Innere Medizin



- Wir sind zertifiziertes Weaningzentrum der DGP seit 2011
- Wir sind zertifiziertes Lungenkrebszentrum der DKG seit 2010
- Wir sind Zentrum für Interventionelle Lungemphysemtherapie seit 2010
mit Erfahrung aus über 1300 Behandlungen (Ventile, Coils, Polymerschaum und Thermoablation)
- Wir sind die raucherfreundliche Lungenklinik
Wir beraten rauchende Patienten und Mitarbeiter zur Tabakentwöhnung und machen Hilfsangebote.



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



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

Regelmäßige Bewegung: Ein wichtiger Therapiebaustein bei COPD

„Mein Atem, mein Weg“ lädt zu begleitetem Spaziergang ein

Der Nutzen von regelmäßiger körperlicher Aktivität bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) im Hinblick auf die Lebensqualität und krankheitsbedingte Symptomatik gilt als gut belegt.¹ Daher ist regelmäßige Bewegung ein wichtiger Bestandteil der Therapie^{2,3,4} und führt dazu, dass das Herz-Kreislauf-System in Schwung bleibt, die Muskulatur und die Koordination sowie die Kondition nicht abnehmen.^{5,6} Zu häufig schonen sich Menschen mit COPD jedoch und meiden körperliche Anstrengungen, nicht zuletzt aus Angst vor einer möglichen Atemnot. Allerdings kann die Vermeidung von Bewegung dazu führen, dass es den Betroffenen künftig noch schwerer fällt, sich körperlich zu belasten. Die ver-

den in Distanzen von ein, drei oder fünf Kilometern angeboten. Unterwegs werden an Ständen Informationen zu COPD vermittelt und spezielle Übungen durchgeführt. Im Fokus stehen auch Erläuterungen zum richtigen Verhalten bei einer Atemnotsituation. Die Mischung aus Bewegung und ergänzendem Informationsangebot soll dazu führen, Menschen mit COPD eine Brücke zu mehr Bewegung im Alltag zu bauen. Die Teilnehmer von „Mein Atem, mein Weg“ können sich bei der Veranstaltung auch über das Angebot der Deutschen Atemwegsliga und zu regionalen Lungensportgruppen informieren. Ihr Bewegungsprogramm sollten Betroffene immer mit ihrem Arzt abstimmen.



„Mein Atem, mein Weg“: Vor dem gemeinsamen Spaziergang machen alle mit bei den atemerleichternden Übungen.

säumte Bewegung kann also besonders bei Menschen mit COPD negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit und die Lebensqualität haben.⁶ Die gute Nachricht ist, dass sich verloren gegangene körperliche Belastbarkeit zumindest teilweise wieder aufbauen lässt, wenn sich die Betroffenen mehr bewegen.¹

„Mein Atem, mein Weg“: Mehr Freude an Bewegung
Genau hier setzt die von Berlin-Chemie ins Leben gerufene Bewegungsinitiative „Mein Atem, mein Weg“ an. Gemeinsam mit motivierten Ärzten als Schirmherren veranstaltet das Unternehmen betreute Spaziergänge für Menschen mit COPD. Ärzte und Lungensporttherapeuten geben den Teilnehmern Tipps, wie sie Bewegung in ihren Alltag integrieren können. Damit jeder Teilnehmer eine Strecke findet, die er gut bewältigen kann, kann zwischen drei Streckenlängen gewählt werden: Diese wer-

Schon jetzt ein Erfolgsmodell

Die nächste Runde „Mein Atem, mein Weg“ findet noch in diesem Jahr erstmalig in Düsseldorf statt. Vorherige Veranstaltungen waren bereits ein großer Erfolg. Dabei nahmen Patienten mit unterschiedlichen Schweregraden teil – auch Patienten mit Rollator und Sauerstoffgerät waren dabei. Die bisherigen Teilnehmer ziehen eine positive Bilanz und heben die gute Betreuung vor Ort sowie die nützlichen und motivierenden Tipps hervor: Bewegung kann einfach in den Alltag integriert werden – man muss nur wissen wie.

Jetzt für „Mein Atem, mein Weg“ anmelden!

30. September 2017, Düsseldorf

Eine Anmeldung ist online unter

www.mein-atem-mein-weg.de oder telefonisch unter der 030 / 616 50 71 90 möglich.

Literatur

[1] Spielmanns M et al., Lungensport: Ambulantes Sportprogramm hilft langfristig bei COPD. DMW 2015; 140(13):1001–1005.

[2] Vogelmeier CF et al., Am J Respir Crit Care Med 2017, 195: 557–582.

[3] The Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. <http://goldcopd.org>.

[4] ÄZQ. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) COPD, 1. Auflage 2006, www.leitlinien.de/nvl/copd.

[5] Spielmanns M et al., Ambulanter Lungensport: Eine effektive Therapieoption. Dtsch Arztebl 2016, 113(8): 17. DOI: 10.3238/PersPneumo.2016.02.26.04.

[6] Worth H et al., Empfehlungen der Deutschen Atemwegsliga zum Sport und körperlichen Training bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen. Pneumologie 2000; 54:61–76.

Arzt und Patient im Gespräch

Klug entscheiden ...mit dem Patienten

„Klug entscheiden“ oder Englisch „choosing wisely“ ist eine internationale Initiative, die ihren Ursprung in Amerika hat. „Die Initiative hat das Ziel, Ärzte und andere Fachkräfte im Gesundheitswesen mit Patienten in einen Dialog über unnötige Untersuchungen und Behandlungen zu bringen, damit Patienten auf einer guten Grundlage entscheiden können, was sie in ihrer Versorgung möchten und was nicht“, formulierte Professor Wendy Levinson, Spezialistin für Arzt-Patienten-Kommunikation, Universität Toronto (Quelle: Spotlight Gesundheit, Nr. 2, 2017 Bertelsmann Stiftung).



In Deutschland wird die Initiative „Klug entscheiden“ federführend von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) umgesetzt. Im Gespräch erfahren wir mehr von **Professor Dr. Dr. Ulrich R. Fölsch**, Universität Kiel, Generalsekretär der DGIM.

Welche Gedanken liegen der Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin zugrunde?

„Klug entscheiden“ wurde von der DGIM als Qualitäts-offensive angedacht, um die Indikationsqualität, d.h. die Qualität von Behandlungsentscheidungen, zu steigern.

In Deutschland hat die Initiative durch die Beteiligung aller acht internistischen Schwerpunktgesellschaften in der DGIM sowie der Einbindung der assoziierten Fachgesellschaften, den Berufsverband Deutscher Internisten (BDI), Patientenvertretern und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) wesentlichen Nachdruck erhalten.

Die Deutsche Initiative unterscheidet sich von der amerikanischen Kampagne vor allem dadurch, dass sie nicht nur die Überversorgung im diagnostischen und therapeutischen Bereich im Blick hat, sondern ebenso die Unterversorgung von Maßnahmen, die häufig nicht durchgeführt werden, obwohl sie für den Patienten nutzbringend wären.

Durch die Bildung einer Konsensuskommission konnten in allen acht Schwerpunktgesellschaften, wie z. B. der Gastroenterologie, der Kardiologie und eben auch der



Pneumologie, auf wissenschaftlich fundierter Basis (evidenzbasiert) jeweils fünf positive und fünf negative Empfehlungen erarbeitet werden.

Können Sie uns anhand von Beispielen die Empfehlungen näher erläutern?

Eine Positivempfehlung, d.h. eine aktuelle Unterversorgung, bezieht sich auf die Lungenfunktionsmessung bei Rauchern. Jeder Raucher sollte eine Lungenfunktionsmessung erhalten, damit frühzeitig eine COPD diagnostiziert werden kann. Momentan erfolgt dies nicht in ausreichendem Maße, was zum einen daran liegt, dass Raucher z. B. mit einer Hustensymptomatik gar nicht bedenken, deswegen einen Arzt aufzusuchen. Zum anderen wird auch von Ärzten nicht bei jedem Raucher zwangsläufig eine Lungenfunktionsmessung vorgenommen. Die Empfehlung soll dazu beitragen, dass sowohl bei Ärzten als auch Patienten eine höhere Aufmerksamkeit erzielt wird.

Eine klassische Empfehlung zur Überversorgung, also eine negative Empfehlung, ist der Einsatz von Antibiotika bei unkomplizierter Bronchitis. In vielen Fällen ist der Einsatz nicht gerechtfertigt, da die meisten Bronchitiden durch Viren und nicht Bakterien hervorgerufen werden. Bei Viren ist ein Antibiotikum jedoch nutzlos.

Zu Beginn der Initiative wurde von der DGIM eine Umfrage bei allen aktiven Mitgliedern durchgeführt. Was waren die Ergebnisse?

Ziel der Befragung war herauszufinden, wie Ärzte in Praxen und Kliniken die Problematik einer Überversorgung und ebenso einer Unterversorgung wahrnehmen. Die Ergebnisse haben erstaunlicherweise gezeigt, dass 70 % der teilnehmenden Ärzte mehrmals pro Woche oder sogar täglich 1-10 Mal die Problematik einer Überversorgung erkennen.

Die Problematik einer Unterversorgung wird hingegen nicht wahrgenommen. Hier gilt es das Bewusstsein der Ärzte in Zukunft zu schärfen.

Welche Rolle nimmt das Arzt-Patienten-Gespräch bei Behandlungsentscheidungen ein?

Derzeit wird dem Arzt-Patienten-Gespräch eindeutig zu wenig Zeit eingeräumt. Bereits eine ausreichende Anamnese, d.h. die systematische Befragung des Patienten zu seinem Gesundheitszustand und ggf. auch der Familienanamnese, würde viele Situationen klarer werden lassen und überflüssige Untersuchungen und Behandlungsentscheidungen vermeiden helfen.

Eine Grundproblematik besteht sicherlich in der ungerechtfertigt niedrigen Vergütung eines Gespräches im Gegensatz zur höher bezahlten Diagnostik. In Gesprächen mit allen Beteiligten im Gesundheitssystem bemühen wir uns daher intensiv, den Stellenwert der „sprechenden Medizin“ zu verändern.

Manchmal neigen Ärzte zudem dazu, „sicherheitshalber“ eine Untersuchung anzuordnen, die dem Patienten jedoch gar nichts nützt.

Insgesamt soll die Initiative dazu beitragen, Ärzte und Patienten mehr miteinander ins Gespräch zu bringen, damit sie Behandlungsentscheidungen gemeinsam unter Abwägung von Nutzen und Risiken treffen.

