

Atemwege und Lunge

eine **Patienten-Bibliothek**[®]



Neue Wege ...zusammen

ISBN 9 783982 064802
EAN 2627-647X 00
9 779772 627647
(D) 6,50 €

Arzt und Patient im Gespräch - mehr Wissen, aktuell und kompetent informiert

Psychopneumologie

- Wohlbefinden
- ...eine Teamaufgabe
- Im gemeinsamen Dialog

COPD

- Selbst aktiv werden
- Potenzial der Optionen
- ...hin zur Prävention

Ernährung

- Blutdruck-freundlich
- Salzkonsum
- Bunt ist gesund

Patientenforum zum Lungenkongress 2024

Patienten fragen - Experten antworten

Renommierte Expertinnen und Experten geben einen kurzen Einblick in die wichtigsten neuen Erkenntnisse zu Lungenerkrankungen. Im Mittelpunkt stehen die persönlichen Fragen der Patientinnen und Patienten. Nutzen Sie die Gelegenheit, kompetente Antworten auf Ihre Fragen abseits von Klinik- oder Praxisbesuch zu erhalten - ganz bequem zu Hause.

Dienstag, den
19. März 2024
von 16.30 bis 18.30 Uhr

Ort

Online

Den Link erhalten Sie per
E-Mail nach Ihrer Anmeldung

**Anmeldung
& Infos**

[www.lungeninformationsdienst.de/
aktuelles/patientenforum-lunge](http://www.lungeninformationsdienst.de/aktuelles/patientenforum-lunge)



Die Teilnahme ist kostenlos.

MODERATION

Prof. Dr. Christiane Lex und Prof. Dr. Michael Kreuter

EXPERTINNEN UND EXPERTEN

Prof. Dr. Monika Gappa	Allgemeine Pädiatrie
Prof. Dr. Michael Kreuter	Interstitielle Lungenerkrankungen
Prof. Dr. Christiane Lex	Asthma im Kindes- und Jugendalter
Prof. Dr. Marek Lommatzsch	Asthma bei Erwachsenen
Dr. Nicole Maison	Allergien im Kindes- und Jugendalter
Prof. Dr. Klaus Rabe	COPD
Dr. Hubert Schädler	Ambulante Versorgung
Prof. Dr. Wolfgang Schütte	Lungenkrebs
Prof. Dr. Tobias Welte	Infektionen

Inhalt

Editorial

...ein Abenteuer ...ein Gewinn

Neue Wege ...zusammen

64. Kongress der DGP:

Gemeinsam lebendige Zukunft gestalten

Psychisches Wohlbefinden

...ist eine Teamaufgabe

NAKOS: Mittelbar betroffen, selbst handeln

Kommunikationsleitfaden ...für Kümmerer

COPD-Stammtisch Versmold:

Selbst aktiv werden...

Sie selbst können mehr tun, als Sie glauben:

Weg von der reinen Reaktion, hin zu mehr

Prävention

Optimistisch ...und immer im Dialog

Eine andere Haltung

...gegenüber der Erkrankung

COPD – Deutschland e.V.

Abschied: Jens Lingemann

Überarbeitete Neuauflage:

COPD und mögliche Begleiterkrankungen

Aktuelle Übersicht: Patientenratgeber

Symposium Lunge

LTOT und NIV: Zwei wichtige Therapiesäulen

Sauerstoff

Mobilität erhalten: Versorgungsformen

Asthma

Mögliches neues Therapieziel

...bei Asthma bronchiale

Cortisonspray: Was tun bei Heiserkeit?

Potenzial der Optionen

Fallbeispiel ...einer COPD mit Lungenemphysem

Atem-Bewusstsein

Der kleine Atem-Coach – Teil 2:

Alles über Ihren Atem

Palliativmedizin

Teil 3: Ein neues Bewusstsein und Miteinander entwickeln:

Zugehörige: Angehörige, Familie, Freunde

Lungenforschung aktuell

4 COPD: Dreifachtherapie für mehr Lebensqualität 50

Lungenentzündung: Körper kann Schaden in der Lunge reparieren

51

Tägliches Training

Wichtig und wirksam:

8 Körperliche Aktivität, am besten zusammen... 52

Alpha1

10 Selbsthilfe + Kliniken = Patiententage 54

Ernährung

Ernährungstipps und Rezepte aus der Praxis

(Teil 19) Blutdruckfreundliche Ernährung

...bei COPD

18 55

Patienten direkt

22 Dr. Michael Barczok ...beantwortet Ihre Fragen 60

23

Kontaktadressen

62

Impressum

63

Vorschau

63

Ihr Weg zur nächsten Ausgabe

30 Atemwege und Lunge eine Patienten-Bibliothek® 64

Haben Sie Fragen rund um das Thema Atemwege und Lunge?



Dr. Michael Barczok beantwortet Ihre individuelle Fragestellung. Nutzen Sie die Möglichkeit und schreiben Sie uns!

Bereits in dieser Ausgabe finden Sie die neue Rubrik „Patienten direkt“ ab Seite 60.

Kontaktdaten:

Patientenverlag, Laubeggengasse 10, 88131 Lindau
S.Habicht@Patienten-Bibliothek.de

Editorial

...ein Abenteuer ...ein Gewinn

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Neue Wege zu gehen ist nicht immer einfach und manchmal sogar ein großes Abenteuer. Sich auf Neues einzulassen, kann aber auch zu einem echten Gewinn führen - für sich selbst und für andere.

Die COPD-Erkrankung meines Mannes hat unser gemeinsames Leben komplett verändert. Plötzlich war Vieles anders und musste überdacht oder neu organisiert werden. Die Neuorientierung hat auch zur Gründung einer Selbsthilfegruppe geführt. Die eigene Familie und unsere Freunde waren ebenfalls von diesen Veränderungen betroffen. Wir mussten ihnen die Krankheit mit ihren vielfältigen Auswirkungen erst einmal erklären, denn für sie als Außenstehende ist sie nicht einfach zu verstehen. Als Familie kann man die Erkrankung gemeinsam bewältigen, eine offene und ehrliche Kommunikation ist dabei aber unverzichtbar. Andere um Hilfe zu bitten und diese auch anzunehmen, war häufiger angesagt und ist uns nicht immer leichtgefallen.

Jens Lingemann (kürzlich verstorbener Vorsitzender des COPD – Deutschland e.V.) war aus eigener Betroffenheit heraus ein außergewöhnlich gut informierter Ratgeber, der sein Wissen auf vielfältigen Wegen weitergegeben hat. Das von ihm und seiner Ehefrau Heike ins Leben gerufene „Symposium Lunge“ schafft seit vielen Jahren die Voraussetzungen für einen gelingenden Informationsfluss, indem es Ärzt:innen und die verschiedenen Fachbereiche mit den Patient:innen zusammenführt und auf Augenhöhe miteinander ins Gespräch bringt.

Ebenso ist die Fachzeitschrift „Atemwege und Lunge“, die Sie gerade in den Händen halten, ein wichtiger und informativer Baustein zu einem erfolgreichen Austausch aller Beteiligten. Sie wird ihr Engagement künftig mit einem neuen Onlineangebot verstärken.

In der Selbsthilfe zeigt sich sehr gut, wie vielfältig jeder Einzelne vom Miteinander profitieren kann. Das eigene Wissen und die persönlichen Erfahrungen einzubringen, hilft anderen, ihre Kompetenz zu erweitern und sich zu trauen, neue Wege zu gehen. Coronabedingt hat es auch in der Selbsthilfe einen enormen Wandel ge-



ben. Die neuen Medien werden mittlerweile viel stärker in der Gruppenarbeit eingesetzt und stellen für manche Gruppen eine echte Alternative zu den Präsenzgruppentreffen und einen interessanten Weg für die zukünftige Gestaltung der Selbsthilfe dar.

Nicht nur in der Selbsthilfe, sondern auch in der Forschung erweist sich gemeinsames Handeln als vorteilhaft. Durch die frühzeitige Beteiligung und die Erfahrungen der Patient:innen lassen sich bei kontinuierlicher Mitwirkung neue Perspektiven erschließen und innovative Lösungen entwickeln.

Bleiben Sie neugierig und scheuen Sie sich nicht, Neues auszuprobieren. Einige Anregungen dazu finden Sie in diesem Heft. Ich wünsche Ihnen viel Spaß bei der Lektüre.

Ihre
Patricia Zündorf
Angehörige und
Gruppenleiterin
COPD-Selbsthilfegruppe
Bonn



Faktor Lungenfunktion bei (schwerem) Asthma

Mit mehr Luft zu mehr Lebensqualität

Wenn Menschen mit Asthma bemerken, dass sie schwerer Luft bekommen als gewohnt, sollten sie auch an ihre Lungenfunktion denken. Verschlechtert sich dieser Wert nämlich, kann sich das spürbar auf den Alltag der Betroffenen auswirken. Mehr über die Hintergründe und was Betroffene tun können, lesen Sie hier.

Die Lungenfunktion zeigt an, wie leistungsfähig die Lunge ist – also wie gut sie Luft aufnimmt, Sauerstoff an das Blut abgibt und gleichzeitig Kohlendioxid aus dem Blut entfernt. Bei (schwerem) Asthma sind die Atemwege allerdings dauerhaft entzündet und somit auch verengt. Besonders bei unkontrolliertem Asthma ist die Lungenfunktion deshalb eingeschränkt, was sich durch Giemen beim Ausatmen, Erschöpfung und ein erhöhtes Risiko für Asthma-Anfälle zeigen kann.

Das hat oft erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität von Menschen mit Asthma. Konnten sie vorher ihrem Alltag und Hobbies uneingeschränkt nachgehen und in ihrer Freizeit laufen, schwimmen oder Fahrrad fahren, können einfache Tätigkeiten wie Treppen steigen oder Einkaufen gehen eine Herausforderung darstellen. Das Gefühl weniger Luft zu bekommen, kann zudem negative Gefühle wie Stress, Angst und sogar Depressionen auslösen. Doch das sollten Betroffene nicht hinnehmen. Harry zum Beispiel hat seit seiner frühen Kindheit schweres Asthma. Zwischenzeitlich hatte er eine sehr eingeschränkte Lungenfunktion. Mit der Unterstützung seines Facharztes fand er eine passende Therapie. „Seit dieser Zeit hat sich mein Lungenvolumen stabilisiert. Das ist der Wahnsinn, die Lebensqualität hat sich dadurch unwahrscheinlich verbessert,“ erzählt der 66-Jährige. Darüber hinaus hält er sich mit Lungensport aktiv und tauscht sich dort mit anderen Betroffenen aus.

Die Lungenfunktion positiv beeinflussen

Menschen mit Asthma sollten regelmäßig hinterfragen, wie gut ihr Asthma kontrolliert ist. Das geht zum Beispiel mithilfe eines Asthma-Selbsttests. Treten vermehrt Asthma-Beschwerden auf, die vielleicht auch den Einsatz von Bedarfsmedikamenten öfter erfordern, sollten Betroffene einen Termin in ihrer Lungenfacharztpraxis vereinbaren, um die Lungenfunktion zu bestimmen und



eine mögliche Therapieanpassung zu besprechen. Denn moderne Medikamente, wie z. B. Biologika, können Asthma-Beschwerden deutlich verringern. Lungenfacharzt Dr. Christian Geßner, Leipzig, beschreibt das Behandlungsziel deshalb so: „Das neue Stichwort ist Asthma-Remission. Das heißt nicht, dass das Asthma geheilt oder völlig verschwunden ist, sondern dass Betroffene mithilfe antientzündlicher Medikamente eigentlich gar keine Asthma-Beschwerden mehr haben und ihr Leben normal leben können.“ Damit wieder mehr Luft zum Atmen bleibt, um die schönen Dinge des Lebens genießen zu können.

Wie gut ist Ihr Asthma kontrolliert?

Den einfachen Selbsttest, aber auch eine Arzt-Suche, Erfahrungsberichte von Betroffenen und weitere praktische Expertentipps rund um ein aktives Leben mit Asthma gibt es auf der Webseite www.Asthma-Aktivisten.de.



Neue Wege ...zusammen

64. Kongress der DGP

Gemeinsam lebendige Zukunft gestalten



Es ist der wichtigste Termin für sämtliche Berufsgruppen aus dem Bereich der Lungenheilkunde, der Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP). Etwa 4.000 Teilnehmer werden vom 20. bis 23. März 2024 in Mannheim erwartet.

„Mannheim erblühe“ – der Slogan der Bundesgartenschau 2023 dient als Vorlage für den 64. Kongress der DGP und signalisiert gleichzeitig Vielfalt, Freude an der



Begegnung und am Miteinander. Eine vielversprechende Devise also, mit der die beiden Kongresspräsidenten, **Professor Dr. Michael Kreuter** (re.) und **Dr. Hubert Schädler** (li.) nach Mannheim einladen.

„Pneumologie – sektorenübergreifend, modern und lebendig“, lautet das Motto der Tagung. Was möchten Sie damit zum Ausdruck bringen?

Dr. Hubert Schädler: Sektorenübergreifende Versorgung ist ein Begriff, der einhergeht mit mehr Zusammenarbeit, stärkerer Vernetzung und mehr Kommunikation. Wir möchten mit allen Beteiligten ins Gespräch kommen, die einzelnen Sektoren in der Pneumologie verbinden, neue Formate vorstellen, um gemeinsam eine lebendige Zukunft zu gestalten.

Die Krankheitsbilder in der Pneumologie sind äußerst komplex, eine engere Vernetzung ist somit mehr als sinnvoll. Insbesondere zwischen Kliniken, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gilt es, den nahtlosen Übergang in der Patientenbetreuung zu erreichen.

In meinem Praxisalltag erlebe ich ständig, wie herausfordernd sich die Kommunikationswege zwischen Klinik und Praxis derzeit noch gestalten. Insbesondere für ältere Patienten bedeutet dies eine oft nur schwer zu bewältigende Herausforderung.

Mit den auf dem Kongress angebotenen Symposien setzen wir ein Signal, bieten mit der Themenvielfalt proaktiv intersektorale Lösungsansätze und ermuntern zur Diskussion. Ein erster wichtiger Schritt.

Professor Dr. Michael Kreuter: Gerade erst heute Morgen habe ich für den DGP-Kongress einen Vortrag mit der Fragestellung: „Was ist ein guter Arzt?“ vorbereitet. Und ich erinnerte mich dabei an ein Gespräch mit einem meiner Patienten, der seinerzeit formulierte: „Ich wünsche mir, dass sich meine behandelnden Ärztinnen und Ärzte deutlich mehr untereinander austauschen.“

Dieser Wunsch des Patienten spiegelt exakt das wider, was wir mit „sektorenübergreifend“ meinen. Sektorenübergreifendes Zusammenarbeiten entspricht daher den Bedürfnissen und Wünschen unserer Patienten und kommt Ihnen (und uns) unmittelbar zugute.

Wir, d.h. Dr. Schädler, als niedergelassener Arzt und ich selbst, als Kliniker, begreifen die aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen, auch hinsichtlich der Ambulantisierung, als eine Chance für positive Entwicklungen. Im Sinne eines verstärkten Austauschs, mehr Miteinander sowie einer Vereinfachung von Mechanismen und Abläufen. Gerade ältere komorbide Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen können von einer stärkeren Zusammenarbeit zwischen Klinikern, niedergelassenen Ärzten sowie dem interdisziplinären Austausch von Fachgebieten, die an die Pneumologie angrenzen, nur profitieren. Das Symposium Pnemo meets ist daher ein Highlight während der Tagung.

Welche Möglichkeiten, welche Erfordernisse sehen Sie im Hinblick auf ein verstärktes Miteinander zwischen Ärzten und Selbsthilfe?

Dr. Hubert Schädler: Die Arbeit der Selbsthilfe wird, meiner Ansicht nach, in der Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen. Die Ressourcen im Gesundheitswesen werden knapper, damit einher geht ein steigendes Bewusstsein, wie unschätzbar wertvoll der persönliche



Erfahrungsaustausch für Patienten in einer Selbsthilfegruppe ist.

Optimierungsbedarf sehe ich hinsichtlich der Unterstützung der Selbsthilfegruppen durch uns Ärzte. Patienten bereits in der Praxis auf regionale Selbsthilfegruppen aufmerksam machen und vielleicht sogar einen Informationsflyer überreichen, sollte zum Standard gehören. In der Realität erfolgt dies aktuell noch viel zu selten.

Weiterhin sehe ich einen großen Bedarf an einer aktiveren Einbeziehung der Angehörigen. Zumal dort oft ein hoher Leidensdruck spürbar ist. De facto finden sich Angehörige bislang meist jedoch „außen vor“, sowohl in Kliniken als auch in Praxen. Ein verstärktes Angebot von Selbsthilfegruppen für Angehörige wäre zudem wünschenswert, denn ein informierter Angehöriger, ein stabiles Umfeld kommen ganz unmittelbar dem Patienten zugute.

Professor Dr. Michael Kreuter: Ein Defizit sehe ich darin, dass vielen Ärzten (wie auch der allgemeinen Bevölkerung) die vorhandenen regionalen Selbsthilfegruppen gar nicht bekannt sind. Selbsthilfe benötigt eine stärkere Darstellung in der Öffentlichkeit. Eine stärkere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Selbsthilfe ist erforderlich. Wir Ärzte sollten vermehrt auf die Arbeit der Selbsthilfegruppen aufmerksam machen.

Aus der eigenen vielfältigen Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Verbänden möchte ich an dieser Stelle beispielhaft einen ganz speziellen Weg des Sarkoidose-Netzwerkes e.V. aufzeigen, der sich bewährt hat und vielleicht andere zur Nachahmung ermuntert. Die Auslobung eines jährlichen Wissenschaftspreises sowie die Mitgestaltung eines Symposiums innerhalb des DGP-Kongresses ermöglicht dem Sarkoidose-Verband eine direkte Zusammenarbeit zwischen Patienten und der klinischen Arbeit von Ärzten sowie Wissenschaftlern in Form von wissenschaftlichen Arbeiten. Diese gemeinschaftlichen Aktivitäten und die daraus

resultierenden Veröffentlichungen haben dazu beigetragen, dass sich die Wahrnehmung sowohl für die Sarkoidose-Selbsthilfe als auch das Erkrankungsbild der Sarkoidose in den vergangenen Jahren deutlich verbessert hat. Auch in diesem Jahr wird auf dem Kongress der Sarkoidose-Wissenschaftspreis vergeben.

[Im Rahmen der Tagung wird eine Online-Veranstaltung für Patienten angeboten – die Details und den Programmbau finden Sie auf der zweiten Umschlagseite dieser Ausgabe. Was möchten Sie Interessierten im Vorfeld mitteilen?](#)

Professor Dr. Michael Kreuter: Der Patiententag hat bereits eine lange Tradition in der DGP. Betroffene und Interessierte sollen unmittelbar von der Tagung etwas mitnehmen können. Ich erinnere mich, bereits 2009, als ich schon einmal Kongresssekretär war, wurde eine Telefonaktion zum Kongress durchgeführt, ein Format, dem dann der Patiententag folgte. Betroffene selbst einzubinden und Patientenfragen zu beantworten, ist uns immer ein wichtiges Anliegen.

Auch die Themenwahl der Patientenveranstaltung ist bunt und vielfältig, so wie das Gesamtprogramm der Tagung. Wir werden über chronische Lungenerkrankungen sprechen, über häufig auftretende Probleme, aber ebenso über seltene Fragestellungen – eben alles, was das Spektrum der Pneumologie ausmacht.

Dr. Hubert Schädler: Ich möchte alle Patienten ermutigen, sich am **Dienstag, den 19. März, um 16.30 Uhr** in die Veranstaltung einzuwählen. Es freut mich sehr, dass immer mehr Patienten, selbst im hohen Alter, digitalaffin sind und wir somit bundesweit eine deutlich größere Gruppe an Interessierten erreichen können. Nehmen Sie die Option wahr und schnuppern Sie ein wenig Kongressluft!

Hinweis: In der Sommerausgabe der „Atemwege und Lunge“, die am 03. Juni erscheinen wird, erfahren Sie mehr vom Pneumologiekongress.

Psychisches Wohlbefinden ...ist eine Teamaufgabe

Patient, Behandler, Kümmerer

Üblicherweise hat ein chronisch kranker Patient einerseits eine Beziehung zu seinem Behandler, andererseits zu seinen Angehörigen oder anderen Kümmerern. Der Begriff Kümmerer leitet sich von dem englischsprachigen Begriff Carer oder Caregiver ab und bezeichnet eine Person, die sich nicht berufsmäßig um den Patienten kümmert. Der Patient hat also zwei Zweierbeziehungen (Dyaden) zu zwei Akteuren. Behandler und Kümmerer stehen nicht direkt miteinander in Kontakt.

Hilfreicher und wünschenswert wäre eine Dreiecksbeziehung (Triade), in der jeder Beteiligte mit jedem kommuniziert, also auch der Behandler mit dem Kümmerer und umgekehrt – sofern der Patient seine Einwilligung dazu erteilt hat. Kümmerer werden manchmal als Mitpatient oder als Patient zweiter Ordnung bezeichnet. Auch sie können Symptome entwickeln, die sogar Ähnlichkeit mit denen des Patienten haben können. Gleichzeitig sind Angehörige häufig Mittherapeuten. Sie unterstützen den Patienten in praktischen Dingen oder bei bestimmten Behandlungen oder sie geben Informationen an andere weiter. Dabei sind Angehörige häufig gefangen zwischen Hoffnung und Sorge.