„Klug entscheiden“ in der Pneumologie

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP):

Positivempfehlungen

1. Jeder Raucher soll eine Messung der Lungenfunktion erhalten.
2. Jedem Raucher mit einer chronischen Lungenerkrankung soll eine strukturierte Tabakrauchentwöhnung angeboten werden.
3. Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen sollen ab dem 60. Lebensjahr gegen Influenza und Pneumokokken geimpft werden.
4. Nach einer akuten Exazerbation (akuten Verschlechterung) einer COPD, die zu einem Krankenhausaufenthalt führte, soll eine pneumologische Rehabilitation erfolgen.
5. Bei Adipösen (übergewichtigen), Diabetikern, Patienten mit Vorhofflimmern und Patienten mit Hypertonie, die über Schnarchen berichten, soll die Diagnostik zum Ausschluss eines Schlafapnoesyndroms (Atemaussetzer während des Schlafes) erfolgen.

Negativempfehlungen

1. Eine akute unkomplizierte Bronchitis bei Patienten ohne chronische Lungenerkrankung soll nicht mit einem Antibiotikum behandelt werden.
2. Bei einer niedrigen klinischen Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Lungenembolie (Verschluss einer oder mehrerer Lungenarterien) und negativen D-Dimern soll keine CT-Angiografie der Lunge durchgeführt werden.
3. Bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen wie Asthma und COPD soll eine Therapie mit Inhalatoren nicht begonnen oder geändert werden, ohne dass der Patient im Gebrauch des Inhalationssystems geschult ist und die korrekte Anwendung der Inhalatoren überprüft wurde.
4. Bei Patienten, denen im Krankenhaus wegen einer akuten Verschlechterung ihrer Erkrankung eine Langzeit-Sauerstofftherapie verordnet wurde, soll ohne Überprüfung der Notwendigkeit (weiter andauernde Hypoxämie d.h. Sauerstoffarmut im Blut) keine Weiterverordnung erfolgen.
5. CT-Screening (Reihenuntersuchung - mittels Niedrigdosis Computertomographie) für Lungenkrebs soll bei Patienten mit einem niedrigen Risiko nicht durchgeführt werden.

Die ausgewählten Empfehlungen des DGP, eine der acht internistischen Mitgliedsgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) im Rahmen der Initiative „Klug entscheiden“, beziehen sich auf einzelne Indikationen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei Erkrankungen von Lunge und Atmungssystem, die entweder zu selten trotz nachgewiesenem Nutzen (Positivempfehlung) oder trotz mangelhaftem Nutznachweis zu häufig (Negativempfehlung) verordnet werden.

Einfache Überlegungen können zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führen.

Die Empfehlungen ersetzen nicht die individuelle Entscheidung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, sie sollen jedoch die abwägende Entscheidungsfindung zusammen mit dem Patienten erleichtern.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)

(SH)

Vorbereitung Erster Termin ...

Teil 1

Mit diesem Beitrag starten wir eine neue Serie, die Ihnen ganz praktische Tipps und Hinweise für eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation geben möchte. Teil 1 befasst sich mit der Vorbereitung auf den ersten Termin beim Lungenarzt. Gut vorbereitet, haben Sie die besten Chancen, gemeinsam mit Ihrem Arzt zu sinnvollen Entscheidungen über Diagnostik und therapeutische Behandlungsmaßnahmen zu gelangen.



Die Serie wird in Zusammenarbeit mit **Ursula Krütt-Bockemühl**, Ehrenvorsitzende der Deutschen Sauerstoff- und BeatmungsLiga LOT e.V. und Mitglied des Patienten Beirates der „Patienten-Bibliothek / COPD in Deutschland“ und **Dr. Thomas Hering**, niedergelassener Facharzt für innere Medizin, Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin der Lungenarztpraxis Tegel in Berlin, erstellt. Dr. Hering ist stellvertretender Vorsitzender des Bundesverbandes der Pneumologen (BdP) und Beauftragter für Tabakprävention und Tabakentwöhnung im Bundesvorstand.



Ihr erster Termin bei einem Lungenfacharzt

Sie haben vermutlich Beschwerden, bei denen der Verdacht na-

heliegt, dass es sich um eine Erkrankung der Atemwege- oder Lunge handeln könnte und eine entsprechende diagnostische Abklärung sinnvoll ist. Als Kassenpatient erhalten Sie daher von Ihrem Hausarzt eine Überweisung zum Lungenfacharzt (Pneumologen), die sie zum vereinbarten Termin mitnehmen müssen.

Mitnahme von Unterlagen (soweit vorhanden):

- Medikamentenplan (weitere Informationen siehe folgende Seite)
- Allergiepass
- Impfpass
- Röntgen- oder CT-Aufnahme(n) der Lunge der letzten 5 Jahre
- Papier und Stift für eigene Notizen



Schriftliche Notizen:

- Beschreibung der Beschwerden/Symptomatik
 - Was für Beschwerden?
 - Seit wann treten die Beschwerden auf?
 - Stehen die Beschwerden in Zusammenhang mit einem Ereignis z. B. Wettereinfluss?
 - Wie wirken sich die Beschwerden aus?
 - Haben sich die Beschwerden verändert?
- Eckdaten der eigenen Krankheitsgeschichte
 - z. B. chronische Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege und Lunge wie Asthma, Allergien, Heuschnupfen
 - Operationen
 - Lebensgewohnheiten z. B. Rauchen, Einfluss von Schadstoffen (Noxen)
- Eckdaten familiärer Krankheitsanamnese (Eltern, Geschwister)
 - insbesondere Erkrankungen der Atemwege und der Lunge, Allergien
 - Lebensgewohnheiten, insbesondere Rauchen

Formulierung von Fragen

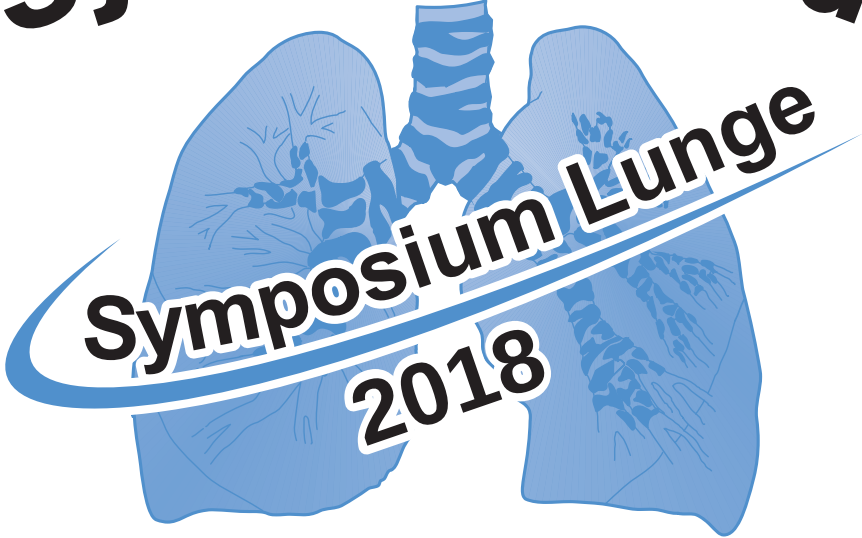
- Haben Sie bereits im Vorfeld des Erstgesprächs konkrete Fragen, die Sie dem Lungenfacharzt stellen möchten, so notieren Sie sich diese.

Nehmen Sie sich für die Vorbereitung auf den Termin Zeit. Lassen Sie dabei z. B. die letzten Wochen mit Ihrem Beschwerdebild Revue passieren. Zu Hause in Ruhe fällt es oft leichter, sich zu erinnern und die Symptomatik klar zu beschreiben oder wichtige Eckdaten, die für den Arzt als Grundlage zur Erfassung der Gesamtsituation von Bedeutung sein könnten, festzuhalten.

Scheuen Sie sich nicht davor, auch zu überlegen, ob Sie von einem Familienmitglied oder einem Freund Ihres Vertrauens zum Termin begleitet werden möchten.

Hinweis: Teil 2 in der Winterausgabe IV/2017 finden Sie das Thema: „Im Gespräch mit Ihrem Lungenfacharzt“.

11. Symposium Lunge



Symposium Lunge 2018

COPD und Lungenemphysem

**Chronische Atemwegserkrankungen
Neueste Erkenntnisse und Zukunftsaussichten**

Am Samstag, 01. September 2018

9:00 bis 17:00 Uhr

**Auf dem Gelände des
Westfälischen Industriemuseum
Henrichshütte - Gebläsehalle
Werksstrasse 31-33
45527 Hattingen/NRW**

Eintritt frei!

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

www.lungenemphysem-copd.de

Veranstalter:



Mitveranstalter:



Medikamentenplan

Seit Oktober 2016 haben Patienten Anspruch auf einen Medikamentenplan (Medikationsplan), wenn sie mindestens drei verordnete, systemisch (d.h. auf den ganzen Körper) wirkende Medikamente gleichzeitig einnehmen bzw. anwenden. Die Anwendung muss dauerhaft – über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen – vorgesehen sein.

Ziel ist es, Patienten bei der richtigen Einnahme der Medikamente zu unterstützen und die Arzneimittelsicherheit zu erhöhen. Die bundesweit einheitliche Gestaltung des Medikamentenplans soll dabei sowohl Ärzten als auch Patienten die Handhabung erleichtern.

Patienten erhalten den Medikamentenplan von Ihrem Arzt als Papiausdruck.

Was sollte im Medikamentenplan dokumentiert sein?

- Arzneimittel, die vom Arzt verordnet wurden
- Arzneimittel, die der Patient ohne Verschreibung anwendet (Selbstmedikation)

- Hinweise zur Anwendung der Medikamente
 - Dosierungsanweisung
 - Dauer der Anwendung
 - Besonderheiten, die bei der Anwendung zu beachten sind
- Medizinprodukte wie z. B. Inhalatoren

Wer stellt den Medikamentenplan aus?

- der Hausarzt
- hat ein Patient keinen Hausarzt, können auch Fachärzte in die Pflicht genommen werden
- Aktualisierungen können auch durch Fachärzte, Krankenhäuser und Apotheken vorgenommen werden

Mehr Informationen zum Medikamentenplan finden Sie hier:

- www.kb.de/html/medikationsplan.php
- www.vdk.de/ov-horhausen/ID114847
- Zum Herunterladen und Ausdrucken als PDF www.aps-ev.de



Medikamentenplan

Logo Krankenhaus / Praxis

Name Vorname Geburtsdatum

Körpermaße :

Größe (cm) Gewicht (kg) Datum

Nierenfunktion :

Kreatinin (mg/dl) GFR (ml/min) Datum

Medikamentenallergie / -unverträglichkeit :

Präparatename	Einzeldosis (Einheit)	Frequenz				Darreichungsform	Indikation	Behandlung bis	Einnahme- hinweise	verordnet durch		Selbstmedikation
		morgens	mittags	abends	zur Nacht					Hausarzt	Facharzt	

Einnahmehinweise : V : vor der Mahlzeit, Z : zur Mahlzeit, N : nach der Mahlzeit

Besonderheiten :

Für Sie im Einsatz

Pneumologische Assistenz



Nimmt man als Patient einen Termin in einer Lungenfacharztpraxis wahr, geht man davon aus, dass es sich bei den nichtärztlichen Assistentinnen und Assistenten, die die Patienten durch die Praxis begleiten, gleichermaßen um medizinische Fachangestellte handelt. Darüber hinaus vorhandene Kompetenzen sind nicht unmittelbar erkennbar. Gleichwohl können insbesondere Patienten mit chronischen Atemwegs- und Lungenerkrankungen von diesen Fachkenntnissen profitieren. Gut also, mehr über Strukturen und Hintergründe zu erfahren.

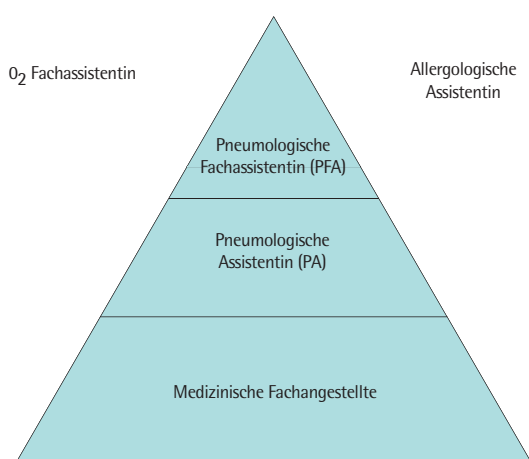


Im Gespräch mit **Marion Saladin**, Vorsitzende des Verbandes des Pneumologischen Assistenzpersonals in Deutschland e.V. (VPAD).

Organisiert ist das **pneumologische Assistenzpersonal im VPAD (Verband des pneumologischen Assistenzpersonals in Deutschland)**. Welche Ziele verfolgt der Verband insbesondere?

Hauptziel des VPAD ist die Fort-, Aus- und Weiterbildung des pneumologischen Assistenzpersonals. Der VPAD organisiert somit die fachspezifische Aufbauqualifikation der Medizinischen Fachangestellten. Dabei arbeitet der Verband sehr eng mit dem Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner (BdP) zusammen.

Gegründet wurde der VPAD im Jahr 2009, wobei allerdings die Zusatzausbildung zur pneumologischen Assistentin (PA) bereits seit 20 Jahren existiert (frühere Bezeichnung pneumologische Facharzthelferin) – zunächst organisiert durch den Berufsverband (BdP) der Pneumologen.



Welche Aufgaben stehen aktuell auf der Agenda des VPAD?

Ganz aktuell hat der VPAD die alleinige Zuständigkeit für die Fort- und Weiterbildungen des Pneumologischen Assistenzpersonals übernommen – in der Vergangenheit lag diese noch unter der Federführung des Bundesverbandes der Pneumologen, in Zusammenarbeit mit dem VPAD.

Um sich den strukturellen Aufbau der pneumologischen Fort- und Weiterbildungen besser vorstellen zu können, eignet sich der Vergleich mit einer Pyramide. Wobei sich an der Basis die Grundausbildung zur **Medizinischen Fachangestellten** befindet.

Nach einer zweijährigen Berufstätigkeit in einer pneumologischen Praxis besteht die Möglichkeit, eine Ausbildung zur **pneumologischen Assistentin (PA)** zu absolvieren. Die Inhalte der Ausbildung konzentrieren sich auf die Vermittlung eines breiten pneumologischen Basiswissens. Gleichzeitig erwerben die Teilnehmer eine Trainerlizenz, die die Grundlage zur Durchführung von Asthma- und COPD-Patientenschulungen bildet. Dies ist übrigens die gleiche Lizenz, die auch Ärzte zur Patientenschulung erwerben müssen.

Nach Erlangung einer erfolgreichen Ausbildung zur PA, kann im nächsten Schritt die Ausbildung zur **pneumologischen Fachangestellten (PFA)** erfolgen. Das Wissen, das dort vermittelt wird, ist deutlich komplexer, da eine PFA dem Arzt in der Sprechstunde direkt zuarbeitet. Das Aufgabenspektrum einer PFA kann z. B. die Betreuung von Patienten, die sich in einem DMP-Programm befinden (einem strukturierten Behandlungsprogramm in Verbindung mit den Krankenkassen), Schlafapnoe-Patienten oder Patienten, die zu Routinekontrollen in die Praxis kommen, umfassen.

Von den Fachkenntnissen, der ausgebildeten PA und PFA, profitieren nicht nur große Gemeinschaftspraxen oder Zentren, sondern insbesondere kleinere pneumologische Arztpraxen, da die täglich anfallenden Aufgaben besser verteilt und der Arzt somit mehr Entlastung erhalten kann.

Ergänzend zu dem Weiterbildungsangebot können alle medizinischen Fachangestellten einer pneumologischen Praxis Fortbildungen zur **O₂-Fachassistentin**, die sich gezielt um die Belange von Sauerstoffpatienten kümmert, und/oder zur **allergologischen Assistentin** absolvieren. Die rasche und vielfältige Entwicklung bei technischen



Geräten wie der Langzeit-Sauerstofftherapie und der nicht-invasiven Beatmung im Einsatz bei chronisch kranken Lungenpatienten erfordert eine spezielle Qualifikation mit diesem Fachwissen. Bereits heute befassen sich etwa 80-90 % der pneumologischen Fachangestellten mit dieser Technik.

Für 2018/2019 befindet sich eine neue weitere Fortbildung in Planung und zwar zur **Praxismanagerin Pneumologie**, da große Lungenarztpraxen/-zentren ein umfassendes Management benötigen.

Viele neue Entwicklungen und spannende Aufgaben gilt es also in den nächsten Jahren im VPAD zu begleiten und mit zu gestalten. Daher freuen wir uns, wenn weitere aktive Mitstreiter für Verbandsaufgaben gewonnen werden können. Wer Interesse hat, kann sich jederzeit mit mir in Verbindung setzen (siehe Kontaktdaten Seite 51).

Wie kann ich mir den klassischen Praxisalltag und die Verteilung der Aufgabengebiete vorstellen?

Zunächst findet optimalerweise ein erster Kontakt mit dem Patienten am Telefon, meist mit einer pneumologischen Assistentin, statt. Die Position des Telefonkontaktes erfährt oft zu wenig Beachtung, obwohl gerade hier tiefes Wissen gefragt ist. Kommt es doch insbesondere am Telefon darauf an, Informationen richtig zu interpretieren bzw. die richtigen Fragen zu stellen, um die Dringlichkeit eines Anliegens angemessen einschätzen zu können. Für diese Aufgabe ist Erfahrung gepaart mit Wissen Voraussetzung.

Die zweite Kontaktstelle des Patienten ist die Rezeption. Auch diese Position weist Besonderheiten auf, die mit einem hohen Fachwissen verbunden ist, da die Patienten zunächst, zur Vorbereitung auf das Arztgespräch, sehr viele Fragebögen ausfüllen müssen: Beispielsweise den ACT-Test bei Asthmatikern, die Symptomatik Testbögen CAT oder Mmrc bei COPD, der Fagerström Fragebogen

bei Rauchern oder der ESS-Test bei Patienten mit einer Schnarchproblematik.

Auch der aktuelle Medikamentenplan der Patienten spielt bereits hier eine wichtige Rolle (nähere Informationen siehe auch Beitrag „Vorbereitung auf den ersten Termin beim Lungenfacharzt“ ab Seite 46).

Eine Aufgabe der PA ist vorbereitend zu überprüfen, welche der verordneten Medikamente z. B. Husten verursachen können oder – im Falle eines anstehenden Allergietests – welche Medikamente nicht mehr eingenommen werden dürfen.

Die Pneumologische Assistentin, oder in manchen Praxen die Pneumologische Facharztassistentin, begleitet den Patienten dann zum Arztgespräch und während der einzelnen Stationen zur Diagnostik.

Eigenständige Betreuungen von beispielsweise DMP-Patienten oder Patienten zur Routinekontrolle können Pneumologische Fachassistenten übernehmen. Dabei führen sie selbstständig z. B. eine Lungenfunktionsprüfung oder Blutgasanalyse durch oder bereiten den Arztbrief und eine neue Rezeptierung vor. Durch diese Assistenz verbleibt dem Arzt mehr Zeit für das abschließende Gespräch und ebenso auch mehr Zeit für die Patienten, deren Erkrankungssituation sich komplexer und schwieriger darstellt.

Eine weitere wichtige Aufgabe der PA ist die Patientenschulung. Erhält ein Patient z. B. eine Erstverordnung eines Inhalationsgerätes, wird in einer Kurzschulung dem Patienten die Anwendung des Gerätes erläutert und mit ihm trainiert. Darüber hinaus werden 6-stündige Basis-schulungen zu Asthma und COPD angeboten.

Patientenschulungen haben eine enorme Bedeutung. Während meiner 22-jährigen Tätigkeit als Referentin von Patientenschulungen habe ich immer wieder erlebt, welche Auswirkungen Schulungen auf Patienten haben können. Patienten werden wesentlich selbstsicherer, reagieren bei Veränderungen viel schneller und kommen zur Abklärung in die Praxis. Dieses Verhalten hat oftmals zu einem zeitlich positiverem Krankheitsverlauf und einer Reduzierung der stationären Aufenthalt bei COPD geführt.

Eine Besonderheit, die speziell in unserer Praxis ergänzend angeboten wird, ist eine Schulungs-/Telefonhotline für Patienten. Auf dieser Rufnummer können mich Patienten außerhalb der Praxiszeiten und in extremen Notfallsituationen am Wochenende, erreichen. Eine Aufgabe mit sehr viel Verantwortung, bei der man genau wissen muss, wann die eigene Kompetenzgrenze erreicht ist.