Kommunikation in der Familie

Miteinander übereinander sprechen und sich über gemeinsame Belastungen austauschen zu können, ist eine hohe Kunst. Gelungene Kommunikation in der Familie kann entscheidend zur seelischen Gesundheit beitragen. In der Realität sind „sprachlose“ Paare durchaus häufig, die sich nur über Belangloses unterhalten. Bei schwerwiegenden Erkrankungen wird diese Konstellation zu einem Problem mit weitreichenden Folgen.

Patienten erleben sich vielfach als angewiesen auf ihren Partner und befürchten, dem anderen zur Last zu fallen. Der Kümmerer wiederum fragt sich, wie er die ganzen Belastungen aushalten soll. Daraus können gegenseitige Schuldgefühle entstehen. Manchmal schont man seinen Partner vor Belastungserfahrungen und spart schwierige Themen bewusst aus. Dies kann zur »Einsamkeit zu zweit« führen. Kommunikation findet selbst dann statt, wenn man schweigt, denn der Körper signalisiert das Befinden. Vor allem Bewegungen der Augen und die Mimik um den Mund herum nimmt



man unmittelbar wahr. Selbst wenn der andere sagt, es gehe ihm gut, verlässt man sich auf das eigene Bauchgefühl, wenn man eine Diskrepanz wahrnimmt. Ein Hinweis auf gelingende Kommunikation ist der wechselseitige Blickkontakt.

Krankheitsbewältigung

Bei chronischer Krankheit ist es besonders wichtig, Wege zu finden, miteinander über angstauslösende Inhalte zu sprechen. Experten unterscheiden verschiedene Formen der positiven Zweierkommunikation und Krankheitsbewältigung (dyadisches Coping): beide Personen können gemeinsam und gleichwertig die Last tragen, eine Person trägt einen deutlich größeren Anteil der Belastung oder eine Person bittet die andere jeweils um Hilfe und erhält diese auch.

Schädliche Formen der Krankheitsbewältigung bestehen darin, dass eine Person böse ist oder die andere Person verletzt, dass man aus mangelndem Interesse floskelhaft miteinander kommuniziert (»das wird schon werden«), oder dass man sich überfordert und ausgenutzt fühlt.

Früher wurde die COPD als Erkrankung angesehen, die mit der Zeit allmählich immer schlimmer wird. Episoden mit starker Atemnot lösen bei Patient und Kümmerer Hilflosigkeit, Angst und Unsicherheit aus. Mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung ist man stärker ans Haus gebunden und Patient und betreuender Partner müssen auf vieles verzichten, was ihnen früher wichtig war. In den meisten Fällen ist der Verlauf der COPD heutzutage jedoch eher mit einer Achterbahnfahrt zu vergleichen, denn auf stabile Peri-



oden in guter Verfassung folgen Episoden mit akuten Verschlechterungen, von denen man sich dann jedoch mit der Zeit wieder erholt.

Gefühlsarbeit

Durch die COPD kommen auf ein Paar zusätzliche Belastungen zu. Die Aufgaben und Rollen in der Beziehung müssen neu verteilt werden. Dabei ist wichtig, den Nicht-COPD-Partner nicht zu überfordern. Der Patient selbst kann Identitätskrisen erleben, die zum Rückzug in der Beziehung führen können. In jedem Fall ist die Bewältigung der Belastung durch die chronische Erkrankung bei allen Beteiligten mit Arbeit verbunden. Spezielle Trainingsprogramme für Paare, wie beispielsweise „Paarlife – was Paare stark macht“ (www.paarlife.ch – ein wissenschaftlich fundiertes Stress-Präventionsprogramm für Paare) können dabei helfen, besser miteinander zu kommunizieren und die Probleme gemeinsam zu lösen.

Atemnot und Angst

Angst, die durch Atemnot ausgelöst wird, ist ein häufiges Problem. Zwischen Paaren gibt es dabei eine körperliche Ansteckung: der Anblick des nach Luft ringenden Partners löst auch beim gesunden Partner Angst aus und er würde vielleicht am liebsten weglaufen. Dieser körperlichen Ansteckung kann mit körperlicher Beruhigung begegnet werden. Häufig hat der Patient selbst das Bedürfnis nach Körpernähe und klammert sich an den gesunden Partner. Dann ist es hilfreich, dass dieser selbst ruhig bleibt, Geduld hat, die Hand des Patienten hält und ihm Körperkontakt ermöglicht.

Wer als Kümmerer mit seinem kranken Partner spricht, sollte zum Ausdruck bringen, dass dessen Sorgen und Unsicherheit nachvollziehbar und verständlich sind. Man kann sich erkundigen, was die akute Atemnot aus-

gelöst haben könnte und was vermutlich dagegen helfen wird. Vermieden werden sollten Sätze wie „Du brauchst keine Angst zu haben“. Auch sollte man keine Kritik am kranken Partner üben, denn das verstärkt seine Angst. Wertschätzung und Anteilnahme lindern die Angst. Bei psychologischen Interventionen ist das Ziel, die Angst aushaltbar zu machen, und nicht, die Angst zu nehmen. Dazu wendet der Psychologe unterschiedliche Methoden an, beispielsweise Übungen aus der Gestalttherapie (wie „Der Angst einen Platz geben“) oder das Fokussieren auf das Hier und Jetzt.

Fatigue und Depression

Quälende Müdigkeit mit Erschöpfung sowie Depression sind bei chronischer Lungenerkrankung nicht selten. Sie werden beeinflusst von körperlichen Faktoren wie Atemnot oder Schlafstörungen. Wichtig ist, den Betroffenen psychisch zu stärken. Man bringt zum Ausdruck, dass es nicht seine Schuld ist, dass es ihm so schlecht geht. Oder man erkundigt sich, wie man konkret unterstützen kann. Auf keinen Fall sollte man bagatellisieren („Jeder fühlt sich hin und wieder müde“) oder Durchhalteparolen verbreiten („Augen zu und durch“).

Ungewisses Fortschreiten der Erkrankung

Eine möglicherweise verkürzte Lebenserwartung ist eine reale Bedrohung, die Angst machen kann. Das Hauptziel sollte sein, Akzeptanz zu erreichen, also seine Hoffnungen an die reale Situation anzupassen. In Befragungen bei COPD-Patienten wurden die größten Sorgen hinsichtlich des Fortschreitens der Erkrankung deutlich.

Die Patienten fürchten vor allem schwere Atemnotattacken sowie Krankheitsschübe und Exazerbationen mit maschineller Beatmung. Fragt man nach dem Sterbeprozess, haben die Betroffenen Angst vor qualvollem Ersticken und vor Schmerzen. Diese Ängste



können Behandler durch Informationen und Aufklärung lindern. Weitere häufige Befürchtungen sind der Verlust von Würde und Kontrolle. Diese Aspekte sind vor allem für Pflegenden wichtig. Als Gesprächspartner für ihre Ängste wünschen sich COPD-Pati-

enten vor allem ihre Angehörigen, erst mit weitem Abstand den Arzt oder Freunde. In professionellen Trainingsprogrammen wird zunächst auf die größte Angst fokussiert. Man denkt die angstbesetzte Situation konkret zu Ende und fragt, wie der Patient und andere

darauf reagieren. Wie mit einem Scheinwerfer in der Dunkelheit wird ausgeleuchtet, was passieren kann. Dann wird darüber gesprochen, wie man der Situation vielleicht vorbeugen, oder was man in der Situation Hilfreiches tun kann.



Monika Tempel
Ärztin, Referentin, Autorin
Arbeitsschwerpunkt
Psychopneumologie
www.psychopneumologie.de

Hinweis: Erstveröffentlichung des Beitrages im Blog www.alpha1-deutschland.org des Alpha1 Deutschland e.V.

NAKOS

Mittelbar betroffen, selbst handeln

Angehörige in Selbsthilfegruppen haben zwei Motive: sie wollen etwas für andere und etwas für sich selbst tun. Zum einen wollen sie einem Familienmitglied, dem Partner oder der Freundin helfen, die (chronisch) erkrankt sind oder die unter seelischen Problemen und Konflikten leiden. Zum anderen haben sie für sich selbst das Ziel, die Belastungen und Sorgen zu bewältigen, die mit der Erkrankung oder den (psycho-)sozialen Problemen des nahestehenden Menschen verbunden sind.

Ausgangspunkt für das Interesse an einer Gruppe von Angehörigen ist zunächst der Wunsch, die Lebenssituation des unmittelbar betroffenen Partners, des Kindes oder der Freundin zu verbessern:

„Was kann ich für meinen erkrankten und belasteten Verwandten, für meinen Partner tun?“

„Wie kann ich die professionelle Versorgung und Betreuung verbessern?“

„Welche Partnerschafts- und Familienkonflikte sind neu entstanden, wie gehe ich damit um?“

„Welche Ängste, Schuldgefühle und Enttäuschungen bedrücken mich?“

„Wie leben andere Menschen in vergleichbaren Situationen, wie werden sie mit den Belastungen fertig?“

Solche Fragen führen dazu, eine Selbsthilfegruppe von Angehörigen auch als eine Möglichkeit für sich zu sehen. Die mittelbare Betroffenheit ist also auch eine eige-

ne Betroffenheit. In der Selbsthilfegruppe kann man die eigene Isolation aufheben, Unterstützung finden, etwas für die Angehörigen tun, Mut fassen und auch wieder eigene Bedürfnisse entdecken. Der auf die kranken Angehörigen begrenzte Blick richtet sich auch auf die eigene Lebensgestaltung. Ein gestärktes Selbstvertrauen gibt Kraft, um den Belastungen in der Familie oder der Partnerschaft standzuhalten.

Unterstützung

Die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) arbeitet unabhängig und problemübergreifend. Niemand muss Mitglied werden, um Informationen und Unterstützung zu erhalten. An sie können sich bestehende Selbsthilfegruppen und alle Menschen wenden, die eine Selbsthilfegruppe suchen oder aufbauen wollen.

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin
Telefon 030 – 31018960

selbsthilfe@nakos.de

www.nakos.de



Raus mit dem Schleim! Husten und starke Verschleimung ernst nehmen

Schleim in der Lunge ist häufig ein großes Problem bei COPD, Bronchiektasen, chronischer Bronchitis, schwerem Asthma und anderen chronischen Lungenerkrankungen. Der Schleim ist nicht nur störend und der damit verbundene Husten belastend – festsitzen-der Schleim kann auch zum Nährboden für Bakterien und Viren werden. Häufige Infektionen bis hin zu Krankenhausaufenthalten sind möglicherweise dessen Folge. Deshalb sollte dauerhaftes Husten und starke Verschleimung ernst genommen und im Zweifelsfall ärztlich behandelt werden.

Simeox – Eine wirksame Therapie gegen den Schleim

Wer dauerhaft von übermäßigem oder zähem Schleim in der Lunge betroffen ist, braucht eine wirksame Therapie, um den Schleim aus den Atemwegen zu befördern. Simeox wurde als Sekretmobilisationsgerät genau zu diesem Zweck entwickelt, um Patienten von ihrer Sekretlast zu befreien.

Simeox verflüssigt den Schleim aus den tiefen Bereichen der Lunge. Außerdem hilft das Gerät, das störende Sekret in die zentralen Bronchien zu transportieren, von wo es dann einfach abgehustet werden kann.



Die Simeox-Anwendung erfolgt entspannt zu Hause ganz einfach im Sitzen oder Liegen für ca. 10-15 Minuten pro Einsatz.

Die Simeox-Therapie wird von der Krankenkasse erstattet, wenn folgende Voraussetzungen zutreffen:

1. Ich bin mit einer **chronischen Lungenerkrankung in ärztlicher Behandlung** (COPD, Bronchiektasen, Chronische Bronchitis, schweres Asthma, PCD/Kartagener Syndrom, Mukoviszidose/CF, u.a.).
2. Der **Schleim** in der Lunge bereitet mir **Probleme** und ich kann diesen schlecht abhusten.
3. Ich nutze bereits ein Gerät zur **Inhalation mit Kochsalzlösung** (Inhalationsgerät/Vernebler – z.B. PariBoy).
4. Ich besitze ein **PEP-Gerät** (Atemtherapie-Hilfsmittel mit und ohne Oszillation, wie z.B. RC-Cornet, Flutter, Gelo-Muc, Acapella, Aerobika, PARI PEP, o.a.).
5. Folgende **Kontraindikationen** liegen bei mir **nicht** vor:
 - ▶ akuter/nicht drainierter Pneumothorax
 - ▶ instabile Herz-Kreislauf-Erkrankung
 - ▶ schwere Lungenblutungen

Wenn die o.g. Punkte alle auf Sie zutreffen, könnte Ihnen Simeox möglicherweise helfen. Rufen Sie uns gerne an unter 08025 - 925 9588 und informieren Sie sich über unsere Website.

PhysioAssist GmbH
Stadtplatz 10
83714 Miesbach
E-Mail: kontakt@physio-assist.de
Telefon: 08025 - 925 95 88
www.physioassist.de

Kommunikationsleitfaden ...für Kümmerer

Vorwort Kommunikationsleitfaden

In unserer Beratung von Alpha-1-Betroffenen fielen vor kurzem die folgenden Sätze: „Ich habe zwar eine Alpha-1-Diagnose, aber kein neues Hobby“ und „Ich werde die Erkrankung annehmen, aber mich damit nicht weiter beschäftigen!“

Geht das eine ohne das andere? Kann ich meine Erkrankung annehmen, ohne darüber zu sprechen, mich mit ihr auseinanderzusetzen und meine Angehörigen einzubeziehen? Unsere Erfahrung zeigt, dass eine offene Kommunikation für uns Patienten wichtig ist. Doch dabei vergessen wir häufig, dass auch für unsere Angehörigen, die Kümmerer, eine gute Kommunikation und eine Einbindung von großer Bedeutung sind.

Liebe Familienmitglieder und Freunde, wir zeigen es nicht immer, aber es ist so gut, dass es Euch gibt. Wir können nicht ohne Euch – wieso dies so ist und wie wir am besten kommunizieren, das zeigt uns dieser Leitfaden.



Danke an alle Kümmerer!

Marion Wilkens

Vorsitzende Alpha1 Deutschland e.V.
Alte Landstraße 3, 64579 Gernsheim
Kostenfreie Servicenummer 0800 – 5894662
info@alpha1-deutschland.org
www.alpha1-deutschland.org



Unterstützung gesucht für Deutschlands wichtigsten Pflegedienst!

Laut „Weißbuch Lunge 2023“ leben in Deutschland fast vier Millionen Menschen mit COPD. Orientiert man sich an den durchschnittlichen Zahlen der anerkannt Pflegebedürftigen, so werden über 70 Prozent von ihnen zuhause betreut. **Pflegende Angehörige sind somit Deutschlands größter Pflegedienst** – mit 65 Prozent weiblichen Pflegekräften.

Für Angehörige von COPD-Patienten ändert sich das Leben durch die Pflege teilweise radikal. Vor allem im fortgeschrittenen Stadium wird die COPD häufig zum **Lebensmittelpunkt**, um den sich alles dreht, für den alles andere in den Hintergrund gedrängt wird.

Die Pflegeleistung durch Angehörige (die sogenannte Care-Arbeit) ist mit vielfältigen **gesundheitlichen, psychischen, sozialen und finanziellen Belastungen** verbunden. Diese immensen Herausforderungen können durch eine angemessene Unterstützung aller Beteiligten häufig besser bewältigt werden. Eine grundlegende Hilfestellung kann dazu die **Anleitung zu einer gelingenden Kommunikation** bieten.

Hier zwei typische Anfragen über das Kontaktformular auf meiner Website „www.psychopneumologie.de“:

„Mein Mann flieht vor der Realität der Krankheit. Unsere Ehe ist dadurch sehr belastet. Ich verzweifle, weil ich mit niemand darüber reden kann...“

„Wie kann ich meinem Vater klarmachen, daß sein Rückzug aus allen Aktivitäten die Krankheit verschlimmert? Und wie kann ich den Konflikt lösen, der sich dadurch zwischen meinen Eltern entwickelt hat?“

Diese und ähnliche Anfragen rufen geradezu nach einer Anleitung zu einer gelingenden Kommunikation. Für diese und viele weitere Konstellationen bietet der „**Kommunikations-Leitfaden**“ (nicht nur für Alpha-1-Kümmerer!) jede Menge Praxisbeispiele, Anregungen und Formulierungshilfen. Er möchte dazu beitragen, daß Deutschlands größter und wichtigster Pflegedienst, die pflegenden Angehörigen, effektiver unterstützt wird.

Mit herzlichen Grüßen
Ihre Monika Tempel

Kommunikation erleichtern

Die Kommunikation untereinander ist wichtig, wenn jemand in Deiner Familie erfährt, dass er Alpha-1-Antitrypsin-Mangel hat. Das Reden über die Erkrankung beeinflusst deren Verlauf – sowohl für den Patienten als auch für Dich als Kümmerer. Wenn Du und/oder der Patient sich nervös oder traurig fühlen, können sich diese Gefühle darauf auswirken, wie Ihr miteinander, mit Angehörigen und mit Behandlern kommuniziert.

Dieser Leitfaden für Kümmerer möchte die Kommunikation zwischen Betroffenen und Behandlern erleichtern.

Zu den Betroffenen gehören:

- Patient
- Kümmerer (pflegender Angehöriger)
- Angehörige (abweichend von der rechtlichen Bezeichnung sind in diesem Leitfaden Familienmitglieder, Freunde, Vertraute unter dem Begriff „Angehörige“ eingeschlossen)

Zu den Behandlern zählen:

- medizinische Fachkräfte
- psychosoziale Fachkräfte
- spirituelle Begleiter

Was bedeutet es, Kümmerer zu sein?

Du vermittelst Deine Gefühle durch die Art, wie Du Dinge sagst oder tust – durch den Tonfall Deiner Stimme oder die Art, wie Du durch den Raum gehst.

Michael kommt beispielsweise abends von einem langen Arbeitstag heim und findet seine Frau völlig erschöpft und atemlos auf dem Sofa vor. Barbara hatte versucht, das neue Staudenbeet ganz allein anzulegen. Aus Sorge und Ärger sagt er: „Das ist nicht gut: Ich habe Dir gesagt, Du sollst damit bis zum Wochenende warten. Dann können wir die Stauden gemeinsam in aller Ruhe pflanzen. Aber Du musstest es mal wieder auf eigene Faust machen. Du hast keine Ahnung, wie schlimm es für mich ist, Dich so vorzufinden.“ Und dann ist er fast sofort traurig darüber, seine Frau zu verletzen, die so sehr unter ihrer Kraftlosigkeit durch die Erkrankung leidet. Als er den Ausdruck auf ihrem Gesicht sieht, füllen sich seine Augen mit Tränen.



Der Patient wird darauf reagieren, wie Du kommunizierst. Sei Dir bewusst, dass Ihr Euch gegenseitig beeinflusst durch das, was Ihr sagt und wie Ihr es sagt.

Über Vorstellungen, Worte, Gefühle und Gedanken zu sprechen, ist der Kern der Kommunikation. Beginne damit, darüber zu sprechen, wie es sich anfühlt, ein Kümmerer zu sein.

Was sollte ich dem Patienten/den Angehörigen mitteilen?

Die Art und Weise, wie Du mit anderen über die Erkrankung sprichst, hängt von so vielen Dingen ab. Dein eigenes Wohlbefinden ist ein wichtiger Faktor, ebenso wie Deine Beziehung zum Patienten.

Was Familienmitglieder und Freunde von Dir erwarten, beeinflusst, worüber Du mit dem Patienten sprichst.

Als Kümmerer hast Du vielleicht das Gefühl, dem Patienten nicht sagen zu können, wie es Dir geht, worüber Du Dir Sorgen machst, wie sehr Du es vermisst, andere Dinge zu tun und wovor Du Angst hast. Jeder Kümmerer muss Entscheidungen treffen, was er dem Patienten oder anderen mitteilen soll. Manchmal ist es hilfreich, das mit einer anderen Person als dem Patienten zu besprechen. Es ist wichtig, seine Gefühle, Sorgen und Bedenken mitzuteilen und gehört zu werden – egal, ob mit jemandem zu Hause oder außerhalb des Hauses.

Martins Frau, Tina, war 38 Jahre alt, als Alpha-1 bei ihr diagnostiziert wurde. Sie genoss gerade ihre Position im fünften Jahr als Direktorin einer Grundschule. Martin sagt: „Sie wollte nicht, dass andere von ihrer Erkrankung erfahren – vor allem die Kollegen und Schüler.“ Es war schwer für mich, Gründe zu finden, wenn sie sich wegen einer akuten Verschlechterung nicht wohl fühlte oder krankgeschrieben wurde.“

Margret kümmert sich um ihren Mann Thomas, der schon viele Jahre an Alpha-1 erkrankt ist und vor einiger Zeit eine Lungentransplantation bekommen hat. Sie versucht, sich um alle seine Medikamente, Termine und Anweisungen für die Pflege zu kümmern. Sie sagt zu ihrer Freundin Elly: „Ich habe das Gefühl, ich verliere den Verstand. Ich habe Toms Labortermine vergessen und ich glaube, ich habe vergessen, ihm seine Medikamente zu geben. Mein Gehirn ist überlastet. Gestern hätte ich fast vergessen, meinen Enkel vom Kindergarten abzuholen.“

Sprich über...

...Deinen Körper

Sich um einen Patienten zu kümmern, fordert einen Tribut von Deinem Körper. Ein Kümmerer kann Probleme damit haben, Schlaf zu finden und gut zu essen. Viele Kümmerer ignorieren ihre eigenen Schmerzen und Beschwerden, die aber ebenfalls Aufmerksamkeit benötigen.