Der Kommunikation und Betreuung von Patienten kommt aufgrund der Komplexität der Erkrankungen in einer Pneumologischen Praxis eine große Bedeutung zu. Wie wird das Assistenzpersonal darauf vorbereitet?

Kommunikation ist ein wichtiger Bestandteil der PA-Ausbildung. Ich selbst bin Ausbildungsreferentin und ausgebildete Gesundheitspädagogin, meine Mitreferentin ist diplomierte Sozialpädagogin. Gemeinsam gestalten wir die Ausbildungselemente „Kommunikation und Teamentwicklung“.

Die Ausbildung zur PA beinhaltet eine Schulung über einen Zeitraum von fünf Wochenenden (jeweils Samstag bis Sonntag). Der erste Tag der Schulungseinheit (der einzige Freitag) befasst sich ausschließlich mit Kommunikation.

Die Ausbildung zur PFA umfasst an zwei Schulungswochenenden, die im Abstand von 4-6 Monaten stattfinden, theoretische Unterrichtseinheiten. Praktische Erfahrung wird in der Zwischenzeit während einer Hospitationswoche in einer Praxis gesammelt, die das PFA-System bereits absolviert hat.

Die Kommunikationsausbildung wird durch die aktive Teilnahme eines Arztes/einer Ärztin ergänzt, um anhand von Rollentauschsituationen die alltäglichen Anforderungen praxisnah darzustellen.

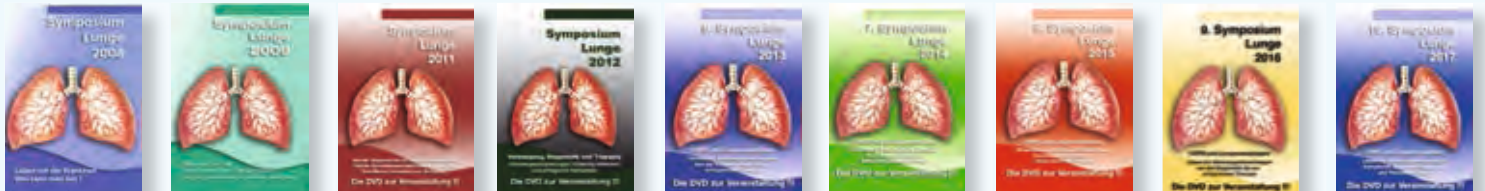
Ist pneumologisches Assistenzpersonal ausschließlich in Arztpraxen anzutreffen?

Neben den 80-90 % in pneumologischen Arztpraxen, verteilen sich die restlichen 10 % des Assistenzpersonals auf Kinderpneumologen und zunehmend auch auf Kliniken.

Kontakt

Verband des Pneumologischen Assistenzpersonals in Deutschland
VPAD-Geschäftsstelle
Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim
Telefon 07321 – 94691-21
www.vpad-online.de
info@vpad-online.de

Anzeige



Die DVDs der Symposien-Lunge 2008, 2009, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 sowie 2017 (ab 11.2017) 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 360 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.

Kurz und wichtig

Unterstützung

Lachen ist die beste Medizin

„Dürfen wir hereinkommen?“ Mit dieser Frage beginnt jeder Besuch der Bremer Klinikclowns bei Menschen in Krankenhäusern, in Seniorenheimen und therapeutischen Einrichtungen.

Die einfühlsamen Clowns bringen kleine Momente der Leichtigkeit in den Alltag – und plötzlich möchte man meinen: Lachen ist die beste Medizin!

In der Regel treten die Clowns zu zweit auf. Jeder Besuch ist einzigartig, kein Spieleinsatz ist wie ein anderer. Wenn das Duett Kontakt zu kleinen oder großen Patienten aufnimmt, entwickelt sich spontan ein individuelles Spiel, das je nach Situation und Mensch verschieden lang, turbulent, poetisch, musikalisch oder akrobatisch ausfallen kann.

Immer mehr wird die gesundheitsfördernde Wirkung von Humor auch in Forschung und Praxis anerkannt. In einer Studie konnte die Wirksamkeit der Arbeit der Klinikclowns bereits nachgewiesen werden. Wo Clowns auftreten, tritt Leichtigkeit ein. Sie wecken Spaß und Lebensfreude. Sie nehmen Angst und bringen Zuversicht.

Bremer Klinikclowns e.V.
Postfach 106922, 28069 Bremen
Telefon 0421 – 3979848
info@bremerklinikclowns.de

Bundesweite Adressen
Dachverband Clowns in Medizin und Pflege Deutschland e.V.
Obere Hauptstr. 3, 85354 Freising
Telefon 08161 – 149785
info@dachverband-clowns.de



Spendenübergabe

Buntes lustiges Treiben im OxyCare Informationszentrum in der Bremer City. Der heitere Anlass war die Übergabe eines Spenden-Schecks über 10.000,- €. Die Arbeit der Klinikclowns finanziert sich komplett aus Spenden- und Fördergeldern.

Den Scheck übergab Peter Peschel, Gründer und Inhaber des Unternehmens Oxy Care Medical Group. Aufgeteilt wurde die Summe auf den Bremer Klinikclowns e.V., dem Kinderhospiz Jona Friedehorst und das Haus Mara von Friedehorst.

Alle Einrichtungen versuchen mit viel Engagement, den kleinen und großen Patienten etwas Heiterkeit ans Krankenbett zu bringen, um sie ihre Krankheit für einige Zeit vergessen zu lassen. Die körperliche und psychische Arbeit der Beteiligten im Hospiz oder in der Klinik ist nicht immer einfach, aber ein Lächeln macht die Mühe wieder wett.



Teste Dein Wissen!

Auflösung von Seite 12

Die richtigen Antworten lauten:

1. 6 Liter
2. ein halber Tennisplatz
3. einen halben Liter
4. 12-15
5. mit ca. 25 Jahren
6. 300.000.000
7. Hannover-Rom
8. ca. 170 km/h
9. 21,33 Minuten
10. 5

Erratum Sterilwasser

... ein Fehler

In der Sommerausgabe 2017 hat sich ein Fehler eingeschlichen auf Seite 60, Rubrik Patienten fragen – Experten Antworten. Einsatz von Sterilwasser bei LOT

Geschlossene Systeme

Auch Sterilwasserbehälter sind regelmäßig wöchentlich zu reinigen und das Wasser täglich zu wechseln.

Dies ist falsch, denn geschlossene Systeme = Aquapaks werden komplett aufgebraucht und gegen einen neuen Aquapak ausgetauscht.

Erweiterung des wissenschaftlichen Beirates

Vorstellung

Wir freuen uns sehr, zwei neue Mitglieder im Wissenschaftlichen Beirat der „Patienten-Bibliothek / COPD in Deutschland“ begrüßen und vorstellen zu dürfen.



Sabine Weise ist Physiotherapeutin, Atemtherapeutin, ebenso für Reflektorische Atemtherapie, Dozentin für Atemtherapie im Zentralverband für Physiotherapie ZVK sowie Mitinitiatorin der Fortbildungsreihe Atemtherapie und lebt in München.

In dieser Ausgabe finden Sie ab Seite 30 ihren Beitrag „Die Luft ist raus – oder doch nicht? PEP/PEEP und andere Behandlungsstrategien“, der sich sehr anschaulich Hintergrundinformationen mit über die strukturellen Veränderungen im Zuge eines Lungenemphysems und den damit einhergehenden Folgen befasst und zudem konkrete Möglichkeiten aufzeigt, mit welchen atemphysiotherapeutischen Maßnahmen auf die funktionellen Probleme Einfluss genommen werden kann.

Beachten Sie auch den Beitrag „Bronchialreinigung: Von der Sekretolyse zur Sekretelimination“ von Sabine Weise in der Frühjahrsausgabe I-2016. Sie finden die Ausgabe zum Onlinelesen auf www.Patienten-Bibliothek.de.

Dr. Justus de Zeeuw ist niedergelassener Arzt für Innere Medizin, Pneumologie und Schlafmedizin im Medizinischen Versorgungszentrum für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Rehabilitationsmedizin im Rolshover Hof in Köln-Porz.



Ganz praxisnah nimmt sich Dr. de Zeeuw pneumologischen Themen an. So dokumentierte er z. B. in der Winterausgabe IV-2016 der „Patienten-Bibliothek / COPD in Deutschland“ in seinem Beitrag „Atemnot, Luftnot, Emotion“, welche Bedeutung unsere Atmung für unser Gefühlsleben hat.

Dabei erklärt Dr. de Zeeuw anschaulich Zusammenhänge, wie beispielsweise Abläufe im Gehirn auch die Atmung beeinflussen und die Atmung wiederum die Psyche. Für Menschen, die an COPD leiden, lassen sich aus den in dem Beitrag gewonnenen Erkenntnissen Schlüsse ziehen, die helfen, den Umgang mit der Atemnot zu erleichtern. Lesen Sie die Publikation online auf www.Patienten-Bibliothek.de.

Ganz aktuell in dieser Ausgabe beantwortet Dr. de Zeeuw eine Leseranfrage zur körperlichen Belastungsgrenze, siehe Seite 55.

Veranstaltungstermine

Rauch Prävention „Vorlesung mit Live-OP“ im Rahmen des Deutschen Lungentages

Freitag, 15. September, 10.00–12.00 Uhr

Johanniter-Krankenhaus im Fläming in Treuenbrietzen

Hinweis: keine Anmeldung erforderlich

Programm siehe www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/treuenbrietzen/



19. Deutscher Lungentag

Samstag, 16. September 2017 – 10.00–15.00 Uhr

Zentralveranstaltung in Göttingen

Thema: Prävention: Vorbeugen ist besser als Therapieren

Alte Mensa, Wilhelmsplatz, Göttingen

Hinweis: keine Anmeldung erforderlich

Programm zur Zentralveranstaltung auf www.lungentag.de

Weitere bundesweite Veranstaltungen im Rahmen des Lungentages

Sind im Veranstaltungskalender unter www.lungentag.de

ebenfalls zu finden.

Tag der offenen Tür im Rahmen des Deutschen Lungentages

Sonntag, 24. September 2017, 09.30–14.00 Uhr

Lungenklinik Ballenstedt/Harz

mit vielfältigen Gesundheitschecks und Informationen

Robert-Koch-Str. 26-27, Ballenstedt

Hinweis: keine Anmeldung erforderlich

Programm siehe www.lk-b.de



Lungentag in der Kreisklinik Bad Reichenhall

in Kooperation mit der Deutschen Beatmungs- und SauerstoffLiga LOT e.V.

Mittwoch, 27. September 2017, 12.00–18.00 Uhr

u.a. mit Lungenfunktionsmessungen im LUFU-Mobil, begehbare Lunge

Kreisklinik Bad Reichenhall

Riedelstraße 5, 83435 Bad Reichenhall

Hinweis: keine Anmeldung erforderlich

Programm siehe www.kliniken-suedostbayern.de



Patientenwandertag „Mein Atem, mein Weg“

Samstag, 30. September 2017 ab 10.00 bis ca. 15.30 Uhr

Start, Ziel und Mittagsimbiss Galopprennbahn Grafenberg

Rennbahnstraße 10, 40629 Düsseldorf

Hinweis: Die Veranstaltung findet auch bei Regen statt.

Anmeldungen unter: www.mein-atem-mein-weg.de

oder telefonisch unter 030 - 616507190



9. Jahrestagung der Atmungstherapeuten (DGP)

21.–22. Oktober 2017

Der Atmungstherapeuten in der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beat-

mungsmedizin e.V. – Zentralklinik Bad Berka – Hinweis: nur für med. Fachpersonal

Informationen www.atmungstherapeuten2017.conventus.de



Fortbildung zur O₂-Assistentin

04.–05. November 2017

Verband des Pneumologischen Assistenzpersonals in Deutschland

In der BG Unfallklinik Frankfurt am Main

Hinweis: nur für medizinische Fachangestellte aus pneumologischen Praxen

Informationen www.vpad-online.de

Patienten fragen – Experten antworten

In dieser kontinuierlichen Rubrik werden Ihre Fragen von Experten beantwortet.

Schreiben Sie uns:
Crossmed ...der Patientenverlag, Stichwort „Patientenfrage“
Unterer Schranenplatz 5, 88131 Lindau
E-Mail: S.Habicht@crossmed.de

Grenze körperlicher Belastungen

Frage: Ich bin 66 Jahre und habe vor Kurzem die Diagnose COPD erhalten. Lange Zeit habe ich gedacht meine Atembeschwerden sind auf eine Herzerkrankung zurückzuführen, da ich familiär vorbelastet bin. Verschiedene Untersuchungen zeigten jedoch keine Auffälligkeiten.

Nun muss ich mich erst einmal mit dem Befund COPD auseinandersetzen und lernen, was ich tun kann und muss, um den Verlauf zu verlangsamen und mein Befinden zu verbessern.

Ich bin unsicher, in wie weit ich mich körperlich anstrengen darf (Gartenarbeit, Wanderungen etc.)? Ich habe das immer gerne gemacht, doch wo ist die Grenze? Schade ich mir, wenn ich keuchen muss und bereits einen tiefroten Kopf habe?



Antwort: Dr. Justus de Zeeuw, niedergelassener Arzt für Innere Medizin, Pneumologie und Schlafmedizin im Medizinischen Versorgungszentrum für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Rehabilitationsmedizin im Rolshover Hof in Köln-Porz und Mitglied des

Wissenschaftlichen Beirates der Patienten-Bibliothek.



Generell kann man sagen: Jeder Schritt zählt. Schon geringe Aktivitäten zeigen einen Nutzen für die Gesundheit und je mehr Schritte pro Tag ein Mensch mit COPD zurücklegt, umso mehr profitiert er davon.

Besser Luft bekommen, länger belastbar sein, eine bessere Lebensqualität und eine längere Lebensdauer sind Parameter, die sich durch Bewegung beeinflussen lassen.

Wer einen Schrittzähler verwendet und mehr als 5.000 Schritte pro Tag schafft, der hat die besten Aussichten.

Bei der Frage „Wie viel ist zu viel“ gibt es zwei Aspekte, die hilfreich sein können:

- 1) Es ist besser, im eigenen Tempo eine möglichst lange Strecke zurückzulegen als eine bestimmte Strecke in möglichst hohem Tempo.
- 2) Fällt während der Aktivität das Sprechen wegen Kurzatmigkeit schwer, dann ist es zuviel. Statt eines günstigen Trainingseffektes droht die Überlastung des kardiopulmonalen Systems. Optimal ist, wenn die Aktivität so gewählt wird, dass man sich dabei unterhalten kann.

Ergänzend rate ich Menschen mit fortgeschrittener COPD, ein Pulsoximeter anzuschaffen. So kann beobachtet werden, ob die Sauerstoffsättigung unter Belastung abfällt oder ob die Herzfrequenz übermäßig ansteigt.

Beides sollte mit dem behandelnden Arzt besprochen werden, um das Maß der Belastung zu finden, bei dem Überanstrengung vermieden wird.





Alpha1
DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfegruppen oder Patientenorganisation ...ist das das gleiche?

Alpha1 Deutschland e.V. hat als Verein bzw. als **Patientenorganisation** andere Aufgaben als Selbsthilfegruppen. Der Verein, vertreten durch den Vorstand, kümmert sich um Aufgaben wie z. B.:

- Aufklärung über den Alpha-1-Antitrypsinmangel
- Erstellung von Informationsmaterialien und dem Alpha1 Journal
- Organisation von Infotagen
- Zusammenarbeit mit Forschern und Ärzten
- Vernetzung und Austausch mit anderen Patientenorganisationen
- Zusammenarbeit mit übergeordneten Organisation wie der ACHSE oder der BAG
- und noch vieles mehr...

Zu unseren Zielen gehört auch, den Betroffenen und deren Angehörigen den Alltag zu erleichtern, über die Krankheit zu informieren und Ängste zu nehmen.

Insbesondere widmen sich dieser Aufgabe jedoch die **Selbsthilfegruppen** unmittelbar, da sie mehr Zeit und vor allem Möglichkeiten haben, in Einzelgesprächen oder kleinen Gruppen wirklich auf jede Frage eingehen zu können.

Viele Fragen beschäftigen einen, wenn man erkrankt ist. Oft kann ein „Mitbetroffener“ diese beantworten. Häufige Fragen, die wir hören, sind: Wie ist es Dir ergangen? Merkst Du die Wettereinflüsse auch? Hilft es, das oder jenes einmal auszuprobieren? Hat Dein Partner auch Angst, wie kann ich ihm die Angst nehmen? Erzähle ich es meiner Familie? Wenn ja, wie erzähle ich es? Wie war das bei Euch? Wie komme ich an eine Reha? Wo finde ich den richtigen Sport, die richtige Physiotherapie?

Die Annahme, dass in einer Selbsthilfegruppe oft alte und jammernde Menschen zusammenkommen, um sich selbst zu bemitleiden, ist falsch – aber leider immer mal wieder zu hören. Gerne würde ich den Menschen mit diesen Vorbehalten zeigen, wie fröhlich es bei den meisten Treffen zugeht und auch wie viel leichter man hinterher mit seiner Erkrankung umgeht.

Wichtig für eine gute Gruppenarbeit sind folgende Merkmale:

- alle kommen freiwillig und erzählen freiwillig
- Gruppen arbeiten selbstbestimmt
- alle Teilnehmer sind gleichberechtigt
- es gibt eine Schweigepflicht
- die Treffen sollten regelmäßig stattfinden
- eine überschaubare Gruppengröße ist für den Austausch wichtig
- die Teilnahme ist kostenlos
- und natürlich sollte eine Selbsthilfegruppe aus Selbstbetroffenen und Angehörigen bestehen

Wir als Patientenorganisation unterstützen regionale Selbsthilfegruppen. Wir geben den Gruppenleiter/innen die Möglichkeit zur Fortbildung, weil wir überzeugt sind, dass Selbsthilfegruppen sehr wichtig und eine tragende Säule des Vereins sind.

Die immer aktuelle Liste der bundesweiten Selbsthilfegruppen finden Sie auf unserer Internetseite www.alpha1-deutschland.org.

Marion Wilkens
1. Vorsitzende Alpha1
Deutschland e.V.
Gesellschaft für
Alpha-1-Antitrypsin-
mangel-Erkrankte,
Hamburg



Aus Sicht einer Gruppenleiterin

Was Selbsthilfe bewirken kann



Referentin Dr. Ida Udrescu links und Sandra Böhmer

Als ich 2012 als „ZZ“ diagnostiziert wurde, war dies erst einmal ein Schock. Keiner konnte mir so richtig sagen, was es bedeutet, einen Alpha-1-Antitrypsinmangel (kurz AAT-Mangel) zu haben. Ich suchte Hilfe und fand diese bei Alpha1 Deutschland e.V.

Der Infotag in Köln versprach viele Informationen. Doch als ich dort war, fand ich alles nur furchtbar, denn nun wusste ich, was noch auf mich zukommen kann: Substitutionstherapie, Langzeit-Sauerstofftherapie und/oder Lungentransplantation. Mir wurde klar, dass ich mein Leben nicht mehr wie bisher würde weiterführen können. Meine Angst wurde zunächst einmal noch größer. Ich sank in ein tiefes Loch, weinte viel. Gut, dass mein Mann nie aufgehört hat, mir Mut zu machen!

Kurz nach dem Infotag haben wir auch den Kindertag von Alpha1 Deutschland besucht, denn unsere Kinder sind Träger der Erbkrankheit und wir wollten informiert sein. Hier ging es sehr entspannt zu, es konnten uns viele Ängste genommen werden. Der Austausch untereinander war intensiv und entspannt. Die Kinder machten parallel dazu einen Ausflug und auch sie empfanden das Wochenende als sehr schön.

Über die nächsten Jahre lernte ich, **Wissen kann helfen und nicht nur Angst verursachen**. Gespräche mit anderen Betroffenen waren dabei enorm wichtig. Sie nahmen mir Stück für Stück die Angst. Auch beim nächsten Infotag in Rostock war ich wieder dabei und freundete mich mit der Gruppenleiterin von Sachsen/Sachsen-Anhalt, Andrea Kleinert, an. Ich war von ihr begeistert, denn obwohl Andrea Langzeit-Sauerstoff-Patientin ist, hat sie ihren Lebensmut nicht verloren. Wir führten tolle Ge-

spräche – nicht nur zum AAT-Mangel – lachten viel und konnten gemeinsam alles viel positiver sehen als alleine.