...Deine Gedanken

Sich dauerhaft um Patienten zu kümmern, ist schwierig und kann überwältigend sein. Du hast vielleicht das Gefühl, dass es schwer ist, mit all den medizinischen Informationen und Entscheidungen umzugehen. Es kann für Dich schwieriger sein, Dich zu konzentrieren, Entscheidungen zu treffen und Dich verlässlich um den Patienten zu kümmern.

...Deine Zeit

Wenn sich die Dinge für den Patienten ändern, ändern sie sich für Dich, den Kümmerer. Menschen, die Du früher regelmäßig treffen konntest, oder Aktivitäten, die Du einst gerne unternommen hast, sind nicht mehr möglich aufgrund Deiner Verantwortlichkeiten als Kümmerer.

...Deine Gefühle

Du wirst Zeiten des Friedens, des Zweifels, der Hoffnung, der Angst und mehr erleben. Der Patient könnte Dir beim Umgang mit diesen Gefühlen helfen. Aber möglicherweise denkst Du, dass Du den Patienten nicht beunruhigen willst.

Was sage ich anderen Menschen – und was nicht?

Als Kümmerer hast Du immer wieder Neuigkeiten über die Alpha-1-Erkrankung des Patienten zu berichten. Die Beziehung, die zu dem Patienten hast, wird Dir helfen zu entscheiden, welche Informationen Du für Dich behältst und welche Informationen Du mit anderen teilst. Die Weitergabe von Nachrichten hängt davon ab, wer nach Informationen fragt und von den Vor- und Nachteilen, die sich aus der Weitergabe ergeben.

Eine Meinungsverschiedenheit mit dem Patienten über die Weitergabe von Informationen kann zusätzlichen Stress für Dich bedeuten.

Gründe, warum Du anderen Menschen nichts sagen möchtest

- Sie könnten die Informationen missbrauchen.
- Du hast das Gefühl, dass Du keine Unterstützung brauchst.
- Du willst nicht, dass sie sich einmischen.
- Du willst ihr Leben nicht stören.
- Du willst ihnen keinen Stress verursachen.

Eine 64-jährige Frau, die sich um ihren lungenkranken Mann kümmert, erklärt: „Als mein Mann und ich erfahren haben, dass eine Lungentransplantation notwendig ist, wollter er es seinem nicht Bruder sagen. Der hatte gerade seinen Job verloren, sein jüngster Sohn war ziemlich krank und er lebt mehrere Hundert Kilometer entfernt. Ich sagte ihm: „Was soll ich sagen, wenn er fragt, wie es dir geht?“

Hinweise: Die vorgestellten Elemente des Kommunikationsleitfadens für Alpha-1-Kümmerner wurden aus dem Amerikanischen übertragen, von **Monika Tempel** für Alpha-1-Betroffene angepasst und erweitert und von Alpha1 Deutschland e.V. – www.alpha1-deutschland.org – veröffentlicht.



Die vorgestellten Kommunikationshilfe können gleichermaßen auch auf Kümmerner anderer chronischer Lungenerkrankungen, wie z.B. **COPD, Lungenemphysem, Lungenfibrose** etc., übertragen werden.

Für den Kommunikationsleitfaden wurde bewusst die persönliche Du-Form als Anrede gewählt.

Im Leitfaden gelten die Bezeichnungen für die Alpha-1-Betroffenen (Patient, Kümmerner, Angehörige) und die Alpha-1-Behandler (medizinische und psychosoziale Fachkräfte, spirituelle Begleiter) für alle Geschlechter.

rauf auswirken, worüber Ihr sprecht und wie Ihr mit Meinungsverschiedenheiten umgeht. Sich darauf zu einigen, unterschiedlicher Meinung zu sein, kann Eure Beziehung stärker machen. Aber es kann auch sehr anstrengend sein, und Du musst vielleicht jemanden finden, der Deine Sorgen und Frustrationen teilt.

Während des Krankheitsverlaufs werden Du und der Patient, sofern er dazu in der Lage ist, mit vielen Entscheidungen konfrontiert. Die Behandlung von Alpha-1 sollte Entscheidungen beinhalten, die das bestmögliche Leben für den Patienten gewährleisten.

Hoffnung schöpfen aus den Entscheidungen, die Du und der Patient fällen

- Wie man lebt
- Mit wem man Zeit verbringt
- Welche Aktivitäten/Arbeiten man ausüben möchte
- Dinge, die man erleben möchte

Was ist, wenn sich Patient und Kümmerner sich nicht einig sind?

Wahrscheinlich gibt es Unterschiede in dem, was Du und der Patient denken und wollen. Meinungsverschiedenheiten sind in Ordnung. Wichtig ist, dass Du lernst, wie Du kommunizieren kannst, wenn Ihr unterschiedlicher Meinung seid.

Meinungsverschiedenheiten sind normal. Der Patient und Du haben gemeinsame Erfahrungen, die sich da-

Hinweis: Der Kümmerner-Leitfaden basiert auf dem Konzept des COMFORT Communication Project von Joy V. Goldsmith, PhD und Elaine Wittenberg, PhD. Das COMFORT Communication Project ist ein US-amerikanisches Programm, das die Kommunikation im Gesundheitswesen verbessern soll. Die Entwicklung dieser Ressourcen wurde zum Teil durch Zuschüsse des National Cancer Institute und der Archstone Foundation finanziert. Die Materialien sind urheberrechtlich geschützt.

Das Konzept wurde an die Bedürfnisse von Alpha-1-Betroffenen angepasst. Mehr über das COMFORT Communication Project und weitere Ressourcen auf der Website www.CommunicateComfort.com.

Lesen Sie weiter...

Folgende weitere Rubriken und Kapitel finden Sie im Leitfaden:

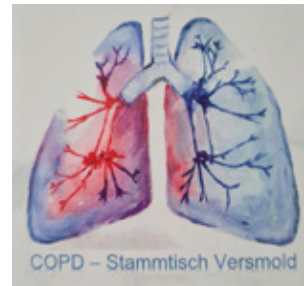
- **Kommunikation mit Angehörigen**
 - Wer sind Angehörige?
 - Warum ist es schwierig, über Alpha-1-Antitrypsin-Mangel zu sprechen?
 - Wie können Angehörige mir als Kümmerner helfen?
- **Kommunikation mit Angehörigen, die weit weg sind**
 - Wie ist es, ein Angehöriger zu sein, der weit weg ist?
 - Wie sieht die Alpha-1-Reise aus?
- **Kommunikation mit Behandlern**
 - Was benötigen Behandler von mir?
 - Was kann ich einen Behandler fragen?
 - Was ist, wenn ich nicht tun kann, was verlangt wird?



Den Kommunikationsleitfaden können Sie auf www.alpha1-deutschland.org downloaden.

Ein ergänzendes Video finden Sie auf www.youtube.com unter Eingabe der Suchbegriffe "Alpha1 Tempel Kümmerner".

COPD-Stammtisch Versmold Selbst aktiv werden...



Chronisch krank zu sein bedeutet, dass kaum jemand verstehen kann, wie viel Kraft es kostet, wenn der eigene Körper mal wieder zum größten Feind wird.

Als ich vor über zehn Jahren die Diagnose COPD mit Emphysem erhielt, nahm ich das erstmal hin. Ich „kannte“ diese Krankheit bereits durch meinen Vater. Natürlich hätte ich auf diese Diagnose kommen können, als mir das Treppensteigen schwerer fiel und meine Leistungsfähigkeit nachließ, ich bei jeder Anstrengung außer Atem geriet. Aber wie viele COPDler ignorieren auch ich einfach die Warnzeichen, schob sie auf das Alter oder ging halt den Anstrengungen und somit der daraus resultierenden Atemnot aus dem Weg. Anstatt der Treppe nahm ich halt den Aufzug, Fahrradfahren nur in ebenen Gegenden oder ich ließ die Tätigkeiten einfach sein.

Die Diagnose bei mir selbst anzunehmen, mich aus der Schockstarre herauszumanövrieren, dauerte eine Weile. Dann las ich den Satz von Jens Lingemann: „Das Leben endet nicht mit der Diagnose COPD, es beginnt neu, nur auf eine andere Art und Weise.“

Das hat mich wachgerüttelt und ich begann mich mit der COPD auseinanderzusetzen, nahm sie langsam an, las Fachliteratur und lernte. Ich begann mit Lungensport, tauschte mich mit den dortigen Teilnehmer*innen aus und suchte im Internet nach Gleichgesinnten in einer Selbsthilfegruppe. Schnell kam die Ernüchterung

- es gab keine Gruppe in meiner näheren Umgebung, die nächste Gruppe war 30 km entfernt in einem anderen Kreisgebiet. Das konnte doch nicht wahr sein. Was wäre, wenn ich das selbst in die Hand nehmen würde? Von meiner Ausbildung her und durch eine Zusatzqualifikation als Sozialmanagerin war ich es gewöhnt, vor Gruppen zu sprechen, zu moderieren und auch das Organisieren und Motivieren gehören zu meinen Stärken. Dennoch hatte ich jede Menge Respekt vor dem, was mich erwarten würde.

Nur, wer nicht wagt, der nicht gewinnt. Aufgeben kann man bekanntermaßen bei der Post...

Gesagt, getan und so fand das erste Treffen der neuen Selbsthilfegruppe im Oktober 2018 statt. Ich war unglaublich nervös, doch die große Resonanz und der positive Zuspruch der Interessierten zeigten mir, dass mein Weg richtig war. Die 20 Teilnehmer*innen sind größtenteils noch heute dabei.

Den Namen COPD-Stammtisch haben wir mit Bedacht gewählt, denn auch wenn wir chronisch krank sind, so wollen wir damit dem Vorurteil entgegentreten, dass in Selbsthilfegruppen die „ewig Jammernenden“ vereint sind. Zudem fällt es nicht nur männlichen Betroffenen leichter, einen Stammtisch aufzusuchen, als eine Selbsthilfegruppe.

Wir haben eine großartige Willkommenskultur entwickelt, freuen uns über Jede/Jeden, der zu uns kommt.

Wir sind die Experten*innen für unsere Erkrankung, die uns oft alles abverlangt. Wir unterstützen und motivieren uns gegenseitig, dürfen auch jammern, wenn es nötig ist. Grundsätzlich aber sind wir eine sehr positive Gruppe, die neben all den Schwierigkeiten, die diese Krankheit mit sich bringt, den Lebensmut und die Lebensfreude nicht verloren haben. Wir müssen uns hier nicht rechtfertigen, wenn wir nach Luft schnappen oder werden nicht schief angeschaut, wenn wir mit dem Sauerstoffgerät den Raum betreten. Unter Gleichgesinnten wird man verstanden und





allein diese Tatsache nimmt schon eine große Last von den Schultern.

Die Ideen für unsere Themenvorträge entstehen in der Gruppe, wie z.B. zur Ernährungsberatung, Atemtherapie, aber ebenso Informationsveranstaltungen zum Thema Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Schwerbehinderung. Eine ganz besondere Erfahrung war unser Kurs Atem Qi Gong, den wir mittlerweile dauerhaft ein- bis zweimal im Jahr etabliert haben.

Mir persönlich ist es unglaublich wichtig, aufmerksam zu machen auf die noch immer zu wenig bekannte Volkskrankheit, die Menschen wachzurütteln. Ich würde mir wünschen, dass sich mehr Betroffene in diesem Bereich engagieren und organisieren, denn wie wichtig eine solche Selbsthilfegruppe ist, zeigen unsere Treffen jedes Mal.

Seit über vier Jahren sind wir mit unserem COPD-Stammtisch im Haus der Familie (Kooperation der Stadt Versmold und des AWO-Ortsvereins) vertreten, aber unseren fünften Geburtstag am 19. Oktober 2023 haben wir gebührend mit den Gästen vom Kreis Gütersloh, der Stadt Versmold und der AWO in der ältesten Kneipe von Versmold gefeiert, dort wo alles im Oktober 2018 alles begonnen hat.



Anke Sommerkamp
- Organisatorin -
COPD-Stammtisch Versmold
Telefon 0176 - 995 911 82
copd-stammtisch@freenet.de

THERE IS NO CARE LIKE OXYCARE

Beatmung mit COPD-Modus

(Ähnlich der sog. Lippenbremse)

● **prisma VENT 30/40/50/50-C/ LUISA** von Löwenstein Medical

● **OXYvent Cube 30 ATV**
- Target Volumen
- Target Minuten Volumen
und Triggersperrzeit einstellbar

Made in Germany
Angebotspreis*
3.450,00 €

● **Stellar 150/Astral 150**
mit Modus iVAPS von ResMed

● Weitere Informationen über Geräte und NIV Beatmung bei COPD auf unserer Website www.oxycore-gmbh.de: Therapie/Beatmung

Sauerstoffversorgung

- Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

Aktion EverFlo inkl. GRATIS
Fingerpulsoxymeter OXY310
595,00 € *

● **SimplyGo**, mit 2 l/min Dauerflow

● **SimplyGo Mini**, ab 2,3 kg

● **Inogen Rove 6**, ab 2,20 kg

● **Platinum Mobile POCI** **Inogen Rove 6**
ab 1.898,00 € *

● **FreeStyle comfort**, ab 2,3 kg

● **Eclipse 5**, mit 3 l/min Dauerflow

Schlafapnoe

● **Löwenstein prismaLine**

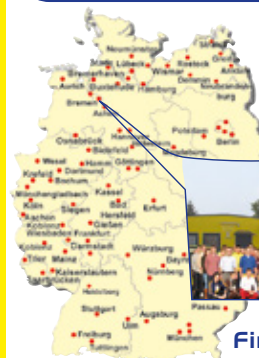
● **Löwenstein prisma SMART max**
inkl. CPAP-Nasalmaske CARA

Mit modernem Datenmanagement
per prisma APP oder prisma CLOUD

● **ResMed AirSense II AutoSet** **715,50 €**

● **Masken in großer Auswahl**

● **CPAP Masken-Schlafkissen**
Mit 6 Schlafzonen, kann Leckagen verhindern **28,95 €**



Bundesweiter Service:

- Schnelle Patientenversorgung
 - 24h technischer Notdienst
- im Shop zubuchbar

Fingerpulsoxymeter OXY 310 29,95 €

*solange Vorrat reicht

OXYCARE GmbH Medical Group

Fon 0421-48 996-6 · Fax 0421-48 996-99

E-Mail ocinf@oxycore.eu · Shop: www.oxycore.eu

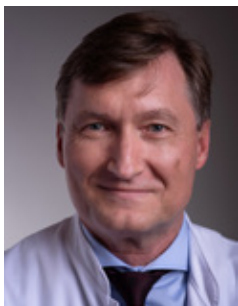
Sie selbst können mehr tun, als Sie glauben

Weg von der reinen Reaktion, hin zur mehr Prävention

COPD ist die dritthäufigste Todesursache weltweit. Schätzungen zufolge sind aktuell 6,8 Millionen Menschen in Deutschland betroffen. Analysen zufolge sollen es im Jahr 2030 7,9 Millionen Betroffene sein – formuliert der aktuelle GOLD-Report 2024. Dramatische Zahlen.

Unter dem Begriff COPD (chronical obstructive pulmonary disease = chronisch verengende Erkrankung der Lunge) werden die beiden Erkrankungen chronisch obstruktive Lungenerkrankung (verengende Bronchitis) und Lungenemphysem (Lungenüberblähung) zusammengefasst.

Nach wie vor wird COPD meist erst dann diagnostiziert, wenn sich die Erkrankung in einem deutlich fortgeschrittenen Stadium befindet und bereits viel Lungengewebe unwiederbringlich zerstört ist. Das Ziel muss sein, COPD so früh wie möglich zu erkennen, um den weiteren Verlauf günstig zu beeinflussen, möglicherweise sogar deutlich zu verlangsamen.



Im Gespräch mit **Professor Dr. Claus F. Vogelmeier**, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Komitees der GOLD-Initiative, und Mitglied der COPD-Leitlinienkommission, Vorsitzender der Deutschen Lungenstiftung e.V. und Direktor der Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt

Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin des UKGM, Standort Marburg, erfahren wir mehr über Hintergründe und Optionen für Veränderungen.

„Neben einer frühzeitigen Diagnose der COPD ist es erforderlich, den Gesundheitszustand der Patienten regelmäßig zu kontrollieren, um Begleiterkrankungen sowie akute Verschlechterungen zu erfassen und durch Eskalation der Therapie die Gesamtprognose zu verbessern“, lautet aufgrund der hohen Erkrankungszahlen eine Empfehlung des GOLD-Reports.

Welche Optionen sehen Sie hinsichtlich einer verbesserten Früherkennung der COPD?

Ich sehe nur zwei Wege für eine frühere Erkennung von COPD, die es parallel und vor allem in der erforderlichen Breite voranzutreiben gilt:

Menschen mit einem potenziell hohen Risiko für eine COPD müssen sensibilisiert und dazu befähigt werden, ihr persönliches Risiko selbst zu erkennen, diesen Verdacht eigenständig bei einem Arztbesuch zu äußern, um eine eventuelle Erkrankung diagnostisch abklären zu lassen.

Der Zugang zu den eigentlichen Spezialisten der Lunge, den Lungenfachärzten, ist allerdings in Abhängigkeit von der Region, in der man lebt, teilweise sehr schwierig, verbunden mit langen Wartezeiten. Wir haben in Deutschland zu wenige Fachärzte. Der zweite Weg ist



daher verbunden mit den Hausärzten, der ersten wichtigen Anlaufstelle für Risikopatienten.

Die Achtsamkeit, die Aufmerksamkeit und das Wissen, um die Erkrankung COPD muss bei Hausärzten und Allgemeinmediziner deutlich erhöht werden.

Welche Gruppe von potenziellen Patienten möchten Sie besonders sensibilisieren?

Vielen Rauchern ist inzwischen grundsätzlich bewusst, dass ihr Risiko für eine COPD und ebenso auch für mögliche weitere Erkrankungen erhöht ist.

Raucher mit zehn Packungsjahren und mehr sollten besonders sensibilisiert sein. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass diese Anzahl von Jahren mit einer entsprechend hohen Anzahl von Zigaretten ausreichend ist, um an COPD zu erkranken.

Allerdings weisen ungefähr 20 % der COPD-Patienten keine relevante Raucheranamnese auf, dokumentiert die Kohortenstudie (Beobachtungsstudie) COSYCONET. Die Aufmerksamkeit also nur auf das Rauchen zu fokussieren, zielt zu kurz, auch wenn es sich bei dieser Risikogruppe um die große Mehrheit handelt. Beruflich bedingte Schadstoffe können für ein erhöhtes Risiko ebenso eine Rolle spielen, wie frühkindliche Ereignisse, eine Vielzahl von Infekten in der Kindheit, Passivrauchen oder genetische Risikofaktoren (siehe Kasten).

Fünf verschiedene Ursachen sind mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer COPD verbunden:

Typ 1 genetische Risikofaktoren, wie z.B. ein Alpha-1-Antitrypsin-Mangel

Typ 2 Risikofaktoren aufgrund von frühkindlichen Ereignissen, wie z.B. eine Frühgeburt

Typ 3 erhöhtes Risiko aufgrund von durchgemachten Infektionen

Typ 4 Risikofaktor Rauchen (auch Passivrauchen)

Typ 5 Umweltfaktoren, wie z.B. Luftverschmutzung

Hinweis: Es können auch mehrere Risikofaktoren gleichzeitig vorliegen.

Wäre aufgrund von vorhandenen Risikofaktoren – wie z.B. vielen Infekten in der Kindheit – eine Art Basisstatus der eigenen Lungenfunktion sinnvoll?

Im Prinzip greift bei dieser Thematik das 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz. Bisher ist es uns allerdings noch nicht gelungen, die Lungenfunktionsmessung Spirometrie im sogenannten „Check 35“ zu verankern. Check 35 ist ein im Präventionsgesetz integriertes Programm mit verschiedenen Vorsorgeuntersuchungen. Jeder gesetzlich Versicherte kann ab dem 35. Lebensjahr bei seinem Hausarzt an diesem Programm in Intervallen von drei Jahre kostenfrei teilnehmen.



Ein Optimum wäre zweifellos, wenn bei jedem Menschen mit Abschluss seiner Lungenreifung, d.h. ungefähr mit dem 20. Lebensjahr, eine Lungenfunktionsprüfung als Statusuntersuchung durchgeführt werden könnte. Angesichts der vorhandenen Infrastruktur in Deutschland ein unrealistischer Wunsch.

Dennoch, in England und den USA werden aktuell vor diesem Hintergrund Konzepte entwickelt, in denen zunächst unter Einsatz von Fragebögen die Wahrscheinlichkeit für ein bestehendes COPD-Risiko ermittelt wird, um anschließend bei den potenziellen Risikopatienten eine Lungendiagnostik vorzunehmen. Es bleibt abzuwarten, was die Ergebnisse dieser groß angelegten Untersuchungen ergeben.

Wurde das Vorliegen einer COPD diagnostiziert, wie häufig sollten Patienten dann Kontrolltermine wahrnehmen? Was konkret bedeutet die Formulierung „regelmäßig“?