Wieder ein Jahr vergangen, hatte sich der Kreis der Kontakte beim Infotag in Bremen bereits erweitert, ich saß umgeben von Gruppenleiterinnen wie Uwe Deter, seiner Frau und natürlich Andrea. Und so kam es, dass ich positiv „überredet“ wurde, selber den Versuch zu wagen, Gruppenleiterin zu werden. Als auch Marion Wilkens, 1. Vorsitzende von Alpha1 Deutschland, hinzukam und mir versicherte, dass ich jederzeit Unterstützung erhalte, tagte anschließend nur noch der „Familienrat“, bevor ich endgültig zustimmte. Ich hatte Sorge, dem Spagat als Gruppenleiterin und berufstätige Mutter zweier Kinder nicht gerecht werden zu können, aber ich wollte es versuchen – **mit Unterstützung meiner Familie!**

Ein Gruppenleitertreffen von Alpha1 Deutschland bereitete mich auf meine neuen Aufgaben vor. Ich konnte erfahren, wie andere ihre Treffen in der Selbsthilfegruppe vorbereiten und wo mögliche Schwierigkeiten liegen. Was für mich jedoch besonders wichtig war: Ich fühlte mich nie alleingelassen, konnte meine Fragen an andere Gruppenleiter und auch den Vorstand stellen und fand immer Unterstützung. Aber auch der Spaß kam an diesem Wochenende nicht zu kurz, Freundschaften bildeten und vertieften sich.

Im Februar 2017 fand mein erstes Treffen der Selbsthilfegruppe Franken statt. Zur Vorbereitung des Treffens hatte ich bereits Kontakt zu den Ärzten in der Umgebung aufgebaut. Eine Aufgabe, die mir wirklich nicht leicht fiel. Wie spricht man einen Arzt am besten an, wie wird er reagieren? Werde ich überhaupt Referenten finden, die unentgeltlich eine Gruppengründung unterstützen? Ich wurde positiv überrascht und fand in Dr. Rumo Leistner einen Arzt, der mir seine Hilfe sofort zusagte, mein Engagement begrüßte und förderte. Als Referentin konnte ich Frau Dr. Ida Udrescu gewinnen.

Mein Mann war stets an meiner Seite und managte im Hintergrund jeglichen Schriftverkehr, so dass ich mich auf die persönlichen Kontakte konzentrieren konnte. Gut, wenn man solche Aufgaben nicht alleine bewältigen muss.

Das Treffen wurde ein Erfolg. Die Presse veröffentlichte eine Ankündigung, Organisationen wie AWO Bamberg und KOS Hassberge unterstützten uns.

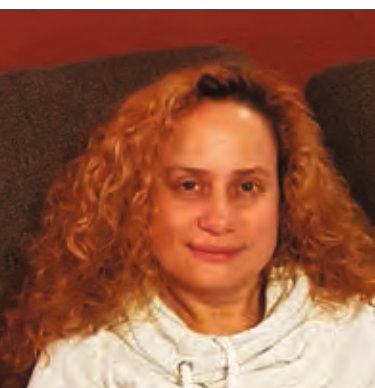
Nach der großen Freude über das gelungene erste Treffen galt es, gleich die nächsten Herausforderungen zu

meistern. Räume für die Treffen mussten gefunden, Anträge für Fördergelder bei den Krankenkassen gestellt werden. Eine Aufgabe nach der anderen ging ich an, bezog die neuen Mitglieder in meine Überlegungen mit ein, fand Lösungen und erhielt positive Rückmeldungen. Nun hoffe ich, dass das nächste Treffen der SHG Franken (voraussichtlich Ende Oktober) dem ersten in nichts nachsteht.

In den vergangenen Jahren mit Alpha 1 Deutschland habe ich vor allem eins gelernt: man ist mit der Erkrankung nicht alleine. Auch weiß ich heute, je mehr man über die eigene Erkrankung weiß, desto besser kann man mit ihr umgehen.

Selbst wenn es in Zukunft noch so manches Hindernis zu überwinden gilt, eins kann ich schon jetzt mit Gewissheit sagen:

Ich bin froh, den Schritt zum Gruppenleiter gewagt zu haben. Über diesen Weg kann ich auch anderen helfen – ein schönes Gefühl. Und vielleicht kann ich dem einen oder anderen den Start nach der Diagnose erleichtern...



Sandra Böhmer
Gruppenleiterin SHG Franken
Alpha1 Deutschland e.V.

Aus Sicht einer Ärztin Was Selbsthilfe bewirken kann

Selbsthilfe leistet einen wichtigen Beitrag zur Stabilerhaltung und Problembewältigung bei chronischen Lungenerkrankungen. Das haben inzwischen auch die Behandler erkannt. So sind vielfältige Formen der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Professionellen entstanden. Selbsthilfe-freundliche Krankenhäuser, Infotage in Kooperation von Selbsthilfe und Gesundheitsexperten, Selbsthilfegruppen und Fach-

leute in gemeinsamen Qualitätszirkeln – der Austausch ist erfreulich rege. Hier soll es jedoch um den speziellen Beitrag der Selbsthilfe gehen.

Auf die Titelfrage „Was Selbsthilfe bewirken kann“ antworte ich mutig: Selbsthilfe bewirkt WUNDER! Wie ich WUNDER in diesem Zusammenhang aus dem Blickwinkel der Psychopneumologie buchstabiere, erfahren Sie beim Weiterlesen.

W wie Wege aufzeigen

Die Orientierungslosigkeit und Verzweiflung nach der Diagnose, das Gefühl verloren zu sein im Dschungel der Behandlungsmöglichkeiten – für all diese Klagen finden Betroffene in der Selbsthilfegruppe offene Ohren und Herzen. Die Gruppen können „auffangen“ und das Gefühl vermitteln: „Du bist nicht allein mit Deinen Fragen, Ängsten, Zweifeln.“ Das stabilisiert Körper und Psyche.

U wie Unterhalten

Nicht zu unterschätzen ist die „gemeinschaftsstiftende“ Funktion von Selbsthilfegruppen. Andere Betroffene kennenzulernen und etwas Interessantes mit ihnen zu unternehmen, kann heilsam sein. Mitunter entstehen sogar freundschaftliche Bindungen. Erfolgreiche Selbsthilfegruppen bieten bei gelegentlichen „gemütlichen“ Treffen dazu die Möglichkeit. Weniger Einsamkeit bedeutet weniger Ängste und Niedergeschlagenheit.

N wie Netzwerken

Eine Öffentlichkeit schaffen, die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren fördern, das Bewusstsein für chronische Lungenerkrankungen schärfen – all das ist kein Kinderspiel. Eine Selbsthilfegruppe kann diese Ziele leichter verwirklichen als ein Einzelkämpfer. Mit Förderungen durch die öffentliche Hand oder durch die Gesetzliche Krankenversicherung lässt sich im Verbund ein immer dichteres Netzwerk knüpfen – zum körperlichen und seelischen Wohl der Betroffenen.

D wie Dranbleiben

Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen wissen, wie mühsam das „Dranbleiben“ im Alltag mit der Krankheit sein kann:

- beim täglichen Inhalieren
- beim wöchentlichen Lungensport
- bei der Langzeit-Sauerstofftherapie oder bei der nicht-invasiven Beatmung

Die regelmäßigen Treffen der Selbsthilfegruppe können immer wieder motivieren, den „inneren Schweinehund“ regelmäßig „Gassi“ zu führen ;-)



AlphaCare – das umfassende Serviceprogramm für Alpha-1-Patienten, Angehörige und Interessierte



Entwickelt
von Patienten
für Patienten

- /// Spezialisierte Ansprechpartner für alle Fragen rund um die Erkrankung
- /// Konkrete Unterstützung im Umgang mit der Krankheit (neben der Arztpraxis)
- /// Hilfe zur Selbsthilfe durch konkrete Services und durch die Gewissheit, nicht allein zu sein
- /// Hochwertiges Servicematerial
- /// Kostenlos, unverbindlich und ohne Teilnahmebeschränkungen

Machen Sie sich selbst ein Bild auf www.alpha-care.de



Anzeige

GRIFOLS

Grifols Deutschland GmbH
Colmarer Str. 22
60528 Frankfurt/Main – GERMANY
Tel.: (+49) 69 660 593 100
Mail: info.germany@grifols.com

E wie Ermutigen

„Du schaffst es!“ Diese Rückenstärkung brauchen COPD-Patienten und ihre Angehörigen immer wieder, besonders nach Rückschlägen durch Exazerbationen oder Begleiterkrankungen. In der Selbsthilfegruppe erhalten sie Unterstützung, um auch mit neuen Situationen zurechtzukommen. **So können Ängste und depressive Stimmungen verhindert oder gemindert werden.**

R wie Rollen erproben

Wer als Betroffener den Schritt in die Selbsthilfeszene wagt, wird vom „Opfer der Krankheit“ zum „Täter im Kranksein“. **Er stärkt sein Gefühl für Selbstwirksamkeit und damit nachweislich sein Wohlbefinden.** Das ist nicht der einzige mögliche „Rollentausch“.

- Er kann auch vom „Fürsorge-Empfänger“ zum „Selbst-Fürsorger“ werden, der sich für die eigene Gesundheit, für sein körperliches, soziales und seelisches Wohlbefinden verantwortlich fühlt.
- Oder er wird vom „ahnungslosen Kranken“ zum „mündigen Patienten“, der gut informiert und selbstbewusst eine medizinisch optimale Behandlung anstrebt und damit den Krankheitsverlauf günstig beeinflusst.

- Vielleicht wird er sogar vom „Unpolitischen“ zum engagierten „Funktionär“. Zum Wohle der anderen Betroffenen bringt er seine Erfahrungen und sein Wissen in die organisierte Selbsthilfe ein. Gutes tun kann heilsam sein.

Sie sehen: Selbsthilfe bewirkt – zumindest aus psychoneuropneumologischer Sicht – WUNDER!

PS: Für manche COPD-Patienten ist Selbsthilfe nicht der geeignete Weg. Das sollten Behandler und besorgte Angehörige erkennen und respektieren und in diesem Fall nach passenderen Hilfsangeboten Ausschau halten.

Monika Tempel
Konsiliar/Liaisonärztin
Psychosomatik/
Psychoonkologie
Klinik Donaustauf
www.monikatempel.de



Lungenklinik Ballenstedt – das moderne überregionale pneumologische Zentrum direkt am Harzrand

Anzeige



DKG | **Zertifiziertes
Lungenkrebszentrum**

Lungenklinik Ballenstedt/Harz gGmbH
Evangelisches Fachkrankenhaus für
Lungenkrankheiten und Tuberkulose



Ein freundliches und engagiertes Team aus erfahrenen Fachärzten, geschultem Pflegepersonal und Atemwegstherapeuten gewährleistet eine hochmoderne und komplexe Diagnostik und Therapie aller Formen von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge.

Leistungsspektrum der Klinik

- Kardiopulmonale Funktionsdiagnostik
- Allergologie
- Endoskopie
- Interventionelle Therapie
- Onkologie
- Palliativmedizin
- Nichtinvasive Beatmung
- Beatmungsentwöhnung / zertifiziertes Weaningzentrum
- Schlafmedizin
- Sonographie/Endosonographie
- Infektiologie/Tuberkulose
- Klinisches/zytologisches Labor
- Physiotherapie
- Ambulanter Hospizdienst
- Klinikseelsorge
- Raucherentwöhnung

Leistungsspektrum der Praxen

- Pneumologie/Allergologie/Schlafmedizin**
MVZ Standort Ballenstedt 039483 70510
OA DM A. Pitschmann/ OÄ Dr. med. K. Conrad
- MVZ Standort Aschersleben 03473 807037
Dr. med. B. Kühne
- Kinderheilkunde/Kinderpneumologie**
MVZ Standort Ballenstedt 039483 70541
OÄ G. Gudowius
K. Tinnefeld
- Radiologie (CT, Röntgen, Mammographie)**
MVZ Standort Ballenstedt 039483 70520
Th. Krampitz
- Physiotherapie**
MVZ Standort Ballenstedt 039483 70530
Kati Hofmann

Unterbringung in modernen Zimmern mit Bad/WC, TV, Telefon, Telekom-Hotspot ++ Cafeteria ++ Blick ins Grüne ++ eigener Park ++ reichlich kostenfreie Parkplätze ++ Bushaltestelle der Linie 6 der HVB vor der Klinik

Lungenklinik Ballenstedt/Harz gGmbH, Robert-Koch-Str. 26-27, 06493 Ballenstedt Telefon: 039483 700 www.lungenklinik-ballenstedt.de

Mehr Lebensqualität mit dem RC-Cornet® PLUS

Das PLUS an Effizienz und Komfort in der Atemtherapie

Patienten mit chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege können aufatmen: Das neue RC-Cornet® PLUS von CEGLA Medizintechnik reduziert wirkungsvoll Atemnot bei Krankheitsbildern wie COPD, Lungenemphysem, Bronchiektasie oder Raucherhusten. Es nutzt die gesamte Ausatemluft, um Patienten nachhaltig von feststehendem Bronchialschleim zu befreien. Das RC-Cornet® PLUS weitet die Atemwege und erleichtert das Abhusten, unabhängig von der jeweiligen Ausatemleistung des Patienten. Es ist erstattungsfähig unter Hilfsmittel-Positions-Nr. 14.24.08.0013.

Das Hilfsmittel bietet über Einstellungen am Mundstück zwei Behandlungsformen an:

In Einstellung 1 weitet der stabilisierende Ausatemdruck mit Vibrationen die Atemwege und reduziert Atemnot. Verlegungen werden geöffnet, Überblähungen reduziert und der Gasaustausch verbessert sich. Darüber hinaus werden kleine, verschlossene Verbindungen zwischen den Lungenbläschen geöffnet und minderbelüftete Bereiche wieder aktiviert (Kollaterale Ventilation).

In Einstellung 2 löst der mobilisierende Ausatemdruck mit Vibrationen den Bronchialschleim von den Bronchialwänden und verflüssigt diesen. Der gelöste Schleim kann dann effektiv und einfach abgehustet werden. Ist die Reinigung vollzogen, reduziert sich automatisch der Husten.

Zudem ist das RC-Cornet® PLUS mit individuell für den Patienten auswählbaren Widerständen ausgestattet. Damit kann die Intensität der Therapie innerhalb der beiden Einstellungen auf die Bedürfnisse der Patienten eingestellt werden. Dies ermöglicht selbst Patienten mit sehr eingeschränkter Lungenfunktion die Atemtherapie mit dem RC-Cornet® PLUS.



Anwendung des RC-Cornet® PLUS

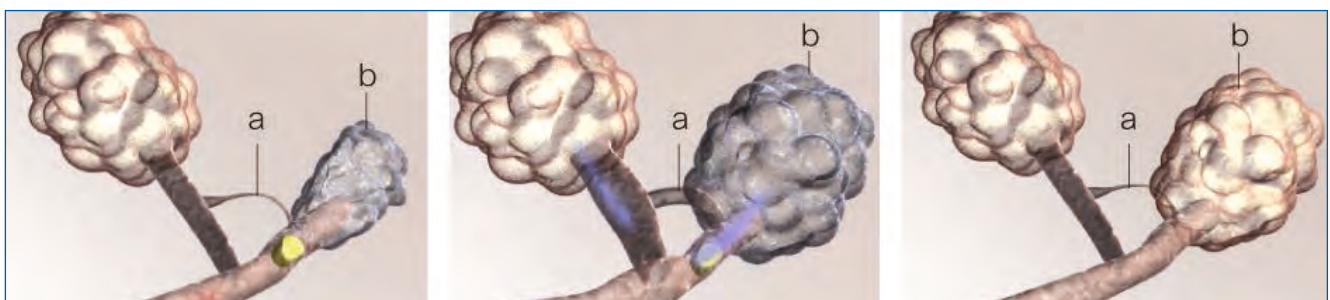
Das RC-Cornet® PLUS verfügt über einen integrierten Vernebleranschluss für die Inhalation. Dies ermöglicht die zeitgleiche Durchführung der Inhalation von Medikamenten mit ISO-genormten Verneblern und der stabilisierenden Atemtherapie. So wird die gesamte Therapiedauer reduziert und die Deposition der Medikamente verbessert sich.

Dazu bietet das RC-Cornet® PLUS die Produktvarianten NASAL für die Atemtherapie der oberen Atemwege. Das RC-Cornet® PLUS NASAL ist ein Hilfsmittel zum Lösen und Entfernen von Sekret im Nasen-Rachenraum.

Die oberen und die unteren Atemwege bilden eine Einheit. Die Therapie und Pflege der oberen Atemwege sollte daher bei Erkrankungen der unteren Atemwege im Rahmen einer ganzheitlichen Therapie ergänzend erfolgen.

Für tracheotomierte Patienten mit Kanüle (Tubus), die spontan atmen können, steht die Produktvariante RC-Cornet® PLUS TRACHEO für die Atemtherapie der unteren Atemwege zur Verfügung.

Kollaterale Ventilation



Selbsthilfeorganisationen



Alpha1 Deutschland

Gesellschaft für Alpha-1-Antitrypsinmangel Erkrankte e.V.
Pellwormweg 26a, 22149 Hamburg
Telefon 040 – 85106168, Telefax 040 – 85106169
www.alpha1-deutschland.org, info@alpha1-deutschland.org



Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V.

Rotenkruger Weg 78, 12305 Berlin
Telefon 016090 – 671779
www.bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de,
info@bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de



COPD – Deutschland e.V.

Fabrikstraße 33, 47119 Duisburg
Telefon 0203 – 7188742
www.copd-deutschland.de,
verein@copd-deutschland.de



Deutsche Sauerstoff- und BeatmungsLiga LOT e.V.

Selbsthilfegruppen für Sauerstoff-Langzeit-Therapie
Frühlingsstraße 1, 83435 Bad Reichenhall
Telefon 08651 – 762148, Telefax 08651 – 762149
www.sauerstoffliga.de, geschaeftsstelle@sauerstoffliga.de



Lungenfibrose e.V.

Postfach 15 02 08, 45242 Essen
Telefon 0201 – 488990, Telefax 94624810
www.lungenfibrose.de, d.kauschka@lungenfibrose.de



Patientenorganisation

Lungenemphysem-COPD Deutschland

Lindstockstraße 30, 45527 Hattingen
Telefon 02324 – 999000,
Telefax 02324 – 687682
www.lungenemphysem-copd.de,
shg@lungenemphysem-copd.de



pulmonale hypertonie (ph) e.V.

Rheinaustraße 94, 76287 Rheinstetten
Telefon 07242 – 9534141, Telefax 07242 – 9534142
www.phev.de, info@phev.de

Patientenorientierte Organisationen



Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland e.V.

Raiffeisenstraße 38, 33175 Bad Lippspringe
Telefon 0525 – 93706-03, Telefax 05252 – 93706-04
www.lungensport.org, lungensport@atemwegsliga.de



Deutsche Atemwegsliga e.V.

in der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie
Raiffeisenstraße 38,
33175 Bad Lippspringe
Telefon 05252 – 933615, Telefax – 933616
www.atemwegsliga.de,
kontakt@atemwegsliga.de



Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V.

Geschäftsstelle c/o Intercongress GmbH
Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30, 79106 Freiburg
Telefon 0761 – 69699-28, Telefax 0761 – 69699-11
www.digab.de, digab-geschaeftsstelle@intercongress.de



Deutsche Lungenstiftung e.V.

Reuterdamm 77, 30853 Langenhagen
Telefon 0511 – 2155110,
Telefax 0511 – 2155113
www.lungenstiftung.de,
deutsche.lungenstiftung@t-online.de



www.lungeninformationsdienst.de

Helmholtz Zentrum München – Dt. Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt GmbH



www.lungenaerzte-im-netz.de

Herausgeber:

Bundesverband der Pneumologen e.V. (BdP)

Deutsche Lungenstiftung e.V.

Verband Pneumologischer Kliniken e.V.

Impressum

Herausgeber

Offene Akademie und
Patienten-Bibliothek®
gemeinnützige GmbH
Unterer Schranneplatz 5
88131 Lindau
Telefon 08382-409234
Telefax 08382-409236
www.patienten-bibliothek.de
info@patienten-bibliothek.de

Patienten-Beirat

Ursula Krütt-Bockemühl, Deutsche
Sauerstoff- und BeatmungsLiga
LOT e.V.
Jens Lingemann, COPD-Deutsch-
land e.V. und Patientenorganisa-
tion Lungenemphysem-COPD
Deutschland
Marion Wilkens, Alpha1
Deutschland e.V.