Bei Patienten mit einer relativ leichten Erkrankung, bei denen die Therapie begonnen hat, ein Rauchstopp eingeleitet ist, körperliche Aktivität regelmäßig durchgeführt wird und ein stabiler Verlauf vorliegt, sollte zunächst einmal jährlich eine Kontrolluntersuchung beim Lungenfacharzt erfolgen. Die fachärztliche Untersuchung ermöglicht eine Beurteilung, ob die Lungenfunktion auch im weiteren Verlauf stabil bleibt oder ob der Patient zu den sogenannten „fast declinern“ zählt, also den Patienten, die rasch an Lungenfunktion verlieren.

Eine jährliche Kontrolle, vor allem in den ersten Jahren nach Diagnosestellung, ermöglicht eine Verlaufseinschätzung und somit Feststellung der Krankheitsdynamik. Schreitet der Verlust der Lungenfunktion rasch voran, kann eine Anpassung der therapeutischen Optionen vorgenommen werden.

Speziell bei der Patientengruppe mit einer milden, früh diagnostizierten Erkrankung und erfolgtem Rauchstopp sehen wir in den kurzen, aber ebenso mittelfristigen Verlaufszeiträumen häufig kaum Verschlechterungen der Lungenfunktion.

Bei Patienten, die sich bei Diagnosestellung bereits in einem höheren Alter befinden, werden körperliche Einschränkungen oftmals mit dem fortgeschrittenen Alter in Verbindung gebracht, was zu unterschiedlicher – teils geringerer, teil ausgeprägter - subjektiver Wahrnehmung der Symptomatik führen kann und nicht immer im Einklang mit der objektiven Lungenfunktion steht. Die subjektive Wahrnehmung und die objektive Lungenfunktionsmessung sollten daher beide unbedingt lungenfachärztlich erfasst werden.

Regelmäßige jährliche Kontrollen beim Lungenfacharzt haben somit bei beiden Patientengruppen eine deutliche Relevanz, insbesondere zu Beginn der Behandlung. Verschlechtert sich die Situation des Patienten in den kommenden zwei bis drei Jahren nach Diagnosestellung nicht wesentlich und wird ein Rauchstopp konsequent eingehalten, können die Kontrollintervalle durchaus auf zwei Jahre ausgeweitet werden.

In den GOLD-Empfehlungen wird auch die Senkung der Exazerbationshäufigkeit fokussiert.

Eine Schwierigkeit für Patienten besteht jedoch darin, akute Verschlechterungen überhaupt zu erkennen bzw. moderate Veränderungen als Verschlechterung einzuordnen. Was sollten Patienten wissen und beachten?

Das Problem ist, dass wir bisher in Bezug auf die akute Verschlechterung keine wirklich eindeutige Definition haben, vielmehr handelt es sich eher um eine Beschreibung.

Definition: Eine Exazerbation bei COPD ist eine akute, über mindestens zwei Tage anhaltende Verschlechterung der respiratorischen Symptome (Auswurf, Husten, Atemnot) mit der Notwendigkeit einer Intensivierung der Therapie.

Gemäß der derzeitigen Definition orientiert man sich bei einer akuten Verschlechterung an den tatsächlichen Handlungen des Arztes und/oder Patienten. Allerdings spiegeln die Handlungen nicht zwangsläufig den vorliegenden Schweregrad der Verschlechterung wider, zumal eine vorliegende Symptomatik von ganz verschiedenen Gegebenheiten abhängig sein kann.



Die Empfehlungen gehen daher mehr und mehr dazu über, einfache Messwerte zur Erkennung einer Exazerbation zu nutzen, die überall und jederzeit vom Patienten selbst erfasst werden können.

Bekommt ein Patient schlechter Luft, sollte er seine Herzfrequenz (Puls), seine Atemfrequenz und auch seinen Sauerstoffsättigungswert messen. Puls und auch Sauerstoffsättigung lassen sich ganz leicht über ein Pulsoximeter selbst messen und auch die Atemfrequenz lässt sich leicht ermitteln, ggf. mit Hilfe eines Angehörigen (siehe Kasten).



Wie kann man die Atemfrequenz messen?

In der Praxis wird die Atemfrequenz ermittelt, indem über einen Zeitraum von 10 Sekunden gezählt wird, wie oft man atmet: einmal einatmen + einmal ausatmen ergibt einen kompletten Atemzug. Zur „Umrechnung“ auf den Zeitraum von einer Minute, wird die ermittelte Zahl mit 6 multipliziert.

Quelle: Dr. phil. Oliver Göhl, www.trainingbeicopd.de

Um einen Vergleichswert als Basis verfügbar zu haben, sollten alle drei Parameter in einer stabilen Krankheitsphase mehrfach gemessen und die Werte notiert werden.

Eine Orientierung an diesen persönlichen, individuellen Basiswerten und nicht an den offiziell definierten Refe-

renzwerten ist insofern bedeutsam, da Referenzwerte im Einzelfall unzutreffend sein können. Einige Medikamente verlangsamen z.B. den Puls, sodass die Referenzwerte bei diesen Patienten ihre Gültigkeit verlieren.

Weichen die gemessenen Werte deutlich von den persönlichen Basiswerten ab, halten diese zudem länger als 24 Stunden an und gehen über das übliche Maß an Tagesschwankungen hinaus, sollte Kontakt mit dem behandelnden Arzt aufgenommen werden. Auch der Einsatz von Bedarfsmedikationen sollte mit dem Arzt besprochen werden.

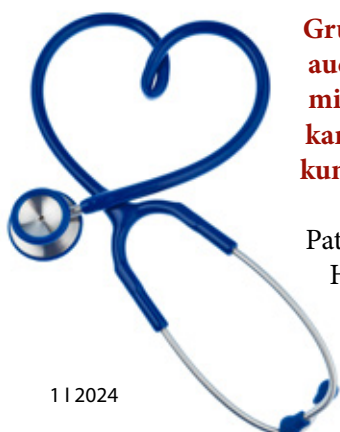
Welche Rolle nehmen kardiovaskuläre Ereignisse bei einer COPD ein – insbesondere auch in Verbindung mit einer akuten Verschlechterung?

Inzwischen liegt eine Unzahl an Daten wissenschaftlicher Studien aus den verschiedensten Ländern vor, die klar dokumentieren, dass kardiovaskuläre (das Herz und das Gefäßsystem betreffende) Ereignisse eine sehr bedeutsame Rolle bei COPD einnehmen.

Anlässlich des Internationalen ERS-Kongresses Ende 2023 konnte ich eine Studie mit knapp 300.000 Patienten vorstellen, die zeigte, dass im Nachgang einer akuten Verschlechterung eine Art Zeitfenster für mögliche nachfolgende schwere vaskuläre (die Blutgefäße betreffende) Ereignisse vorhanden ist.

Insbesondere, wenn Patienten wegen einer Exazerbation im Krankenhaus behandelt wurden, erstreckt sich das Zeitfenster über eine lange Etappe von bis zu einem Jahr. Das Risiko zusätzlich ein kardiovaskuläres Ereignis zu erleiden, ist also sehr groß.

Bei einer Exazerbation mit einem Krankenhausaufenthalt sollten Patienten unbedingt vier Wochen nach diesem Ereignis erneut zur Kontrolle ihren Haus- oder Lungenfacharzt aufsuchen. Durch eine Kontrolluntersuchung kann ggf. das Risiko von kardiovaskulären Ereignissen frühzeitig erfasst und verhindert werden.



Grundsätzlich gut zu wissen ist auch, dass eine COPD immer mit einem hohen Risiko für kardiovaskuläre Begleiterkrankungen einhergeht.

Patienten sollten daher z.B. im Hinblick auf die Kontrolle ihres Blutdrucks sensibilisiert sein.

Liegt bereits die Diagnose einer Hypertonie (Bluthochdruck) vor, sollte auch eigenständig der Blutdruck kontrolliert werden.

Auch ein außer Kontrolle geratener Blutdruck kann ein Indikator für eine akute Verschlechterung bzw. ein kardiovaskuläres Ereignis sein. Dies gilt sowohl für anhaltend deutlich zu hohe als auch deutlich zu niedrige Blutdruckwerte.



Was ist eine Erhaltungstherapie und welche Bedeutung kommt dieser zu?

Mit Erhaltungstherapie ist eine Dauermedikation im Sinne einer Inhalationstherapie gemeint. Ergänzend zur Dauertherapie wird eine bedarfsorientierte, sogenannte Notfalltherapie verordnet, die der Patient anwendet, wenn es ihm akut schlechter geht oder wenn er zu erwartende Atemnotsituationen, z.B. bei erhöhter körperlicher Aktivität, vermeiden möchte.

Eine Erhaltungstherapie gilt es auch dann regelmäßig einzunehmen, wenn es dem Patienten gut geht. Eine Vielzahl von Studien belegt, dass Patienten, die ihre Therapie konsequent einhalten, weniger Exazerbationen aufweisen, eine bessere Lebensqualität haben und weniger Symptome zeigen.

Es gilt zu verstehen, dass die Erhaltungstherapie auch als präventive Maßnahme zu betrachten ist, um letztendlich Ereignisse wie eine akute Verschlechterung möglichst zu verhindern.

In der Kardiologie ist das Prinzip der präventiven Therapie schon lange fest etabliert, der Einsatz von blutdrucksenkenden Mitteln zur Verhinderung eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls eine Selbstverständlichkeit. Je früher ein Bluthochdruck behandelt wird, umso besser lassen sich Schäden für das Herz-Kreislauf-System vermeiden, das ist wissenschaftlich erwiesen.

Auch in der Pneumologie gilt es, diese Sichtweise zu berücksichtigen und weg zu kommen von der vielfach reinen Reaktion, hin zu mehr Prävention und Vermeidung von Ereignissen.

Optimistisch

...und immer im Dialog

Bereits 2016 hat Marion Wilkens, 1. Vorsitzende des Alpha1 Deutschland e.V., persönliche Einblicke in ihr Leben mit einem Lungenemphysem aufgrund eines Alpha-1-Antitrypsin-Mangels gewährt (nachzulesen in der Ausgabe 1/2016 auf www.Patienten-Bibliothek.de).

„Mit Unterstützung meines Mannes gelang mir ein bewusst rationales Umgehen mit der Situation einer seltenen und damals weitgehend unbekanntem Erkrankung. Dadurch konnten wir die emotionale Belastung, auch in den zunächst noch ungewissen Zeiten, in Grenzen halten.“



Roland Wilkens (64) orientiert sich als Naturwissenschaftler an Fakten, möchte Gegebenheiten besser verstehen und neigt nicht zu Spekulationen. Gepaart mit seiner optimistischen Grundeinstellung, bedeutet dies eine gute Ausgangssituation auch in schwierigen Situationen.

Wir waren zunächst sehr erschrocken, als meine Frau die Diagnose Alpha1 erhielt. Unsere beiden Kinder waren noch klein. Die erste Reaktion: Wird sie überhaupt erleben, wie die Kinder groß werden? Unmittelbar haben wir angefangen, Informationen zu sammeln, versucht, so weit wie möglich, Klarheit zu schaffen. Das rationale Denken hat geholfen, nicht den Kopf zu verlieren und alles schwarz zu sehen.

Bereits im Alter von 20 Jahren hatte meine Frau die Diagnose Asthma erhalten. Was ein Asthmaanfall, eine Atemnotsituation bedeutet, hatte ich miterlebt.

Durch die intensive Beschäftigung mit der Erkrankung aufgrund der Vereinsaktivitäten bei Alpha1 Deutschland wissen wir, was auf uns zukommt. Der weitere Verlauf der Erkrankung ist weitestgehend klar. Unbekannt ist, wann sich die Erkrankungssituation verschlechtert.

Doch wir nehmen es, wie es kommt. Wenn irgendwann etwas nicht mehr geht, werden wir Lösungen finden. Diese Vorgehensweise, die von Pragmatismus geprägt ist, ist nicht nur für uns hilfreich bei dieser Er-



Dialog ist ein Gespräch mit dem Ziel, Verständnis zu verbessern

krankung, sondern ist es grundsätzlich für jeden, der Einschränkungen verspürt.

Nicht betrauern, was nicht mehr geht, sondern vielmehr die Konzentration auf das legen, was geht.

Wir wandern beispielsweise sehr gerne, vor allem Weinwanderungen mögen wir. Es ist nicht immer klar, ob meine Frau die Strecke schafft, was auch von den mit der Erkrankung einhergehenden Tagesschwankungen abhängt. Ich kümmere mich gerne um die Planung, suche nach Wanderungen mit wenig Höhenunterschieden, schaue mir die Karten an, überlege einen Plan B. Bei Steigungen gehe ich auch voran, jeder wählt seine Schrittlänge – anpassen, einstellen, Pausen – und wieder treffen. Man muss sich auch loslassen können und verstehen, dass es Limitierungen gibt, ohne zu bedauern, sondern akzeptieren, wie es ist.

Meines Erachtens tragen zu einer bestmöglichen Balance und einem gelingenden Miteinander in einer Partnerschaft das Pflegen von gemeinsamen Interessen, aber auch das Nachgehen von jeweils eigenen Interessen sowie ein stetiger gemeinsamer Dialog bei - und zwar unabhängig davon, ob eine chronische Erkrankung vorliegt oder nicht.

Wir pflegen das tägliche Gespräch miteinander, ganz bewusst, tauschen unsere Gedanken, Erlebnisse und Eindrücke aus. Wohl wissend, dass das Erleben von Ereignissen sich aus der Perspektive der Betroffenen von der der Angehörigen durchaus unterscheidet. Unser gelebter Optimismus hilft uns zudem, der Erkrankung die Schwere zu nehmen.

Eine andere Haltung

...gegenüber der Erkrankung

Lungenkrebs gehört zu den besonders gefürchteten Krebserkrankungen. Dies liegt an der meist schlechten Prognose für die Betroffenen und an der meist schwierigen Behandelbarkeit der Erkrankung. Doch in den vergangenen Jahren haben Weiterentwicklungen in Diagnostik und Therapie dazu beigetragen, dass sich diese Situation verbessert. Dennoch ist es nach wie vor so: je früher Lungenkrebs erkannt wird, desto besser ist er behandelbar.

Bis zum Jahr 2003 gab es keine speziellen Selbsthilfegruppen für Lungenkrebs Erkrankte. Vielmehr fanden sich Betroffene in den allgemeinen Krebsgruppen wieder, wo sie jedoch kaum auf ebenfalls an Lungenkrebs Erkrankte trafen. Doch gerade der Kontakt zu anderen Lungenkrebs Erkrankten ist wichtig, um tatsächlich eine Möglichkeit des Austausches zu haben, um Erfahrungen mitzuteilen und um zu sehen, wie andere mit ihrer Krankheit umgehen und mit ihr leben.



Im Gespräch mit **Christian Schmitt-Plank** (56), Vorsitzender des Bundesverbandes Selbsthilfe Lungenkrebs e.V. (BSL) erfahren wir mehr.

Wie hat Sie persönlich die Selbsthilfe geprägt?

Meine persönliche Geschichte mit der Selbsthilfe Lungenkrebs begann mit meiner eigenen Diagnose. Es war mehr oder weniger ein Zufallsbefund im Jahr 2007 im Alter von 39 Jahren. Bei einer längeren Erkältung im Frühjahr hustete ich auf einmal Blut, ein Symptom, das ich bis zu diesem Zeitpunkt überhaupt nicht kannte. Bei der Befragung des Internets, gelangte ich zu meiner Überraschung gleich in ein Medizinform, das über Lungenkrebs diskutierte. Sensibilisiert, vereinbarte ich einen Termin bei einem Lungenfacharzt, jedoch im festen Glauben, mir lediglich eine Bestätigung abzuholen, dass alles in Ordnung sei. Ich war absolut sicher, dass ich völlig gesund bin, denn Menschen mit Krebs sind schwerkrank und abgesehen von meinem Husten fühlte ich mich ja topfit.

Der Lungenfacharzt führte einen Lungenfunktionstest durch, erstellte Röntgenaufnahmen und vereinbarte



gleich für den nächsten Tag einen Termin in einer Klinik zur weiterführenden Diagnostik. Der Schock war gewaltig.

Bei meinem persönlichen Umgang in dieser Zeit nach der Diagnose haben mir vor allem die Gespräche mit anderen Betroffenen geholfen. Durch den Erfahrungsaustausch lernte ich, dass jeder Mensch die eigene Situation ganz unterschiedlich wahrnimmt und auch handhabt - was zum Teil mit den zugrunde liegenden verschiedenen Lebenssituationen zusammenhängt, aber ebenso mit der unterschiedlichen Persönlichkeit eines jeden Einzelnen.

Meine Art mit einer Schockstarre zu reagieren, hielt ich zunächst für den einzig denkbaren Weg. Umso mehr überraschte es mich zu sehen, dass andere Menschen ganz anders darauf reagieren - was mir wiederum sehr geholfen hat, einen besseren Weg für mich selbst zu finden.

Wenn ich schon selbst meine Erkrankungssituation, meine Prognose kaum beeinflussen konnte, so wollte ich wenigstens an meinem persönlichen Umgang damit arbeiten.

Von Beginn an ...ein Leben mit der Erkrankung

Nach der Diagnose Lungenkrebs werden Betroffene meist still. Es entstehen viele Fragen, z.B. wie die Krankheit bewältigt werden kann. In Selbsthilfegruppen unterstützen sich Betroffene und Angehörige gegenseitig, leisten einander Beistand, geben Kraft und Mut. Wir in den Selbsthilfegruppen können nicht alles wissen, aber z.B. an Fachstellen verweisen. Manchmal hilft es auch, einfach eine Hierarchiestufe weiter oben anzusetzen. Wir liefern das Seil, an dem man sich entlang hangeln kann.

Noch immer wird Krebs unmittelbar mit Tod gleichgesetzt. Dafür, dass nach der ersten Diagnose noch viele erfüllte und intensive Lebensjahre folgen können, bin ich selbst ein guter Beweis. Mit einem Zufallsbefund begann im Jahr

2001 mein persönlicher wie öffentlicher Kampf. Die Suche nach einem Leben mit der Erkrankung war mein Moto von Anbeginn.

Als ich im Oktober 2001 im Alter von 44 Jahren erkrankte, fand ich keine anderen Lungenkrebspatienten. Ich hatte keinerlei Information, nur Angst. Erst durch eine Anzeige im Internet traf ich auch weitere Betroffene. Zusammen gründeten wir eine Selbsthilfegruppe nur für Lungenkrebspatienten und ihre Angehörigen.



*Auszug Editorial zum Sonderheft
Lungenkrebs*

Mit Dank und in Erinnerung!

Barbara Baysal † 2023

Die Diagnose hatte mich wirklich sehr erschüttert, ich fühlte mich hilflos und ausgeliefert. Andere Betroffene hingegen reagierten völlig anders, engagierten sich sofort, setzten sich mit ihrer Erkrankung aktiv auseinander, hinterfragten Therapieentscheidungen, brachten sich ein und informierten sich.

So entwickelte auch ich langsam ein Gefühl dafür, dass man der Hilflosigkeit entgegenwirken kann, indem man zu einer Art Manager der eigenen Erkrankung wird.

Ich erinnere mich beispielsweise an einen Mitpatienten, einen älteren Herrn über 80, mit dem ich während der Chemotherapie das Zimmer teilte. Er konnte nicht mehr operiert werden, sein behandelnder Arzt hatte ihm mitgeteilt, dass die Chemotherapie seine Erkrankung nur noch einige Jahre in Schach halten könne. Aus seinem persönlichen Blickwinkel heraus nahm er die Prognose und ebenso die Therapie völlig entspannt und gelassen hin, er befand sich ja sowieso in einem höheren Alter, in dem die zu erwartende Lebensspanne bereits deutlich geringer ausfalle.

Mein eigener Blickwinkel begann sich zu verändern, durch Eigeninitiative verlor sich mein Ohnmachtsgefühl.

Ich lernte, dass ich beeinflussen kann, mit welcher inneren Haltung ich den Weg meiner Erkrankung gehe und auch, wie ich möchte, dass mich vielleicht meine Familie einmal in Erinnerung behalten wird.

Nach Abschluss meiner Behandlungen hatte ich das Bedürfnis, von meinen Erfahrungen und der Unterstützung, die ich erhalten hatte, etwas an andere zurückzugeben.

Und eine weitere Erfahrung motivierte mich, mich in der Selbsthilfe zu engagieren. Trotz der schweren Erkrankungssituation hatte ich eine deutlich intensivere Wahrnehmung für all die vielen schönen kleinen Momente des Lebens entwickelt. In einer hohen Intensität hat die Erkrankung auch mein Bewusstsein geschärft und mir gezeigt, wie wertvoll das Leben ist.

Obwohl ich mir während der akuten Erkrankungsphase immer und immer wieder gewünscht hatte, in mein altes Leben zurückkehren zu können, merkte ich, als dies tatsächlich wieder möglich war, wie schnell die intensivere Wahrnehmung durch den Alltagstrott wieder verloren ging. Um mir diese besondere Wahrnehmung zu erhalten, bleibe ich dran an der Selbsthilfe und an der Lungenkrebsthematik – eine ganz persönliche Motivation.

Welche Aufgaben, welche Ziele sind Ihnen im Hinblick auf die Aktivitäten des Bundesverbandes Selbsthilfe Lungenkrebs e.V. besonders wichtig?

Der Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs möchte ein Dachverband für lokale Selbsthilfegruppen sein, um diese bei ihren Aktivitäten und bei Gründungen zu unterstützen.

Darüber hinaus bieten wir auf Bundesebene eine Plattform für den Austausch von Betroffenen und Angehörigen an.

Wichtig ist uns auch, auf verschiedenen Ebenen eine Vernetzung mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen zu fördern. Wer immer sich für die Perspektive von Patienten interessiert, wird bei uns einen Ansprechpartner finden.

Auch auf europäischer Seite engagieren wir uns mit Lung Cancer Europe für eine Vernetzung mit anderen Organisationen, um von den Aktivitäten in anderen Ländern zu lernen.

Über die Einbeziehung unseres Bundesverbandes in die S3-Leitlinie zur Prävention, Diagnostik, Therapie und

Nachsorge des Lungenkrebses bezüglich der Einbindung der Perspektive von Patienten sind wir sehr stolz. Wir freuen uns, dass wir dort Gehör finden und sind bemüht, unseren Input zu liefern. Besonders beschäftigen uns dort Themen wie das Vorsorgeprogramm und die Früherkennung.

Kontakt

Bundesverband Selbsthilfe
Lungenkrebs e.V. (BSL)
Rotenkruger Weg 78
12305 Berlin



info@bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de
www.bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de
Telefon 0160 9067 1779 Christian Schmitt-Plank

Lungenkrebs

Mögliche Symptome

Lungenkrebs wird oft erst spät erkannt, denn in den frühen Erkrankungsstadien haben Patientinnen und Patienten nur selten Beschwerden. Ein weiterer Grund: Es gibt keine Symptome, die eindeutig für Lungenkrebs sprechen. Zwar gibt es Anzeichen, die bei Lungenkrebs vorkommen können, diese können aber auch durch andere Krankheiten wie Bronchitis oder Lungenentzündung verursacht werden.

Vor allem für Raucherinnen und Raucher gilt daher, Symptome ernst zu nehmen und diese mit einer Ärztin oder einem Arzt zu besprechen.

Zu möglichen Symptomen zählen:

- neu einsetzender und über Wochen anhaltender Husten oder sich verschlimmernder, chronischer Husten
- Kurzatmigkeit oder Atemnot
- Gewichtsverlust
- Länger anhaltende Schwäche und Müdigkeit
- Stärker werdender schleimiger Auswurf, gegebenenfalls auch mit Spuren von Blut
- Schmerzen in der Brust
- Fieberschübe



Quelle: Lungeninformationsdienst/Krebsinformationsdienst – www.lungeninformationsdienst.de, Abruf 07.03.2024

Hinweis: In der Sommerausgabe der „Atemwege und Lunge“ erfahren Sie im Gespräch mit Christian Schmitt-Planck mehr über das **Lungenkrebscreening** und das **Lungenkrebs-Barcamp**, einer jährlich stattfindenden Veranstaltung für Patientinnen, Patienten und Angehörige mit renommierten Ärztinnen und Ärzten.

COPD – Deutschland e.V.

Abschied

Jens Lingemann

Am 26.11.2023 hat mein Mann, nach sehr langer und sehr schwerer Krankheit, diese Welt verlassen.

Er durfte zu Hause sterben, in seiner gewohnten Umgebung und mit mir an seiner Seite, so wie er es sich gewünscht hatte, für den Tag, an dem ihn die Kraft gänzlich verlässt.

Als im Juni 2000 ein Lungenemphysem mit bereits fortgeschrittener COPD diagnostiziert wurde, hätte niemand damit gerechnet, dass er über 23 Jahre mit einer Erkrankung in diesem Stadium weiterleben würde.

Selbst mit einer ihm damals noch unbekanntem Diagnose konfrontiert, entschloss er sich nach einer Zeit der eigenen Besinnung und Akzeptanz, anderen Betroffenen eine Plattform zu bieten und gründete zuerst eine Mailingliste und etwas später die Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland, welche nicht nur Austausch und Informationen, sondern auch nach und nach bundesweite und regionale Treffen, sowie eine Vielzahl an Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland bot.

Als Gründungsmitglied und später langjähriger 1. Vorsitzender des COPD – Deutschland e.V. brachte er in Gemeinschaftsarbeit viele Patientenratgeber auf den Weg und rief aus eigenem Antrieb das Symposium Lunge ins Leben, eine Veranstaltung von Patienten für Patienten, welche einmal jährlich von 2007-2023 stattfand und in ihrem Ablauf und Umfang ihresgleichen sucht.

Jens Lingemann war der Motor und der Hauptorganisator des Symposiums Lunge. Sein Charisma hat diese Ver-



Jens Lingemann †
15.12.1960 –
26.11.2023

anstaltung und die gesamte Vereinsarbeit über viele Jahre geprägt, vorangetrieben und Großartiges erschaffen.

Trotz seiner eigenen, sehr schweren Erkrankung, die mit immer stärker werdenden Einschränkungen und einer (trotz dauerhaftem Sauerstoff und nicht-invasiver Beatmung) extremen Atemnot einherging, setzte er sich unermüdlich dafür ein, Aufklärungsarbeit zu leisten und anderen zur Seite zu stehen.

Für ihn war Selbstmitleid oder die Fragen nach dem „Warum“ und „Wieso“ nichts weiter als verschwendete Lebenszeit.

Als Verein und Patientenorganisation werden wir Jens Lingemann mit großer Dankbarkeit und Hochachtung für seine Arbeit, die er für COPD-Patientinnen und -Patienten in ganz Deutschland und über die Grenzen hinaus geleistet hat und die auch nach seinem Tod noch lange nachwirken wird, in anerkennender und respektvoller Erinnerung behalten.

In der Familie wird die Trauer ein Teil unseres Lebens bleiben.

Sie verändert sich, wir verändern uns mit ihr und wir sind dankbar für diese lange, gemeinsame Zeit, welche wir – entgegen allen ärztlichen Prognosen – miteinander verbringen durften und für seinen starken Willen, der auch uns geprägt und ermutigt hat, niemals aufzugeben.

Heike Lingemann

im Februar 2024

für die Familie
den COPD – Deutschland e.V.
die Patientenorganisation
Lungenemphysem-COPD



Überarbeitete Neuauflage

COPD und mögliche Begleiterkrankungen

Begleiterkrankungen werden auch als Komorbidität – aus dem Englischen comorbidities – bezeichnet. Liegen neben einer Grunderkrankung – in diesem Fall also der COPD – eine oder mehrere zusätzliche Erkrankungen vor, die diagnostisch als eigenständige Krankheit abgrenzbar sind, so werden sie als Begleiterkrankung bezeichnet.

Begleiterkrankungen können eine Folgeerkrankung der Grunderkrankung sein, müssen es aber nicht. Beispielsweise kann die Augenerkrankung „Grauer Star“ genauso eine Begleiterkrankung einer COPD sein, wie eine Herz-Kreislauf-Erkrankung, die möglicherweise auch eine Folgeerkrankung der COPD ist.

Die Definition macht klar, dass es ein breites Spektrum an Begleiterkrankungen geben kann, zumal von einer COPD häufig ältere Menschen betroffen sind. Ab einem gewissen Alter sind verschiedene chronische Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck, Diabetes auch bei nicht von COPD betroffenen Patienten häufiger zu beobachten. Schätzungen zufolge leidet jeder zweite Mensch, der älter als 65 Jahre ist, an mindestens drei chronischen Erkrankungen.

Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung, Abruf 1-2024

Nicht immer einfach ist die Einordnung zusätzlicher Symptome und Befunde hinsichtlich der jeweiligen Erkrankung bzw. Erkrankungen. So kann z.B. Atemnot unter Belastung sowohl auf eine koronare Herzerkrankung als auch auf eine COPD hinweisen.

In dem neu aufgelegten und komplett überarbeiteten Ratgeber Begleiterkrankungen werden die möglichen Zusammenhänge zwischen der COPD und den Begleiterkrankungen aufgezeigt und diejenigen Erkrankungen erläutert, die häufiger als bei anderen älteren Menschen diagnostiziert werden.

COPD - eine Systemerkrankung

COPD ist in erster Linie eine Erkrankung der Lunge. COPD ist jedoch auch eine Systemerkrankung, d.h. die Erkrankung hat Auswirkungen auf das gesamte System der Atmung und somit auf den gesamten Körper.

Verständlich wird dies, anhand der Funktion des Stoffwechsels und des Kreislaufs des Sauerstoffs im Körper. Die Aufnahme von Sauerstoff, wie auch die Aufnahme von Nahrung, sind Grundvoraussetzung dafür, dass unser Körper, unsere Organe und somit jede einzelne Zelle des Körpers ausreichend mit Energie versorgt ist,





um funktionieren zu können. Sowohl Sauerstoff als auch Nahrung kurbeln Stoffwechselforgänge an und stellen quasi die Energie dar, die wir zur „Befeuerung“ unserer Zellen und somit unseres Stoffwechsels benötigen.

Wird Atemluft eingeatmet, gelangt dabei der darin enthaltene Sauerstoff durch die Lungenbläschen ins Blut. Das Herz sorgt dafür, dass der Sauerstoff an seinen Bestimmungsort transportiert wird. Es schlägt und hält so das Blut in Bewegung. Sauerstoff wird bei jeder Oxidation bzw. „Verbrennung“ von Nahrungsbestandteilen wie Zucker, Fett und Proteinen in unseren Körperzellen benötigt.

Eine Voraussetzung für das Funktionieren des Stoffwechsels und damit jeder unserer Körperzellen, sei es den Zellen in Organen, Geweben oder Muskeln, ist also eine kontinuierliche und ausreichende Versorgung mit Sauerstoff und ebenso die Entsorgung des bei der „Verbrennung“ entstehenden Abfallproduktes Kohlendioxid.

Mögliche Ursachen – gegenseitige Beeinflussung

Die Erläuterungen, warum COPD eine Systemerkrankung ist, zeigen grundsätzlich auf, welche Bedeutung die Sauerstoffaufnahme und Kohlendioxidabgabe für die Funktion unseres gesamten Körpers hat und dass bei einer Störung des „Atmungssystems“ eine Auslösung anderer Erkrankungen möglich sein kann.

Welche Verbindungen oder Verknüpfungen bestehen zwischen der COPD und den verschiedenen Begleiterkrankungen? Mit dieser Fragestellung befassen sich zahlreiche Studien und suchen nach Antworten. Im Kapitel „COSYCONET“ des Ratgebers finden Sie beispielhaft nähere Informationen zu einer groß angelegten

und hinsichtlich der Begleiterkrankungen sehr bedeutsamen Kohortenstudie (Beobachtungsstudie).

Eine Reihe von Faktoren kann die Entstehung von Begleiterkrankungen fördern, wie z.B.:

1. Die bei einer COPD vorliegende **chronische Entzündung** bleibt vermutlich nicht auf das Organ Lunge beschränkt, sondern „läuft über“ und begünstigt auch die Entstehung anderer Erkrankungen.
2. Das **jahrzehntelange Rauchen**, ist nicht nur der Hauptauslöser für eine COPD, sondern fördert ebenso die Entstehung weiterer Erkrankungen.
3. Die **direkten Auswirkungen der COPD**, wie z.B. der damit einhergehende reduzierte Gehalt an Sauerstoff und erhöhtem Kohlendioxid im Blut oder die erhöhte Leistung der Atemmuskulatur, können Begleiterkrankungen auslösen.

Allerdings können ebenso weitere Faktoren ursächlich für Begleiterkrankungen sein, wie z.B.:

- natürlicher Alterungsprozess
- körperliche Inaktivität
- ungesunde Ernährung
- Übergewicht
- Medikamente

Die gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Erkrankungen ähnelt einer „Henne-Ei-Situation“, was die ungeklärte Frage: „Beeinflusst insbesondere die COPD die Begleiterkrankungen oder beeinflussen die Begleiterkrankungen die COPD?“ illustriert.

Vom Schweregrad der COPD scheint das Auftreten von Begleiterkrankungen nicht zwangsläufig abzuhängen. Begleiterkrankungen können in jedem Stadium der COPD auftreten.

Häufigkeiten

Fragen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, an einer Begleiterkrankung zu erkranken bzw. wie häufig die einzelnen Begleiterkrankungen auftreten, können nach dem heutigen Stand der Wissenschaft nicht eindeutig beantwortet werden und sind zudem eng mit der Situation des individuellen Patienten verbunden.

Da Lunge und Herz unmittelbar über den kleinen Blutkreislauf, auch Lungenkreislauf genannt – eng miteinander verbunden sind, werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Zusammenhang mit COPD oft diagnostiziert.

Bluthochdruck (Hypertonie) gilt als häufigste Begleiterkrankung, Diabetes mellitus als zweithäufigste.

Kardiovaskuläre Erkrankungen, Lungenkrebs, Osteoporose, Muskelschwäche, Kachexie (körperliche Auszehrung), Diabetes und mentale Erkrankungen zählen zu den gravierendsten Begleiterkrankungen der COPD.

Die nachfolgende Auflistung dokumentiert häufig vorkommende Begleiterkrankungen der COPD, auf die im Einzelnen in den nachfolgenden Kapiteln näher eingegangen wird:

- **Kardiovaskuläre Erkrankungen**

- pulmonale Hypertonie
- Herzinsuffizienz
- koronare Herzkrankheit

- **Metabolisches Syndrom**

- Übergewicht
- Diabetes
- Hypertonie

- **Obstruktives Schlafapnoesyndrom**

- **Infekte der Atmungsorgane**

- **Störungen des Bewegungsapparates**

- Verlust von Skelettmuskelmasse
- Kachexie (Verlust fettfreier Masse)
- Osteoporose

- **Lungenkrebs**

- **Harninkontinenz**

- **Mentale Erkrankungen/Depression**

Mögliche Auswirkungen

Grundsätzlich belasten Begleiterkrankungen den Patienten zusätzlich und können zudem den Verlauf der COPD erheblich negativ beeinflussen. Sie tragen zu einem schlechteren Gesundheitszustand, möglicherweise Krankenhauseinweisungen und zu einer höheren Sterblichkeit von COPD-Patienten bei.

COPD-Patienten sterben meist nicht unmittelbar durch die Folgen der COPD, sondern durch deren Auswirkungen wie beispielsweise einer Überlastung des Herz-Kreislauf-Systems, einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall.

Die Erkenntnis, dass oftmals eine Vielzahl von Begleiterkrankungen mit einer COPD einhergehen und einen erheblichen Einfluss auf deren Verlauf haben, hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass der Thematik mittlerweile mehr Beachtung geschenkt wird.

Wissenschaftliche Leitlinien empfehlen eine gezielte (proaktive) Suche nach möglichen Begleiterkrankungen, deren entsprechende leitliniengerechte Behandlung sowie den Einsatz präventiver Maßnahmen.

Quelle: GOLD-Report 2024, www.goldcopd.org

Hinweis: Beachten Sie zur Thematik Begleiterkrankungen auch den Beitrag von Professor Dr. Claus F. Vogelmeier ab Seite 14 dieser Ausgabe.



Lesen Sie weiter...

Der Ratgeber „COPD ...und mögliche Begleiterkrankungen“ des COPD – Deutschland e.V. wurde komplett überarbeitet. Sie können diesen auf www.copd-deutschland.de online lesen. Die Printausgabe des Ratgebers kann über das Bestellformular auf der Internetseite ab Mitte April bestellt werden. Beachten Sie dort die Versandinformationen.

Die Erstellung/Überarbeitung des Ratgebers erfolgte Dank wissenschaftlicher Beratung durch Professor Dr. Kurt Rasche, Direktor der Klinik für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin, Bergisches Lungenzentrum, HELIOS, Klinikum Wuppertal, Klinikum der Universität Witten/Herdecke.

Aktuelle Übersicht Patientenratgeber



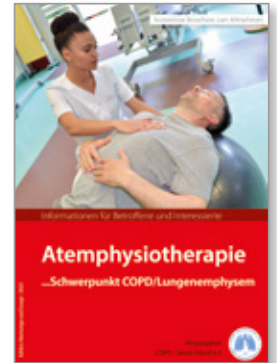
Alpha-1-Antitrypsin-Mangel
7. Auflage



Viren oder Bakterien
Antibiotika notwendig ja...aber wann?
5. Auflage



Atemnot durch Lungenüberblähung
2. Auflage



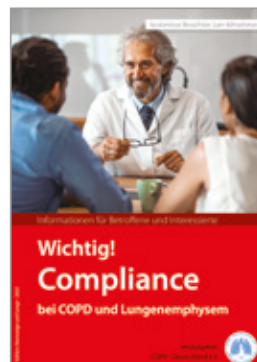
Atemphysiotherapie
Schwerpunkt COPD/Lungenemphysem
3. Auflage



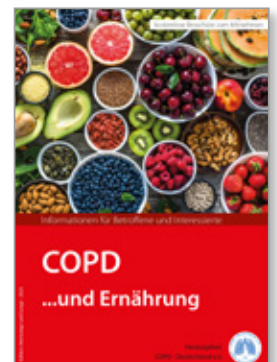
Atemwegserkrankungen
Abkürzungen und Definitionen von A-Z
1. Auflage



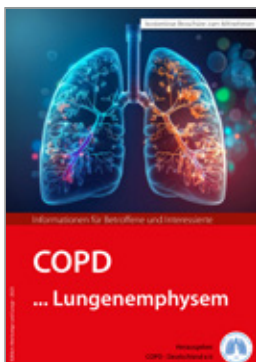
Bronchoskopische Lungen-
volumenreduktion
8. Auflage



Compliance bei COPD und
Lungenemphysem
8. Auflage



COPD und Ernährung
8. Auflage (wird derzeit aktualisiert)



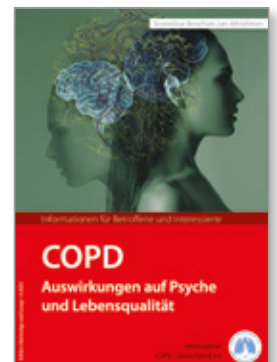
COPD...Lungenemphysem
9. Auflage (wird derzeit aktualisiert)



COPD und mögliche
Begleiterkrankungen
4. Auflage Auflage



COPD und Reisen
mit Langzeit-Sauerstofftherapie
5. Auflage



COPD
Auswirkungen auf Psyche und
Lebensqualität
6. Auflage



Cortison
Wundermittel oder Teufelszeug?
5. Auflage



Diagnostik
... bei obstruktiven Lungenerkrankungen
5. Auflage



Idiopathische Lungenfibrose
2. Auflage (wird derzeit aktualisiert)



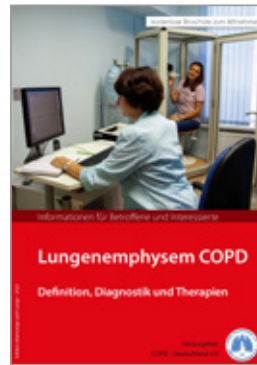
Impfprophylaxe
...bei COPD
4. Auflage



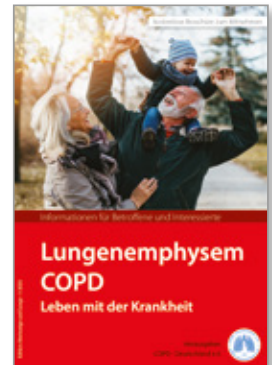
Inhalieren
bei COPD und Lungenemphysem
7. Auflage



Langzeit-Sauerstofftherapie
... fördert die körperliche Belastbarkeit
9. Auflage



Lungenemphysem COPD
Definition, Diagnostik und Therapien
6. Auflage



Lungenemphysem COPD
Leben mit der Krankheit
10. Auflage



**Lungensport, Medizinische Trainings-
therapie und Atemtherapie bei COPD**
7. Auflage



Mein Leben mit COPD
Ein Erfahrungsbericht von Jens Lingemann
2. Auflage



Nicht-invasive Beatmung BiPAP
bei COPD und Lungenemphysem
6. Auflage



Pneumologische Rehabilitation
Schwerpunkt COPD/Lungenemphysem
3. Auflage




Rauchen
Hauptursache für COPD und Lungenemphysem
erfolgreiche Wege Nichtraucher zu werden
7. Auflage



Sauerstoff
Der Stoff, der Leben möglich macht
10. Auflage

Nähere Informationen zu den Ratgebern des COPD – Deutschland e.V. finden Sie auf der Homepage: www.copd-deutschland.de



Die Patientenratgeber können online gelesen oder als Printversion angefordert werden. Bitte beachten Sie die auf der Homepage veröffentlichten Versandinformationen.

Symposium Lunge

LTOT und NIV

Zwei wichtige Therapiesäulen

Sauerstoffmangel und Kohlendioxidüberschuss

Schwere Lungenerkrankungen, wie z.B. die COPD, können bei Fortschreiten zu einer Störung der Sauerstoffaufnahme und der Kohlendioxidabgabe führen.

Dies hat zur Folge, dass im Blut ein O₂-Mangel sowie ggf. auch ein CO₂-Überschuss bestehen. Hierdurch wird die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit der Patienten erheblich eingeschränkt. Im Lungenkreislauf (sogenannter kleiner Kreislauf) kommt es nicht selten zu einer Erhöhung des Lungenblutdrucks, der wiederum zu einer vermehrten Belastung der rechten Herzkammer mit Folge einer Rechtsherzschwäche (Rechtsherzinsuffizienz) führt.

Zusätzlich kann der O₂-Mangel zu einer Vermehrung der roten Blutkörperchen führen, was sich negativ auf die Fließeigenschaften des Blutes auswirken kann. Die Verbesserung der Atmung durch eine Langzeit-Sauerstofftherapie oder sogar durch eine nicht-invasive, d.h. mittels einer Atemmaske durchgeführte, Beatmung, kann diese Entwicklung im Körper verhindern oder zumindest verlangsamen.