Wissenschaftlicher Beirat

Dr. Justus de Zeeuw, Köln
Michaela Frisch, Bad Dürkheim
Dr. Jens Geiseler, Marl
Prof. Dr. Rainer W. Hauck,
Altötting
Prof. Dr. Felix Herth, Heidelberg
Prof. Dr. Klaus Kenn, Schöna
Prof. Dr. Winfried J. Randerath,
Sölingen
Monika Tempel, Regensburg
Prof. Dr. Claus F. Vogelmeier,
Marburg
Sabine Weise, München

Verlag, Anzeigenvertrieb,
Gestaltung
Crossmed® GmbH
Unterer Schranneplatz 5-7
88131 Lindau
www.crossmed.de
info@crossmed.de

Geschäftsführung
Anzeigenverwaltung
Ingo K.-H. Titscher
i.titscher@crossmed.de

Redaktion

Sabine Habicht (Leitung)
S.Habicht@crossmed.de
Elke Klug (freie Journalistin)

Lektorat

Cornelia Caroline Funke M.A.
typoscriptum medicinae, Mainz

Versandleitung
Sigrid Witzemann, Lindau

Druck:
Holzer Druck+Medien GmbH
Friedolin-Holzer-Str. 22
88171 Weiler im Allgäu

Ausgabe
Herbst 2017 / 4. Jahrgang
Auflage 30.000

Erscheinungsweise
4 x jährlich

Nächste Ausgabe
Winter / 30. November 2017

Schutzgebühr pro Heft
Deutschland 6,50 Euro,
Ausland 9,50 Euro

Medienpartner



Patientenorganisation
Lungenemphysem-COPD
Deutschland

Jens Lingemann
Lindstockstraße 30,
45527 Hattingen
Telefon 02324 - 999000
Telefax 02324 - 687682
www.lungenemphysem-copd.de
shg@lungenemphysem-copd.de



COPD - Deutschland e.V.
Fabrikstraße 33
47119 Duisburg
Telefon 0203 - 7188742
www.copd-deutschland.de
verein@copd-deutschland.de



Alpha1
Deutschland
Gesellschaft für Alpha-1-Antitryp-
sinmangel Erkrankte e.V.
Pellwormweg 26a
22149 Hamburg
Telefon 040 - 85106168
Telefax 040 - 85106169
www.alpha1-deutschland.org
info@alpha1-deutschland.org



Bundesverband Selbsthilfe
Lungenkrebs e. V.
Rotenkruger Weg 78
12305 Berlin
www.bundesverband-selbst-
hilfe-lungenkrebs.de
info@bundesverband-selbst-
hilfe-lungenkrebs.de
Telefon 0160 90 67 17 79
Deutsche Interdisziplinäre Ge-
sellschaft für Außerklinische Be-
atmung (DIGAB) e.V.
Geschäftsstelle c/o Intercongress



GmbH, Ingeborg-Krummer-
Schroth-Str. 30, 79106 Freiburg
Telefon 0761 - 69699-28
Telefax 0761 - 69699-11
www.digab.de

Deutsche Sauerstoff- und Beat-
mungsliga LOT e.V.
Frühlingstrasse 1
83435 Bad Reichenhall



Telefon 08651 - 762148
Telefax 08651 - 762149
www.sauerstoffliga.de
geschaeftsstelle@sauerstoffliga.de

Verteilte Auflage 30.000 Stück
An ca. 7.000 Sammelbesteller
Ärzte, Kliniken, Apotheken, Patien-
tenkontaktstellen, Gesundheits-
ämter, Geschäftsstellen von
Krankenkassen, Bibliotheken der
www.Patienten-Bibliothek.de, ca.
750 Sammelbesteller der Patien-
tenorganisation Lungenemphy-
sem-COPD Deutschland, Alpha1
Deutschland, Bundesverband
Selbsthilfe Lungenkrebs und ca.
700 Lungensportgruppen in
Deutschland. Täglich über 500
Aufrufe/Lesungen, alleine über
Google/AdWords.

Hinweise

Die namentlich gekennzeichneten
Beiträge geben die Meinung
des jeweiligen Autors wieder. An-
zeigen müssen nicht die Meinung
der Herausgeber wiedergeben.

Für unverlangt eingesandte Ma-
nuscripte und Fotos wird keine
Haftung übernommen.

Eine Verwertung einschließlich
des Nachdrucks der in der Zeit-
schrift enthaltenen Beiträge und
Abbildungen sowie deren Ver-
wertung und/oder Vervielfälti-
gung - z. B. durch Fotokopie,
Übersetzung, Einspeicherung und
Verarbeitung in elektronische Sys-
teme oder Datenbanken, Mail-
boxen sowie für Vervielfälti-
gungen auf CD-ROM - ohne
schriftliche Einwilligung des Ver-
lages sind unzulässig und straf-
bar.

Alle Rechte der vom Verlag Cross-
med konzipierten Anzeigen und
Beiträge liegen beim Verlag.

Die Informationen/Beiträge der
Patientenzeitschrift COPD in
Deutschland können das Ge-
spräch mit dem Arzt sowie ent-
sprechende Untersuchungen
nicht ersetzen. Die Patientenzei-
tschrift COPD in Deutschland -
dient der ergänzenden Informa-
tion

Bildnachweise:

Deckblatt © Olesia Bilkei - Foto-
lia.com, S. 6-7 reineg, Kirsty Par-
geter, catalin, Fotolia, S. 10
Pixelspieler, iKOMM, Ganshorn, S.
12, Breath, Hannover, DZL Ham-
burg, S. 14 llogo3in2, Espan-Kli-
nik, Gstudio Group, S. 15.
Espan-Klinik, S. 17-19 Dt. Atem-
wegsliga, Pari, S. 22 Sherry
Young, S. 24 strichfiguren.de, S.
30 Sabine Weise, modifiziert nach
Netter, Atmungsorgane, Thieme
182, S. 31 Sabine Weise, S. 32 Sa-
bine Weise, Pfeiffer-Kascha, S. 33
Pfeiffer-Kascha, S. 34 Sabine
Weise, S. 40-42 Espan-Klinik, S.
44 UBER IMAGES - Fotolia.com,
S. 46 Alexander Rath, S. 48-49
Marion Saladin, S. 52, OxyCare
Medical, Bremer Klinikclowns e.V.,
S. 53, Melanie Zarin, S. 55 Mela-
nie Zarin, Beurer, Peter Atkins Fo-
tolia, S. 56 KISS Hamburg, S. 57
Alpha1 Deutschland,

Beilage Reha, S. 1 Schön Klinik
Berchtesgadener Land, S. 4 Nord-
seeklinik, Schön Klinik Berchtes-
gadener Land, Rangauklinik, S. 5
Fachklinikum Borkum, Rangaukli-
nik, S. 8 Espan-Klinik

Vorschau

Leben mit fortge-
schrittener COPD

Seltene Lungen-
erkrankungen

Begleiterkrankungen

Sauerstoff

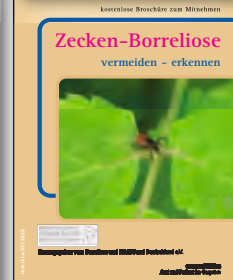
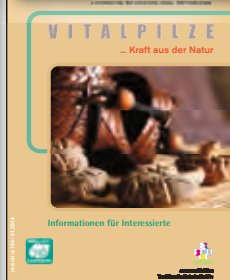
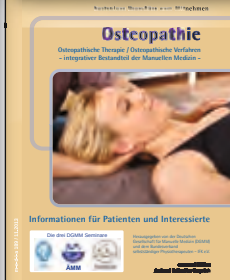
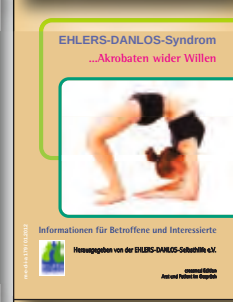
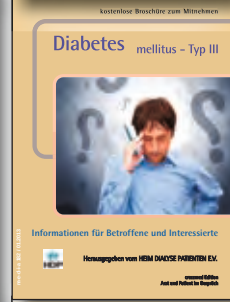
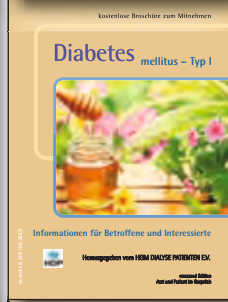
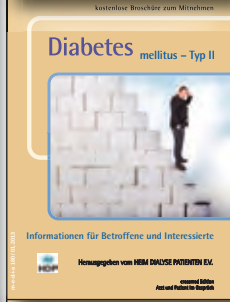
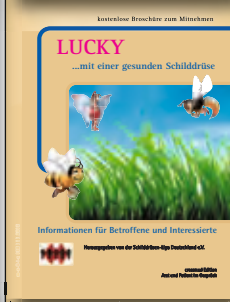
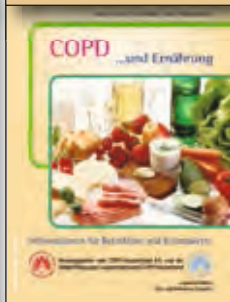
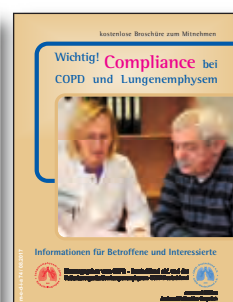
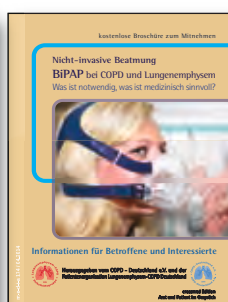
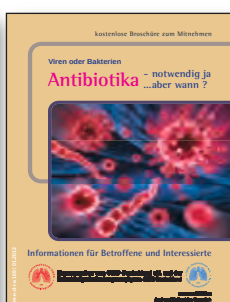
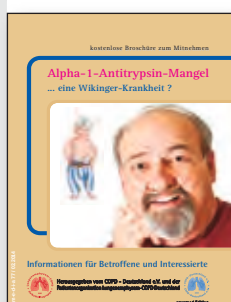
Berichte von:

- 10. Symposium Lunge,
Hattingen
- InterPneu, Nürnberg

Beilage Hilfsmittel



www.Patienten-Bibliothek.de



Ratgeber, Informationsfolder und Patienten-Zeitschriften der Patienten-Bibliothek entstehen in engen Kooperationen und unter fachlich kompetenter Beratung. Das Angebot umfasst derzeit 130 Medien, wird kontinuierlich erweitert, Neuauflagen stetig aktualisiert. Über das Bestellsystem der www.Patienten-Bibliothek.de können Selbsthilfekontaktstellen, Ärzte, Kliniken, Therapeuten, Apotheken, Sanitätshäuser etc. die vorliegenden Ratgeber und Zeitschriften zur Weitergabe an Patienten kostenfrei und in erforderlicher Anzahl anfordern. Fragen Sie bei Ihrem Arzt, Apotheker, Therapeuten, Kontaktstelle oder Ihrer Klinik nach, sicher bestellt man dort gerne für Sie.