Langzeit-Sauerstofftherapie

Unter einer Langzeit-Sauerstofftherapie (engl. long term oxygen therapy, LTOT) versteht man die dauerhafte Gabe von O₂ über mindestens 15 Stunden täglich oder gezielt nur bei Belastung oder im Schlaf. Sie führt bei geeigneten Patienten zu einer Verbesserung der Lebensqualität und der Überlebensdauer.



Eine LTOT wird bei allen Krankheiten angewandt, die mit einem Sauerstoffmangel einhergehen. Dies sind vor allem chronische Lungen- und Herzerkrankungen, aber auch Störungen der Atmung im Schlaf.

Zur Messung der Sauerstoffversorgung des Körpers wird eine Bestimmung der O₂-Werte im Blut mittels Pulsoximetrie oder Blutgasanalyse vorgenommen. Bevor eine LTOT eingesetzt wird, müssen die Möglichkeiten der medikamentösen Therapie der zugrunde liegenden Erkrankung ausgeschöpft werden.

Auch muss eine stabile Krankheitsphase vorliegen. Eine Langzeit-Sauerstofftherapie ist oft auch bei der akuten Exazerbation der COPD (AECOPD – akute Verschlechterung) erforderlich. Nach Behandlung dieser Akutsituation muss die O₂-Pflichtigkeit allerdings nicht unbedingt weiterbestehen.

Eine sichere Begründung für eine LTOT liegt dann vor, wenn der arterielle O₂-Partialdruck (PaO₂) bei stabiler Erkrankung und mehrfacher Messung unter einem Wert von 55 mmHg liegt. Wenn aber schon ein erhöhter Lungenblutdruck oder eine krankhafte Vermehrung der roten Blutkörperchen vorhanden ist, wird eine LTOT auch schon unter einem Wert von 60 mmHg verordnet.

Ob bei einem Betroffenen auch eine O₂-Gabe unter Belastung erforderlich ist, hängt davon ab, ob der Patient einen krankhaften Abfall des PaO₂-Wertes unter Belastung aufweist oder aber sich die 6-Minuten-Gehstrecke unter O₂-Anwendung erheblich verbessert. Die O₂-Gabe unter Belastung muss dann bei der Geräteauswahl berücksichtigt werden.

Schließlich werden auch die O₂-Werte im Schlaf bei der Festlegung einer O₂-Therapie berücksichtigt, wobei dann eine nächtliche Messung der O₂- und CO₂-Werte, evtl. sogar eine Schlaflaboruntersuchung, erforderlich sind. In jedem Fall muss in den verschiedenen Situationen eine O₂-Testatmung





durchgeführt werden, mit der die jeweils erforderliche O₂-Flussrate festgelegt werden kann.

Verschiedene LTOT-Geräteoptionen

Es gibt verschiedene Geräte zur Durchführung einer LTOT zu Hause.

Abkürzungen

BiPAP – bilevel positive airway pressure - einfachste Form der NIV

Blutgasanalyse – BGA – Messung des Sauerstoff- und Kohlendioxidgehaltes sowie pH-Wertes im arteriellen Blut

Exazerbation – akute Verschlechterung

Invasive Beatmung – Beatmung über Nase oder Mund mittels einer sog. Trachealkanüle, Luftröhre

Kohlendioxid = CO₂

Langzeit-Sauerstofftherapie = LTOT

Lungenblutdruck = Pulmonale Hypertonie = Lungenhochdruck

Nicht-invasive Beatmung = NIV – Non-invasive Ventilation

Pulsoximetrie – Messung der Sauerstoffsättigung mittels spezieller Sensoren meist am Fingernagel

Sauerstoff = O₂

Sauerstoffflussrate = O₂-Flussrate – Menge an Sauerstoff, die pro Minute bei einer Sauerstofftherapie zugeführt wird

Sauerstoffpartialdruck = PaO₂ – wird im Rahmen einer Blutgasanalyse im arteriellen bzw. Kapillarblut bestimmt und spiegelt die Menge des im arteriellen Blut gelösten Sauerstoffs wider und somit den Sauerstoffgehalt im Blut

6-Minuten-Gehstrecke – 6MGT – Funktionstest zur Abschätzung der kardiovaskulären und pulmonalen Leistungsfähigkeit – 6 Minuten Gehen auf ebener Strecke

Weaning – Entwöhnungsprozess von einer invasiven Beatmung

Das einfachste Gerät ist der O₂-Konzentrator. Dieser produziert selbstständig O₂ aus der Raumluft. Patienten, die ihre Wohnung verlassen können, benötigen jedoch sogenannte mobile Systeme. Hier muss dann ein Flüssigsauerstoffsystem mit tragbarem Mobilteil oder ein tragbarer, akkubetriebener O₂-Konzentrator verordnet werden.

Neben den eigentlichen O₂-Geräten ist die Art der Übertragung des Sauerstoffs zum Patienten von Wichtigkeit. Hierbei stellt die sogenannte Nasensonde oder Nasenbrille die Standardversorgung dar. Auch stehen Mund-Nasen-Masken zur Verfügung, wenn der Betroffene eine stark behinderte Nasenatmung hat und/oder ausgeprägter Mundatmer ist. Kosmetisch günstiger können auch O₂-Zuleitungen sein, die in ein Brillengestell integriert sind.

Die vielfach vom Patienten angenommene Sorge, man könne sich zu früh vom O₂ abhängig machen und müsse daher die O₂-Therapie möglichst selten anwenden, ist allerdings unbegründet und sogar falsch. Bestehen die Voraussetzungen für eine O₂-Therapie, so kann sie gar nicht häufig genug in der richtigen Dosierung angewandt werden.

Nicht-invasive Beatmung

Kommt es neben dem Sauerstoffmangel auch zu einem krankhaften Anstieg des CO₂-Wertes im Blut, muss der COPD-Patient sowohl in der akuten als auch chronischen Situation zusätzlich beatmet werden.

Es liegt dann eine Ermüdung der Atempumpe vor. Früher, vor Einführung der NIV (engl. non-invasive ventilation) wurden dann die Patienten in eine Narkose versetzt und mit einer Beatmungsonde, die in der Luftröhre platziert wurde, künstlich beatmet.

Eine NIV kann dagegen bei einem wachen Patienten angewandt werden, was die Komplikationsrate deutlich reduziert. Sie wird wie die O₂-Therapie sowohl akut als auch chronisch angewandt.

Chronisch, d.h. dauerhaft kann die NIV auch zu Hause angewendet werden. Man spricht dann von außerklinischer bzw. häuslicher Beatmung.

Mittels Maske, meist über Nacht, wird der Patient stundenweise beatmet und die Atempumpe damit entlastet. Ziel ist es, die Atmung zeitweise zu unterstützen, um tagsüber mehr Kraft zum Atmen zu haben.

In der chronischen Phase besteht eine Begründung für eine NIV immer dann, wenn der Tages-CO₂-Partialdruck mindestens 50 mmHg oder der Nacht-CO₂-Partialdruck mindestens 55 mmHg beträgt.

Ebenso ist die NIV indiziert, wenn es nachts im Schlaf zu einem übermäßigen Anstieg des CO₂-Wertes im Blut kommt. Schließlich hat sich gezeigt, dass Patienten mit mindestens zwei schweren akuten Exazerbationen der



COPD in einem Jahr unter Nutzung der NIV deutliche Überlebensvorteile haben.

Verschiedene NIV-Geräteoptionen

Die BiPAP-Beatmung (engl.: bilevel positive airway pressure) als einfachste Form der NIV arbeitet mit unterschiedlichen Druckniveaus während des Ein- und Ausatmens.

Aufwendigere Beatmungsmaschinen (sogenannte Respiratoren) arbeiten heute mit sehr individuell einstellbaren Beatmungsformen. Die NIV kann auch eingesetzt werden, um Patienten von der invasiven maschinellen Beatmung hin zur Spontanatmung zu entwöhnen (Weaning).

Atem ist Leben

Passend zu diesem Thema hat der COPD – Deutschland e.V. vier Patientenratgeber herausgegeben, die Sie auf der Homepage online lesen bzw. als Printversion bestellen können.

www.copd-deutschland.de



Es gibt auch Nebenwirkungen der NIV, die aber beherrschbar sind: Durch den ständigen Luftstrom können die Schleimhäute austrocknen. Dafür wird meist ein Warmluftbefeuchter zwischengeschaltet und der Luftstrom befeuchtet.

Des Weiteren können Druckstellen durch die Masken oder bei undichtigem Maskensitz Augenreizungen entstehen. Kommt Luft in den Magen, können Blähungen, Übelkeit und Völlegefühl auftreten.

Grundsätzlich trägt die NIV zu einer erheblichen Verbesserung der Lebensqualität und auch zu einem deutlich längeren Leben der chronisch Lungenerkrankten bei.

LTOT und NIV sind also neben den anderen Optionen zwei sehr wichtige Therapiesäulen für COPD-Patienten.



Professor Dr. med. Kurt Rasche
Direktor HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal
Universität Witten/Herdecke
Klinik für Pneumologie,
Allergologie,
Schlaf- und Beatmungsmedizin

Hinweis: Erstveröffentlichung des Beitrags in der Kongresszeitung des Symposiums Lunge 2023



Rückblick auf das 15. Symposium Lunge

Wer das Symposium 2023 mit dem Motto „Bestens informiert – von der Diagnose bis zur Therapie“ verpasst hat, kann alle acht Vorträge sowie die Fragen dazu auf der Homepage des Veranstalters COPD – Deutschland e.V. anschauen.

www.copd-deutschland.de/symposium-2023

Das Symposium Lunge war seit dem Jahr 2007 eine jährlich stattfindende Veranstaltung, die von Patienten für Patienten durchgeführt wurde. Die Initiative dazu kam von Jens Lingemann, der als Betroffener gemeinsam mit seiner Frau Heike für die Organisation und Durchführung der Symposien verantwortlich war.

Seit 2021 wurden die Symposien aufgrund der Corona-Situation in Form von virtuellen Veranstaltungen im Internet angeboten.

Sämtliche Vorträge sowie alle weiteren Informationen, zu den zurückliegenden Symposien Lunge, können Sie den Webseiten des COPD – Deutschland e.V. entnehmen:

www.copd-deutschland.de/mediathek
www.copd-deutschland.de

Anzeige



Sauerstoff

für zu Hause und unterwegs.



air-be-c
Einfach gut betreut.

Beratungstelefon

(0365) 20 57 18 18

Folgen Sie uns auf Facebook

www.air-be-c.de



Ihr Versorger für alle Sauerstoffkonzentratoren

Bundesweit • Beste Beratung • Service vor Ort • Partner aller Kassen • Urlaubsversorgung • Miete und Kauf • Gute Preise

Sauerstoff

Mobilität erhalten

Versorgungsformen

Noch vor einigen Jahren ließ sich die Langzeit-Sauerstofftherapie nur mittels Gasflaschen oder stationären Konzentratoren realisieren.

Inzwischen haben sich die technischen Möglichkeiten erheblich verbessert und es wurden mobile, tragbare bzw. transportable Systeme entwickelt. Mobilität ist ein wichtiger Aspekt, da Patienten, die körperlich aktiv sind und sich tagsüber mehr bewegen, länger leben und seltener ins Krankenhaus müssen – zudem fühlen sie sich insgesamt wohler.

Diese Erkenntnis ist für viele Krankheitsbilder wissenschaftlich nachgewiesen und sollte daher auch bei der notwendigen Versorgung mit Sauerstoff berücksichtigt werden. Die verordneten Hilfsmittel müssen dem Patienten erlauben, an den Aktivitäten des täglichen Lebens teilzuhaben.

Ihr behandelnder Lungenfacharzt wird mit Ihnen besprechen, welches Verfahren für Ihre individuelle Situation geeignet erscheint und eine entsprechende ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse ausstellen.

Sauerstoff-Sparsysteme/Demandsysteme

Sauerstoff-Demandsysteme, die bei einigen mobilen Geräten bereits integriert sind, bieten im Hinblick auf die Mobilität nochmals eine Optimierung, sie sind jedoch nur für einen Teil der Patienten geeignet. Während des Schlafens sind die meisten Patienten nicht demandfähig – was oftmals eine Mischversorgung notwendig werden lässt.

Dieses System wird auch als atemzuggesteuert bezeichnet oder englisch *demand flow* (DF – demand = auf Abruf). Sauerstoff wird nur abgegeben, wenn man einatmet. Nicht jeder Patient ist in der Lage, den notwendigen Unterdruck auszuüben, um den gewünschten Sauerstoffbolus zu erhalten. Dies ist beispielsweise bei schwer erkrankten Patienten der Fall, die keinen entsprechenden Unterdruck erzeugen können, weil sie z.B. nur schwer oberflächlich atmen oder nur hecheln können.

Die Demandfähigkeit, d.h. ausreichende Sauerstoffsättigung unter Verwendung eines Demandsystems, muss vor Verordnung getestet werden, da sonst die Gefahr einer Unterversorgung unter Belastung besteht. Die Testung erfolgt in der Regel in einer Lungenklinik oder während eines Rehaaufenthaltes, manchmal auch in einer Lungenpraxis. Bedenken Sie auch, dass sich die Demandfähigkeit durch den Verlauf der Erkrankung verändern kann.

Flüssigsauerstoff

Das System der Flüssigsauerstoffversorgung setzt sich aus zwei Einheiten zusammen: einem stationären Vorratsbehälter (Tank) und einer kleinen, tragbaren Einheit, dem sogenannten Satelliten. Das mobile Gerät wird vom Patienten selbst am Tank nachgefüllt. Der Tank wird regelmäßig vom Sauerstofflieferanten befüllt, was eine gewisse Logistik notwendig werden lässt. Abhängig von der verordneten Flussrate reicht ein Tank mit Flüssigsauerstoff je nach Fassungsvermögen etwa ein bis zwei Wochen aus.

Eine Flüssigsauerstoffversorgung ist insbesondere bei Patienten geeignet, welche die Atemzugsteuerung nicht beherrschen und einen hohen Sauerstoffbedarf, Flussrate ab 4 Litern pro Minute, aufweisen.



Konzentrator

Das am meisten verbreitete Hilfsmittel in der Langzeit-Sauerstofftherapie ist der Konzentrator. Vorteilhaft am Konzentrator ist, dass dieser rund um die Uhr kontinuierlich Sauerstoff liefert. Nachteilig ist zum einen eine Begrenzung der Flussrate auf 5 Liter pro Minute, zum anderen muss ein Konzentrator immer mit dem Stromnetz verbunden sein, kann also nur an einem festen Ort eingesetzt werden. Die Mobilität des Patienten wird durch die Länge der Sauerstoffsonde beschränkt, die vom Gerät zur Nase führt.

stationär

Bei einem Konzentrator wird mittels eines Kompressors fortlaufend Sauerstoff aus der Umgebungsluft gefiltert. Dies bietet den Vorteil, dass keine Nachfüllungen wie z.B. bei flüssigem Sauerstoff notwendig sind. Zum Betrieb benötigen Konzentratoren allerdings Strom und verursachen eine gewisse Geräuschkulisse.

mobil

Mobile Konzentratoren sind ortsveränderlich einsetzbare Geräte. Sie können eine Versorgung unterwegs sicherstellen. Die notwendige Stromversorgung kann mittels einer Gleichstromquelle (12 Volt) oder über die reguläre Steckdose (220 Volt) erfolgen. Standardmäßig werden Konzentratoren jedoch netzunabhängig mit Akkus betrieben. Die Reichweite bei Akkunnutzung hängt sehr stark vom Gerätetyp, von der eingestellten Flussrate und den eingebauten Akkus ab.



Gasdruckflaschen

Für die mobile Versorgung kann der Patient, der zu Hause einen stationären Konzentrator hat, tragbare Sauerstoffflaschen nutzen. In den Flaschen wird der gasförmige Sauerstoff unter hohem Druck gelagert. Für den Transport kommen Rucksäcke oder Caddies zum Einsatz.

Die Kapazität einer Flasche ist in Abhängigkeit von der Flussrate begrenzt. Bei einer Dosierung von 2 Litern pro Minute reicht sie beispielsweise für ca. drei Stunden. Durch Einsatz eines Demandsystems kann die Nutzungsdauer verlängert werden.

Leere Gasdruckflaschen werden vom Hersteller durch gefüllte ersetzt. Allerdings gibt es auch spezielle Druckgasflaschen, die zu Hause mit dem vorhandenen Konzentrator nachgefüllt werden können. Diese sogenannten Homefill-Systeme sind aufgrund ihrer Größe jedoch für einen mobilen Einsatz – außer mit dem Auto – eher nicht geeignet.



Lesen Sie weiter...

Der Ratgeber des COPD – Deutschland e.V. in der 9. Auflage kann online auf www.copd-deutschland.de gelesen oder die Printversion über das dortige Bestellformular angefordert werden. Beachten Sie die Versandinformationen!





Mögliches neues Therapieziel

...bei Asthma bronchiale

Die neue, deutsche Asthma-Leitlinie hat als erste weltweit das Therapieziel „klinische Remission“ – also den kompletten Rückzug der Krankheit - festgeschrieben. Wie sinnvoll ist das? Lässt sich das überhaupt erreichen?

Nach Überzeugung von Professor Dr. J. Christian Virchow, Chef der Pneumologie am Universitätsklinikum Rostock, ist es Zeit, die Perspektive zu wechseln, aus der heraus man das Asthma-Management betrachtet. Statt wie bisher am Schweregrad der Erkrankung, sollte sich die Therapie künftig an der zugrunde liegenden Pathologie ausrichten – also der Krankheitsaktivität, den Entzündungswerten und/oder auftretenden Beschwerden. Wie bei anderen chronisch-inflammatorischen Erkrankungen müsse die Devise lauten: *treat to target* - d.h. behandeln, bis das Therapieziel erreicht ist.

Klinische Remission bedeutet weder Heilung noch vollständige Abwesenheit pathologischer Veränderungen in den Atemwegen. Sie umfasst anhaltende Symptom- und Exazerbationsfreiheit (d.h. keine Beschwerden und keine Verschlechterungen!) sowie eine stabile Lungenfunktion bei minimalen Nebenwirkungen und ohne Bedarf an oralen Steroiden (Cortison). Sind diese Kriterien zwölf Monate lang erfüllt, sei es gerechtfertigt, von Remission zu sprechen. „Das steht ein bisschen im Widerspruch zu den GINA-Empfehlungen“, räumt der Experte ein. Diese beinhalten Re-Evaluationen nach drei Monaten und dann jeweils die Entscheidung, ob die bestehende Therapie intensiviert oder verringert werden kann.

Auf den ersten Blick scheint das Konzept Remission so neu nicht, denn auch GINA (global initiative for asthma) fordert schließlich, Symptome zu kontrollieren und Exazerbationen zu vermeiden. Aber GINA definiert den Asthmaschweregrad anhand der erforderlichen Therapieintensität – und empfiehlt dann anhand des Schweregrades Behandlungsstufen.

„Da beißt sich die Katze in den Schwanz“, kritisiert Prof. Virchow. „Es ist Zeit, von der Symptombehandlung zu Symptomprävention und Langzeitnutzen fortzuschreiten.“ Und sich Strategien bei den Rheumatologen abzuschauen: Die nehmen das Verschwinden von



Krankheitsaktivität zum Anlass, die erfolgreiche Therapie fortzusetzen, statt übers Absetzen nachzudenken, wie es Pneumologen oft tun. Außerdem verleiten die GINA-Empfehlungen Pneumologen dazu, sich mit Symptomkontrolle zufrieden zu geben, statt ihr Augenmerk auf den Langzeitverlauf zu richten, kritisierte der Kollege.

Auf lange Sicht wird die Asthmatherapie noch ehrgeizigere Ziele ins Visier nehmen, nämlich den durch die Entzündungsprozesse (Inflammation) ausgelösten Umbau der Atemwege (Atemwegsremodeling) zu verhindern, zu stoppen und sogar umzukehren, prophezeit Prof. Virchow. „Das mag Ihnen als Utopie erscheinen, aber wenn man einige Arbeiten aus der letzten Zeit betrachtet, könnte es schneller Realität werden als man denkt.“ Studien mit Anti-IL-4/13, sogenannten Antikörpern zeigen, dass sich selbst bei schwer durch Neurodermitis veränderter Haut eine Normalisierung erreichen lässt. Vielleicht funktioniert das auch bei asthmageschädigten Atemwegen. Als Marker der biologischen Remission könnten alte Bekannte wie Eosinophile und FeNO (= fraktioniertes exhaltes Stickstoffmonoxid, es wird verwendet, um das Ausmaß der Atemwegsentzündung in der Lunge zu messen) dienen. „Wenn wir zeigen könnten, dass die Prognose langfristig besser aussieht, wenn wir das FeNO dauerhaft normal halten, wäre das ein großer Schritt nach vorne auf dem Weg zu klinischer und biologischer Remission“, meint Prof. Virchow.

Quelle: Medical Tribune am 27.10.2023 & Kongressbericht vom European Respiratory Society (ERS) International Congress 2023 – www.lungenaerzte-im-netz.de, 24.01.2024

Cortisonspray

Was tun bei Heiserkeit?

Wirksam zur Verhinderung eines Pilzbefalls (Soor) sind auch Fruchtsäfte, deren saures Milieu das Wachstum des Pilzes verhindert. Bei einer funktionellen Stimmstörung hilft hingegen nur eine Pause vom Gebrauch der cortisonhaltigen Sprays.

Die meisten Patienten mit Asthma inhalieren gegen Atemwegsbeschwerden ein Cortisonspray. Grundsätzlich sind Nebenwirkungen dieser Präparate im Vergleich zu OCS (oralen Glucocorticosteroiden), die in Tablettenform eingenommen werden, selten bzw. gering ausgeprägt und weniger schwerwiegend, da das Cortison beim Inhalieren zielgerichtet in der Lunge ankommt und somit nur sehr geringe Mengen an Cortison in den Blutkreislauf und den Körper gelangen. Allerdings können inhalative Cortisonpräparate Heiserkeit hervorrufen. Einige Patienten fragen sich dann, ob sie das Spray trotzdem bedenkenlos weiter anwenden können oder es lieber sofort absetzen sollten.

Medikamentöse Pause unbedingt mit dem Lungenarzt absprechen

Lange Zeit hat man angenommen, dass die Heiserkeit, die viele Menschen bei der Cortisoninhalation entwickeln, allein von einem Pilzbefall (Soor) kommt. Das aber ist nur gelegentlich der Fall. „Viel öfter ist die Ursache eine so genannte Stimmbandmyopathie, die durch eine direkte Wirkung des Cortisons auf die vielen kleinen Muskeln hervorgerufen wird, die wir für den Stimmband- und Sprechapparat benötigen“, erläutert Dr. med. Thomas Voshaar, Vorstandsvorsitzender des Verbands Pneumologischer Kliniken (VPK) und Chefarzt des Lungenzentrums am Krankenhaus Bethanien in Moers. Eine solche funktionelle Stimmstörung lässt sich durch eine sogenannte Stroboskopie beim HNO-Arzt feststellen, bei der sich durch den Einsatz von Blitzlicht die Stimmlippen-schwingungen in Zeitlupe darstellen lassen. „Bei

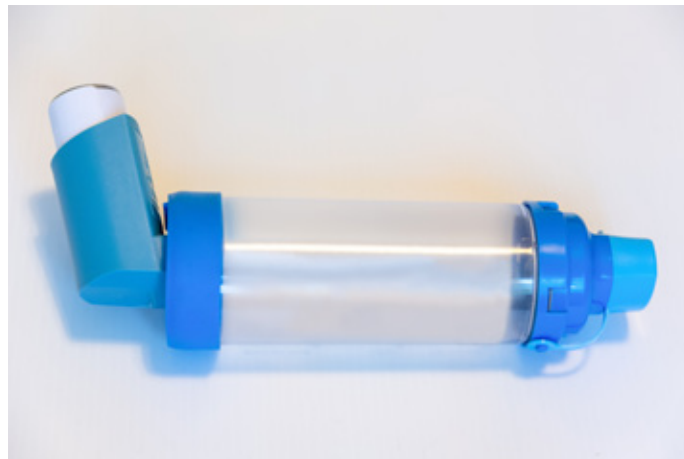
einer Stimmbandmyopathie hilft leider nur eine Pause vom Gebrauch der cortisonhaltigen Sprays. Diese muss aber unbedingt mit dem Lungenfacharzt abgesprochen werden, da beim Wegfall der bisherigen medikamentösen Kontrolle, die ja entzündungshemmend wirkt, die Asthmasymptome sich verschlechtern können“, betont Dr. Voshaar. Allerdings ist eine Pause von 2-4 Wochen meist schon ausreichend und ungefährlich.

Spacer und Fruchtsaft verhindern Soor

Die zweite, bekanntere lokale Nebenwirkung der Cortisonsprays – die Entwicklung eines Pilzbefalls (in der Regel harmloser Candida Soor) – lässt sich in den meisten Fällen effektiv durch die Nutzung eines sogenannten Spacers für die Inhalation vermeiden. Das ist eine Inhalationshilfe – ein Zwischenstück, das den Sprühstoß vom Atemvorgang trennt und dadurch die unerwünschte Ablagerung des Cortisons im Rachen reduziert und die gewünschte Deposition des Wirkstoffes in der Lunge erhöht. Obwohl unerwünschte Nebenwirkungen also durch die Nutzung eines Spacers reduziert werden, sollte man nach der Inhalation stets den Mund ausspülen und die Zähne putzen. „Hilfreich ist es in jedem Fall auch nach dem Inhalieren etwas zu essen oder zu trinken. Dadurch werden die im Rachen unerwünschten Cortisonreste effektiver entfernt. Essen ist dabei wirksamer als Trinken – deshalb ist es ratsam, vor dem Frühstück oder Abendessen zu inhalieren. Das liegt unter anderem an den Fetten in der Nahrung, die das gleichfalls fettliebende (lipophile) Cortison besser lösen als z.B. Wasser. Wirksam zur Verhinderung des Soors

sind auch Fruchtsäfte, deren saures Milieu das Wachstum des Pilzes verhindert. Nach der Inhalation etwas Obst zu essen oder einen Fruchtsaft zu trinken ist ebenfalls hilfreich“, empfiehlt Dr. Voshaar.

Quelle: äin-red, www.lungenaerzte-im-netz.de, 28.02.2024



Potenzial der Optionen

Fallbeispiel

...einer COPD mit Lungenemphysem

Die Behandlungsoptionen chronischer Lungenerkrankungen sind vielfältig und komplex. Nach wie vor werden viel zu wenige Maßnahmen aktiv genutzt, insbesondere im Bereich der nicht-medikamentösen Therapie.



Beginnend mit dieser Ausgabe werden **Dr. med. Michael Barczok**, Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Sozial-, Schlaf- und Umweltmedizin, Lungenzentrum Ulm – www.lungenzentrum-ulm.de und seine Frau **Susanne Menrad-Barczok**, Atempädagogin, B.Sc., Komplementärmedizin/Atemtherapie, Übungsleiterin Lungensport, Atempraxis Ulm – www.atempraxis-ulm.de Ihnen anhand von Fallbeispielen verschiedener Krankheitsbilder die Bandbreite der potenziellen Behandlungsmöglichkeiten näherbringen.



Die neue Serie wird in den kommenden Ausgaben der „Atemwege und Lunge“ fortgesetzt.

Patient Herr Z, geboren im Jahr 1960.

Dr. Michael Barczok: Im Jahr 2017 habe ich Herrn Z. erstmals in unserer Praxis gesehen. Er berichtete mir, noch vor zwei Jahren große Bergtouren gemacht zu haben. Er sei immer sportlich und unternehmungslustig gewesen, jetzt habe er Probleme, einen Treppenabsatz zu laufen. Er habe früher stark geraucht, beruflich sei er in einer Kfz-Werkstatt zusätzlich einer Reihe von Luftschadstoffen ausgesetzt.

In der Lungenfunktion zeigte sich eine schwere COPD, das FEV1 lag mit 790 ml bei 22 % des Sollwerts, somit entsprach seine Lungenleistung einer COPD im Stadium IV nach GOLD.

Die Diffusionskapazität (DLCO oder TLC), also der Wert, der angibt, wie groß die Oberfläche der Lungenbläschen ist, war deutlich reduziert. In der Computertomografie (CT) der Lunge zeigte sich ein ausgeprägtes Lungenemphysem, das ziemlich symmetrisch über beide Lungen verteilt war.

Gemeinsam mit seiner Ehefrau haben wir ein langes und ausführliches Gespräch darüber geführt, was dieser Befund auf längere Sicht bedeutet und an welchen



Stellschrauben wir drehen können, um seine Situation zu stabilisieren und möglichst zu verbessern.

Die Therapie wurde angepasst, ein Rehaverfahren wurde eingeleitet. Wir haben mögliche Entlastungen am Arbeitsplatz besprochen und auch intensiv daran gearbeitet, wie durch Sport, Gymnastik und Atemtherapie die körperliche Leistungsfähigkeit trotz der erheblichen Krankheitsfolgen gehalten oder vielleicht auch verbessert werden könnte.

Der Patient wurde in das DMP COPD (Disease Management Programm der Krankenkasse) eingeschrieben und er besuchte unsere Patientenschulung.

Susanne Menrad-Barczok: Ein ganz wesentlicher Teil der Patientenschulung und auch der Rehamaßnahmen ist es, Betroffenen Selbsthilfemöglichkeiten zu vermitteln, die den Alltag entscheidend positiv verändern können.

Roland Kaiser

ist für viele Patienten mit COPD ein leibhaftiges Beispiel dafür, dass man durch eine Lungentransplantation noch mal zu alter Leistung, ja sogar zu besseren Leistungen in die Lage versetzt wird. Roland Kaiser war allerdings zum Zeitpunkt der OP noch relativ jung und gut trainiert, hat den Eingriff gut überstanden und singt heute vielleicht sogar noch besser als früher...

Allerdings handelt es sich bei einer Lungentransplantation nach wie vor um einen schweren, risikobehafteten Eingriff und er setzt voraus, dass nicht nur alle Möglichkeiten der normalen Therapie ausgeschöpft sind, sondern auch, dass alle anderen Organe in einem guten Zustand sind, was leider bei vielen COPD-Patienten nicht mehr der Fall ist.

Sofern ein Patient geraucht hat, sind häufig die Blutgefäße und das Herz in einem nicht optimalen Zustand. Es ist aber nicht sinnvoll, ein neues Organ in einen auch anderweitig vorgeschädigten Körper einzupflanzen. So war es auch bei Herrn Z. Eine Transplantation wurde abgelehnt, was einen weiteren Tiefschlag für den Patienten bedeutete. Wichtig waren in dieser Phase häufige Gesprächskontakte, wozu ich gern die Videosprechstunde nutze, da hier schnell mal ein Termin eingeschoben werden kann, ohne dass man den ganzen Praxis-Mechanismus anwerfen muss.

Hinweis: In der Sommerausgabe der „Atemwege und Lunge“ erfahren Sie mehr zum Thema Lungentransplantation.



Egal in welchem Stadium der COPD sich Betroffene wiederfinden, ein aktives Leben ist möglich, allerdings immer angepasst an die momentane Situation.

Für Herr Z. bedeutet dies konkret, dass er sein bisheriges Tempo und seinen Lebensstil seiner chronischen Erkrankung anpassen sollte und lernt, sein Atemverhalten bei körperlichen, aber auch jeglichen anderen Belastungen, situativ zu steuern unter Einsatz geeigneter Atemweisen, wie z. B. der Sum-Sum-Sum-Lippenbremse. (Siehe Atemkarte 36). Es ist wichtig, geeignete Atemübungen für sich selbst zu entdecken und in den Alltag einzubauen.

Parallel ist ein angepasstes Bewegungstraining immens wichtig, um die Atemmuskulatur alltagstauglich zu erhalten und wenn möglich zu stärken. Hier wirken Übungen aus der Atemtherapie kleine Wunder. Es geht nicht um Tempo und Leistungsfähigkeit, sondern um ein Beweglichkeitstraining, das die Muskeln und Gelenke und somit das Atemvermögen elastisch und geschmeidig hält.

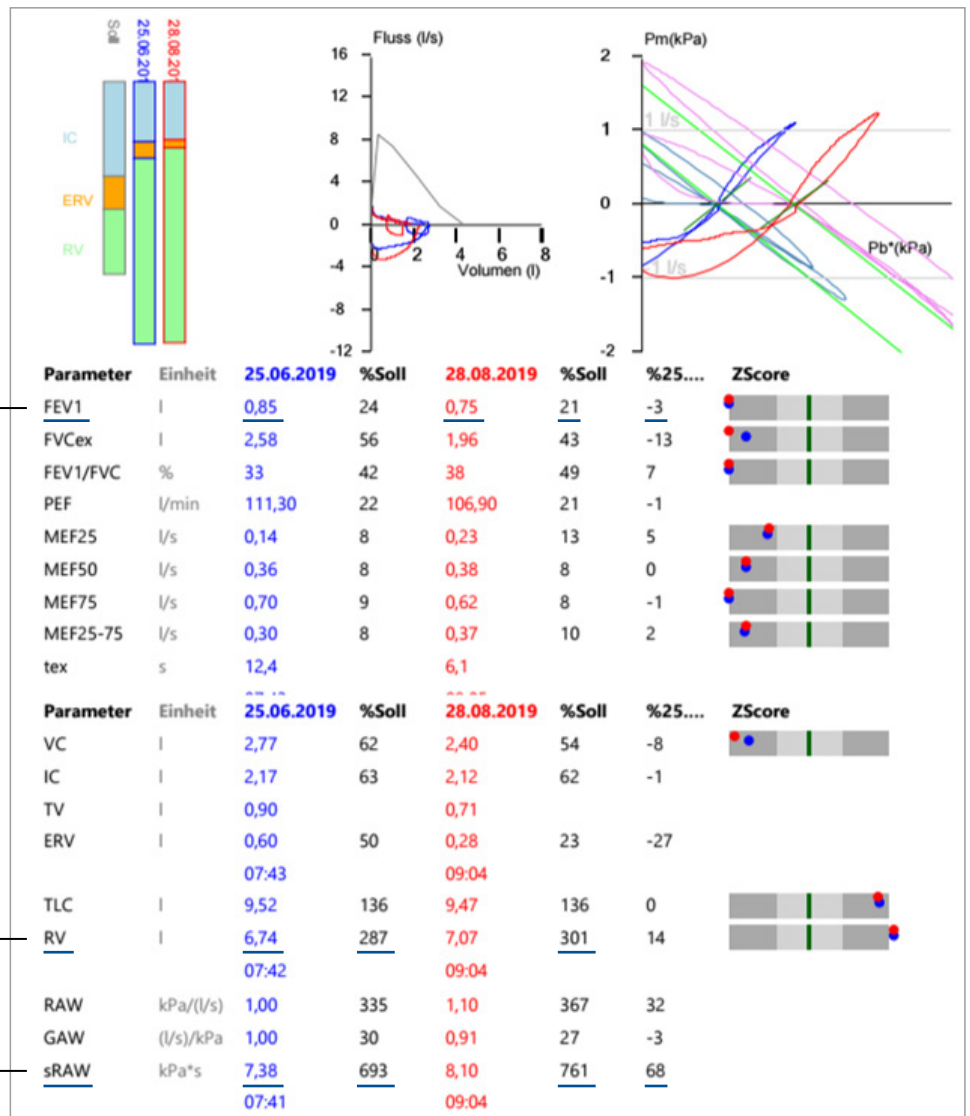
Dr. Michael Barczok: Mit der Zeit verbesserte sich die Situation von Herrn Z. etwas, er wurde leistungsfähiger, obwohl die Lungenfunktion sich nur geringfügig bessern ließ. Der Patient arbeitete an sich, besuchte regelmäßig ein Fitnessstudio, um Knochen und Muskeln zu trainieren.

Patient Z.
Lungenfunktionsmessung (Lufu) 2019

FEV1 (Ein-Sekunden-Kapazität)

Totraum (Emphysem)

Widerstand



Ein Tiefpunkt war allerdings erreicht, als absehbar wurde, dass er seine Arbeit nicht länger fortführen könne und ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente eingereicht werden musste.

Er wirkte auf mich in dieser Phase depressiv. Allerdings half ihm, dass er gut in seine Familie eingebunden ist. Insbesondere seine Frau ist eine großartige Stütze - auch, als es darum ging, ob eine Lungentransplantation für ihn infrage komme.

Eine Transplantation wurde abgelehnt, was einen weiteren Tiefschlag für den Patienten bedeutete. Wichtig waren in dieser Phase häufige Gesprächskontakte, wozu ich gerne die Videosprechstunde nutze, da schnell mal ein Termin eingeschoben werden kann, falls erforderlich, ohne dass der ganze Praxis-Mechanismus angeworfen werden muss.

Herr Z. nutzt jetzt erst recht jede Möglichkeit, zu trainieren, auch seit er bei körperlicher Belastung Sauerstoff benötigt.

Susanne Menrad-Barczok: Für Betroffene stellt sich bei einer Atemwegserkrankung immer die Frage, wie bleibe ich in Bewegung und im Training, wenn mir für alles der Atem oder die Energie fehlt?

Als Atempädagogin und Lungensporttrainerin sage ich da immer und mit Herzblut: „Bleiben Sie in Bewegung und suchen Sie sich eine Gruppe, wenn irgend möglich vor Ort, damit Sie auch regelmäßig teilnehmen können.“ Es gibt immer mehr Lungensportgruppen und Betroffene profitieren davon, zusammen mit Gleichgesinnten im eigenen Tempo in Bewegung zu bleiben.

Seit einigen Jahren habe ich die Lizenz für Lungensport und erlebe bei den wöchentlichen Gruppenstunden mit Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit COPD aller Stadien oder auch anderen Lungenerkrankungen, wie positiv die Trainingseinheiten wirken und wie wohltuend es für Betroffene ist, sich gemeinsam zu bewegen und sich vorweg oder hinterher noch über allerlei Aspekte und Erfahrungen auszutauschen.

Dr. Michael Barczok: Wir überlegten schließlich, ob es sinnvoll sein könnte, besonders kranke Anteile der Lunge stillzulegen, um benachbarten, besseren Lungenläppchen eine Chance zu geben, sich zu entfalten und Sauerstoff in den Körper zu bringen. Man kann dies erreichen, indem man sogenannte Spiralen (engl. coils) über ein Bronchoskop in die Lunge bringt und kaputtes Gewebe zerstört, um gesundem Gewebe mehr Platz zu verschaffen. Dieses Verfahren wird als Lungenvolumenreduktion bezeichnet.

Auch diese Maßnahme half ein bisschen weiter. Sehr gefreut habe ich mich, als ich mitbekam, dass Herr Z. mittlerweile Anschluss an eine Patientengruppe gefunden hat, in der sich Betroffene mit einer Langzeit-Sauerstofftherapie organisieren. Mal abgesehen davon, dass eine Gruppe immer die Möglichkeit bietet, sich über das Krankheitsbild selbst und seine Behandlung auf dem Laufenden zu halten, so ist der regelmäßige Kontakt mit weiteren „Leidensgenossen“ zudem ein ganz wichtiges Element, um körperlich wie seelisch eine bessere Widerstandsfähigkeit zu entwickeln.

Eine aktuell durchgeführte Lungenfunktionsmessung zeigt ein FEV1 von 21 % und 720 ml, was bedeutet, dass wir in den letzten sieben Jahren die Situation annähernd stabil halten konnten.

Wir halten engen Kontakt über die Videosprechstunde, in der wir die aktuelle Situation immer wieder neu bewerten und mögliche Anpassungen in Therapie und Training vereinbaren.

Ja, eine neue Lunge war nicht möglich. Die alte Lunge konnten wir aber so erhalten und restaurieren, dass eine einigermaßen akzeptable Lebensqualität trotz niedriger Lungenleistung erreicht werden konnte.

Herr Z. kann diese niedrige Lungenleistung besser nutzen als früher, und zwar nicht nur durch Medikamente, sondern auch durch die systematische Nutzung von körperlichem Training und Atemtherapie.

Susanne Menrad-Barczok: Nutzen Sie die Möglichkeiten der Atemtherapie und der Lungensportgruppen, denn Atem ist Bewegung und Bewegung stärkt den Atem.

Anzeige

Einatmen. Ausatmen. Aufatmen.

RC-Cornet® PLUS

Atemtherapie mit Vibrationen und Feuchtinhalations-Anschluss**.

Hilfsmittel für:

- ✓ Lösen von Bronchialschleim
- ✓ Verhinderung von Exazerbationen
- ✓ Gleichzeitige Feuchtinhalation

Studien* belegen, dass bei regelmäßiger Anwendung Exazerbationen, Antibiotikabedarf sowie Klinikaufenthalte bei chronischen Atemwegserkrankungen vermindert werden können.



Artikel-Nr. 2600
PZN 12 419 336

RC CORNET PLUS

RC-FIT® CLASSIC

Atemtherapie und Atemtraining mit Vibrationen und Tönen.

Hilfsmittel für:

- ✓ Kräftigung der Atemmuskulatur
- ✓ Reduktion der Atemfrequenz
- ✓ Beruhigung Atmung und Psyche

Studien* zufolge können sich regelmäßige Atemübungen, wie die tiefe Bauchatmung mit verlängerter Ausatemphase (diaphragmische Atmung), langfristig positiv auf Körperfunktionen und Gemütszustand auswirken.



Artikel-Nr. 2631
PZN 17 875 642

RC FIT CLASSIC



* Studien auf Anfrage erhältlich
** Vernebler sind separat zu verordnen

Atem-Bewusstsein

Der kleine Atem-Coach – Teil 2

Alles über Ihren Atem

Im ersten Teil des kleinen Atem-Coachs, veröffentlicht in der Winterausgabe 2023 der Atemwege und Lunge, wurden Ihnen die grundsätzlichen Inhalte des Buches vorgestellt. Teil zwei befasst sich mit der Basis des Atemgeschehens und dem Atembewusstsein. In Teil drei, in der Sommerausgabe 2024, werden Ihnen weitere Übungen zur Verbesserung der Atemwahrnehmung sowie Dehnungs- und Mobilisationsübungen vorgestellt.

Der natürliche Atem ist vielen Menschen verloren gegangen – das ist eine Erkenntnis von Medizinern und Atemtherapeuten – und dies betrifft nicht nur Menschen mit Atemwegserkrankungen. Viele atmen nur noch flach, kurz, oberflächlich und gestresst. Nichts reagiert nämlich so intensiv auf unsere Lebensweise wie der Atem. Dauernde Anspannungen, Sitzmarathons, Krankheiten und viel zu wenig Bewegung lassen den tiefen Atem verkümmern und in starren, verkrampften Körperwänden nur noch eine „Mini-Atmung“ zu. Der Mensch atmet dann sozusagen mit „angezogener Handbremse“. Durch Atembewusstsein und Atemübungen können wir aber eine „Befreiung des Atems“ erreichen. Atem-, Dehnungs- und Bewegungsübungen sorgen für mehr Weite im Brustkorb und in der Lunge.

Mangelnde Bewegung und Bewegungsimpulse sind die Hauptgründe, dass wir immer mehr das Gefühl für den gesunden Atem und den natürlichen Atemrhythmus verlieren.

Wichtig zu wissen: Impulse zur richtigen Atmung kommen immer aus der Bewegung!

Falsches Atmen

Viele Menschen füllen beim Einatmen nur den oberen Teil der Lunge. Manche ziehen sogar die Schultern dabei leicht nach oben und verkrampfen immer mehr in diesem Bereich. Die **obere Atmung** wird oft als „Stressatmung“ bezeichnet. Das Problem: Der Atem kann so nicht tief und lang werden. Beobachten Sie deshalb immer wieder Ihre Schultern beim Atmen.

Die **Bauchatmung**, die noch jedes Baby kann, ist vielen verlorengegangen. Dabei macht die Bauchatmung normalerweise zwei Drittel der gesamten Atmung aus. Beim

„paradoxen Atmen“ zieht man sogar beim Einatmen den Bauch ein: Das Zwerchfell bewegt sich dann beim Einatmen nach oben statt nach unten. Man zieht also eher den Bauch ein und weitet nur den Brustkorb übermäßig. Die Lunge kann sich jedoch nicht nach unten ausdehnen.

Eine fast ausschließliche **Mundatmung** gehört auch zu den Atemfehlern. Dadurch muss das Zwerchfell weniger arbeiten und verliert an Kraft. Die kalte Luft fließt ungehindert, ungefiltert und trocken in die Lunge.

Ein weiterer Fehler besteht im Atemrhythmus. Die Atemzüge sind häufig unregelmäßig, hektisch oder zu kurz. Die Ausatmung geschieht schnell, sodass für den Gasaustausch zu wenig Zeit und zu viel verbrauchte Luft in den Lungen bleibt. Dadurch, dass die Lunge sich nie ganz leert, wird die verbrauchte Luft in den Atemwegen nur hin und her geschoben. Lunge und Körper werden nur ungenügend mit Sauerstoff versorgt und Gewebe und Organe schlecht durchblutet.

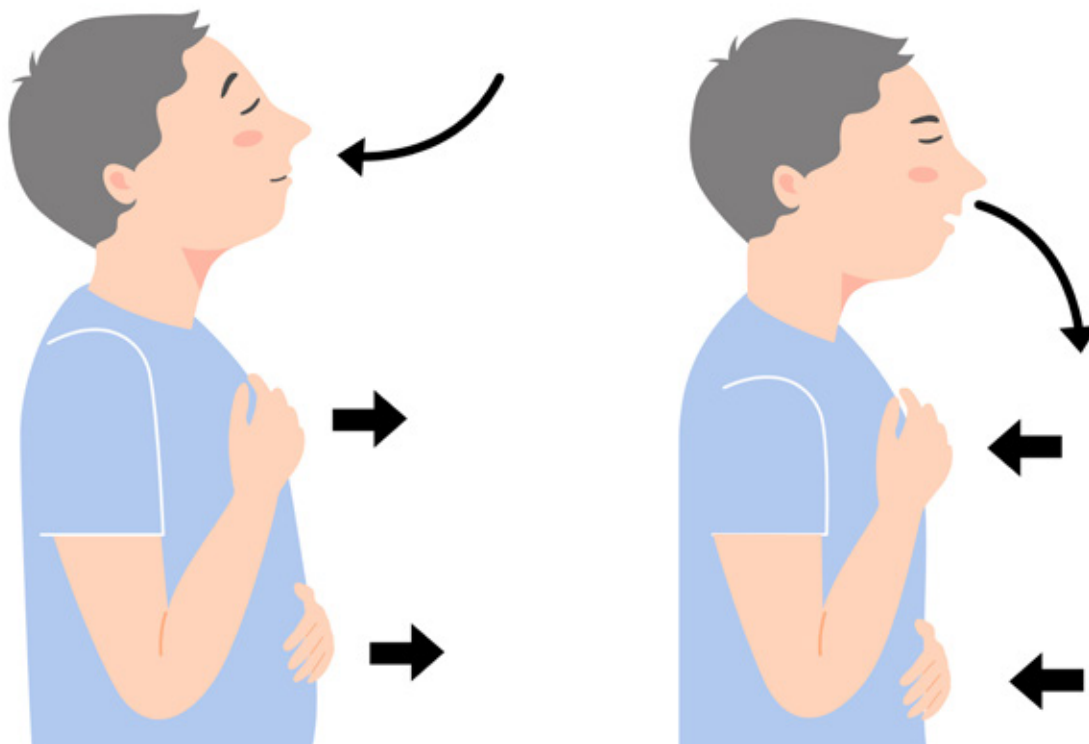
Richtiges Atmen

Gesundes Atmen heißt „natürlich“ atmen. So wie es die Natur vorgesehen hat. Beim natürlichen Atem sind das Zwerchfell und die Zwischenrippenmuskeln (Atemmuskeln) beteiligt. Beim Atemvorgang bewegen sich Bauch und Brustkorb (Zwerchfell-, Brust- und Flankenatmung).

Ökonomisch Atmen heißt, mit möglichst wenig Kraftaufwand die Lungen zu durchlüften und den Atem durch den Körper fließen zu lassen. Dies ist nur möglich, wenn die Atemmuskeln optimal eingesetzt werden. Das Zwerchfell bzw. die „Bauchatmung“ spielen dabei eine bedeutende Rolle. Dies gilt für gesunde, gestresste und für kranke Menschen gleichermaßen. **Gesundes Atmen ist langsames Atmen.**

Je beweglicher dabei die Körperwände im Brustkorbbereich sind, desto besser ist es. Der Atemrhythmus ist gleichmäßig, wobei die Ausatmung etwas länger ist als die Einatmung.

Langsames Ausatmen verbessert nicht nur den Gasaustausch, sondern bewirkt Entspannung. Die ist wich-



tig für die oft verkrampften, verhärteten Muskeln im Brustkorb- und Schulterbereich. Aber entspanntes Atmen beeinflusst auch die kleinen glatten Muskeln um die Bronchien günstig, die häufig sehr angespannt sind und das Entweichen der Luft erschweren; vor allem bei Asthma und COPD.

Vollatmung

Die natürliche Atmung ist die Vollatmung, bei der alle Lungenräume genutzt werden. **Eine Vollatmung ist eine Kombination aus Bauch-, Brustkorb- und Flankenatmung.**

Für die normale Atmung sind das Zwerchfell und die Zwischenrippenmuskeln gänzlich ausreichend. Atemhilfsmuskeln sind eigentlich keine Atemmuskeln und werden nur bei intensiver körperlicher Aktivität, Luftnot oder „falscher Atmung“ benutzt.

Der Atemvorgang bei natürlicher Vollatmung gleicht einer fließenden Welle. Beim Einatmen zieht sich das Zwerchfell zusammen, wodurch es sich nach unten bewegt und die Bauchorgane nach vorn und zur Seite ausweichen müssen. Dadurch weitet sich die Bauchdecke etwas. Die Lunge kann sich nach unten entfalten. Da das Zwerchfell an den unteren Rippen seinen Ursprung hat, werden diese gleichzeitig seitlich auseinandergezogen. Hierbei spüren Sie die Ausdehnung im Lendenbereich. Die Bauchatmung geht fließend in die Brustatmung über, bei der sich die äußeren Zwischen-

rippenmuskeln zusammenziehen. Dadurch heben sich die Rippen und der Brustkorb weitet sich nach vorn und seitlich. Die Lunge muss die Bewegungen mitmachen, wodurch in ihr ein Unterdruck entsteht und Atemluft eingesaugt wird.

Da die Lunge pyramidenförmig – mit der Spitze nach oben – im Brustkorb liegt, kann man sich gut vorstellen, dass die unteren Lungenteile mehr als zwei Drittel des Lungenvolumens zur Verfügung stellen und warum die Bauchatmung so wichtig ist. Außerdem ist in dieser Lungenbasis dank der Schwerkraft mehr Blut. Die unteren Lungenabschnitte werden 5- bis 7-mal besser durchblutet als die Lungenspitzen.

Atemrhythmus

Der gesunde Mensch atmet in einem gleichmäßigen Rhythmus, der aus drei Phasen besteht: Einatmen – Ausatmen – Atempause.

Im Alltag sind wir meist auf das Einatmen fixiert. Die Ausatmung, und erst recht die Atempause, kommen zu kurz. In der Ausatmung und der Atempause geschieht nicht nur Reinigung, sondern auch Erholung. Dabei wird das parasympathische Nervensystem bzw. der „Ruhenerve“ (Vagus) aktiviert. Entspannung und Erholung haben immer etwas mit einer längeren Ausatmung zu tun. Dann interpretiert das Gehirn unseren Zustand als „Alles ist okay, es droht keine Gefahr“.

Bei Atemwegs- und Lungenerkrankungen ist die Ausatmung in der Regel durch verengte Bronchien und verspannte Bronchialmuskulatur erschwert. Entspannungsübungen, Mobilisationsübungen und bewusstes, verlängertes sanftes Ausatmen durch die Lippenbremse üben ist wichtig. Aber denken Sie immer daran: Der Atem sollte nie ausgepresst werden.

Einatmung – aktiver Vorgang

Bei der gesunden Atmung dauert die Ausatemphase etwas länger als die Einatmung; gerne doppelt so lange. In der Einatmung geschieht das, was oben beschrieben wurde. Die Einatemmuskeln ziehen sich zusammen und machen der Lunge Platz, damit sie sich entfalten kann.

Ausatmung – passiver Vorgang

Beim Ausatmen entspannen sich die Atemmuskeln. Das Zwerchfell und die Zwischenrippenmuskeln erschlaffen. Das Zwerchfell steigt wieder nach oben und drückt von unten gegen die Lunge, die Rippen kehren in ihre Lage zurück und bewirken eine Verengung des Brustkorbs. Die Eigenelastizität der Lunge und ihre Rückstellkräfte sowie die Schwerkraft genügen, um den Brustkorb in die normale Ausatemruhelage zurückzuführen. (Hinweis: Bei einem vorliegenden Lungenemphysem ist die Elastizität allerdings eingeschränkt.)

Die Luft wird sozusagen aus der Lunge herausgepresst. Mit den Händen können Sie die Verengung der Atemräume spüren: Der Bauch sinkt nach innen, die Seiten und der Brustkorb werden kleiner.

Atempause

In der Atempause sind die Atemmuskeln, Rippen und das Lungengewebe in ihre Ruhestellung zurückgekehrt und können nun einen Moment regenerieren und sich erholen. Die Atempause kommt im Alltag meistens zu kurz. Beim entspannten Üben kann der Dreierhythmus des Atems jedoch bewusst wahrgenommen werden.



Heike Höfler

Autorin, Sport- und
Gymnastiklehrerin
selbstst. Kursleiterin für
Bildungswerke, Krankenkassen
www.heike-hoefler.de

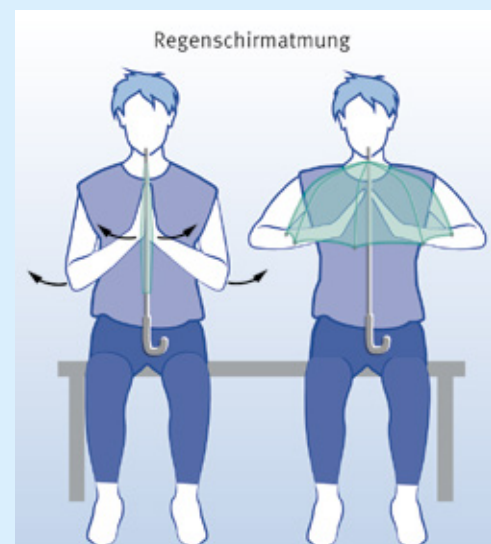
Übung 1: Wahrnehmung der Vollatmung des Atemvorgangs

Die **Regenschirmatmung** können Sie entweder im aufrechten Stehen oder Sitzen machen. Ich beschreibe sie im Sitzen.

Setzen Sie sich aufrecht auf einen Stuhl und legen Sie die Hände entspannt mit den Handrücken auf den Oberschenkeln ab. Konzentrieren Sie sich jetzt auf die Atembewegung. Stellen Sie sich einen Regenschirm vor, der sich öffnen und schließen kann. Der Griff befindet sich im Becken an den Lendenwirbeln. Der Stab ist Ihre Wirbelsäule und die Spitze ist Ihr oberster Halswirbel, der Atlas.

Beim Einatmen öffnet sich der Schirm zu allen Seiten. Beachten Sie, dass die Öffnung im unteren Bereich beginnt und zu allen Seiten hin weiter ist als oben. Der Schirm dehnt sich zu allen Seiten von unten nach oben aus. Beim Ausatmen wird er wieder enger und legt sich um seinen Stab. Beim Ausatmen bewegt sich außerdem der Schirmstab etwas nach oben.

Vielleicht wird Ihnen die Regenschirmatmung noch anschaulicher, wenn Sie die Hände bei dieser Übung wie einen Schirm mitbewegen. Legen Sie beide Handflächen vor Ihrem Brustkorb zusammen. Dies ist die Position des geschlossenen Schirms beim Ausatmen. Lassen Sie die Handflächen beim Einatmen langsam nach außen gleiten, sodass sich am Schluss nur noch die Fingerspitzen berühren. Beim Ausatmen die Hände wieder zurückführen und das Schließen des Schirms visualisieren.



Übung 2: Wahrnehmung der unteren seitlichen Flankenatmung

Setzen Sie sich aufrecht auf einen Stuhl und legen Sie ein Handtuch oder einen Schal unterhalb der Rippenbögen um Ihren Körper und halten Sie die Enden vorn fest. Wenn das (Hand-)Tuch lang genug ist, halten Sie es vorn über Kreuz; also das rechte Ende in der linken und das linke Ende in der rechten Hand.

Atmen Sie zuerst aus und atmen Sie dann langsam gegen das etwas gespannte Handtuch oder den Schal ein. Atmen Sie dann langsam durch die Lippenbremse aus und unterstützen Sie die Ausatmung, indem Sie etwas an den Tuchenden ziehen. Nehmen Sie sich so viel Zeit für diese Übung, wie es Ihnen angenehm ist. Spüren Sie zwischendurch immer wieder nach, wie sich die Taillenseiten anfühlen.

Nach einigen Wiederholungen wird der Atem leichter in die unteren Rippenseiten ein- und ausströmen.



Lesen Sie weiter...

Der kleine Atem-Coach
 Atemübungen bei Long Covid, Asthma und COPD
 Heike Höfler
 130 Seiten
 Trias Verlag, Stuttgart
 Erschienen November 2023



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

Inhalation & Sekretolyse

• **LightNeb Membranvernebler** **174,50 €**
 Klein - leicht (115 g) - geräuschlos, Verneblung von NaCl bis Antibiotika möglich. Mit 2x AA Batterien

• **Pureneb AEROSONIC+**
 mit 100 Hz Schall-Vibration

- z.B. bei Nasennebenhöhlenentzündung**
- Erhöhte Medikamentendeposition durch vibrierende Schallwellen bei gleichzeitiger Behandlung beider Naseneingänge durch speziellen Nasenaufsatz
 - Im Klassik-Modus auch für die unteren Atemwege nutzbar

Hustenassistent:
 mit Vibrationsmodus,
 für Kinder und Erwachsene

**NEU
 sofort lieferbar**

• **Comfort Cough II** optional mit HFCWO

**GeloMuc/RC-Cornet plus/
 PowerBreathe MedicPlus/**

**Quake/RC-FIT® classic/
 Acapella versch. Modelle**

**Einführungsangebot
 RC-Fit 79,90 €**

Nasaler High-Flow

• **MyAirvo2/prisma VENT 50-C/LM Flow**

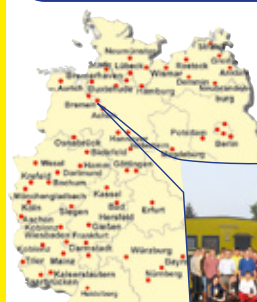
- Bei Lungenentzündung, Sauerstoffbeimischung möglich
- Verbessert die Oxygenierung • Reduziert die Atemarbeit
- Erhöht das end-expiratorische Volumen
- Verbesserte mukoziliäre Clearance und physiologische Atemgasklimatisierung
- Auswaschung des nasopharyngealen Totraums
- Von der WHO für die COVID-19 Behandlung anerkannt

Wasserdampfdesinfektion

NEU

• **DEDRY® DESTRO & DEDRY® PRO**

- **Desinfektion & Trocknung in einem Vorgang**
- Geeignet für alle Medikamentenvernebler und Atemtherapiegeräte, die für eine Wasserdampfdesinfektion geeignet sind



Bundesweiter Service:

- Schnelle Patientenversorgung
 - 24h technischer Notdienst
- im Shop zubuchbar

Fingerpulsoxymeter OXY 310 29,95 €

OXYCARE GmbH Medical Group

Fon 0421-48 996-6 · Fax 0421-48 996-99

E-Mail ocinf@oxycore.eu · Shop: www.oxycore.eu

Palliativmedizin

Teil 3: Ein neues Bewusstsein und Miteinander entwickeln

Zugehörige: Angehörige, Familie, Freunde

Was Palliativmedizin bei chronischen Lungenerkrankungen bedeutet, haben Sie in den ersten beiden Teilen der Serie bereits erfahren. Auch, dass sich die Behandlung vor allem auf die Symptomatik fokussiert, wie z.B. die Linderung der Atemnot – nachzulesen auf www.Patienten-Bibliothek.de.



Im Gespräch mit Frau **Professor Dr. Claudia Bausewein**, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. – www.dgpalliativmedizin.de – wird in Teil 3 vor allem auf das Umfeld der Betroffenen eingegangen. Den Menschen, die nicht unmittelbar von der Erkrankung betroffen sind.

Manchmal werden Zugehörige daher auch als „Betroffene in der zweiten Reihe“ bezeichnet, denn ihr Alltagsleben und die damit verbundenen Anforderungen ändern sich ebenfalls – wenngleich der Blickwinkel ein anderer ist. Und es geht um die Entwicklung eines neuen Miteinander.

Welche Sichtweise hat die Palliativmedizin auf Betroffene und Zugehörige?

Für die Palliativmedizin sind Betroffene – also Patienten und Zugehörige – eine Betreuungseinheit.

Wir wenden uns immer auch den Zugehörigen oder betreuenden Personen zu. Wir fragen nach, wie es ihnen geht, wie belastet sie sind. Unsere Psychologinnen und Psychologen auf der Station oder im ambulanten Bereich wenden sich an die Betroffenen, aber ebenso nehmen wir uns viel Zeit für die Zugehörigen. Angehörige benötigen gleichermaßen Unterstützung in der besonderen Lebenssituation mit einem chronisch Erkrankten.

In Gesprächen werden unterschiedlichste Fragen erörtert, beispielsweise hinsichtlich der Kranken- oder Pflegeversicherung, organisatorischen Aspekten etc. An erster Stelle steht jedoch vor allem die Frage: Wie geht der Zugehörige mit der Lebenssituation um?

Zugehörige befinden sich fast immer in einer Art „Doppelrolle“. Einerseits sind sie pflegende Zugehörige, da die Begleitung und Betreuung zu Hause in starkem Maße von ihnen abhängen, andererseits aber sind sie gleichzeitig auch selbst Betroffene und werden aller Wahrscheinlichkeit nach irgendwann einmal Trauernde sein.

Die Doppelbelastung der Zugehörigen findet in der Regel viel zu wenig Beachtung. Es ist jedoch essenziell wichtig, auch Zugehörige in ihrer Belastungssituation zu unterstützen.

Findet keinerlei Unterstützung des Zugehörigen statt, besteht durchaus die Gefahr, dass aufgrund einer Überlastung, auch der pflegerische Aspekt für den Erkrankten möglicherweise nicht mehr wahrgenommen werden kann.

Welche Erfahrungen machen Sie hinsichtlich der Kommunikation zwischen Betroffenen und Zugehörigen?

Kommunikation zwischen Betroffenen und Zugehörigen selbst findet in sehr unterschiedlicher Weise statt. Manchen Familien gelingt es tatsächlich, eine sehr offene, eine sehr wahrhaftige Kommunikation zu führen. Bei anderen Familien hingegen erschwert die vorliegende Erkrankung den gemeinsamen Dialog deutlich.

Immer wieder erleben wir zudem die Situation, dass sich Zugehörige und Betroffene vor allem gegenseitig schützen möchten.

Wechselseitig besteht das Gefühl, man müsse dem Gegenüber etwas vorspielen, da man glaubt, der andere halte die Realität nicht aus.

Vor der Zimmertür des Patienten wird uns von der Angehörigen beispielsweise gesagt: „Frau Doktor, sagen Sie bloß meinem Mann nicht, was los ist, der hält das nicht aus.“ In der Visite bittet uns dann der Patient: „Reden Sie bloß nicht mit meiner Frau, die ist so belastet und ich möchte ihr nicht noch mehr zumuten. Sagen sie ihr nicht, was mit mir ist.“ Eigentlich haben beide nur den einen dringlichen Wunsch, sich gegenseitig zu schützen. Tatsächlich verhindern sie mit ihrem



Verhalten jedoch ein echtes Gespräch, sodass wirklich wichtige Themen nicht angesprochen werden können. Belastungen werden aber nicht geringer, wenn sie nicht ausgesprochen werden.

Findet ein gemeinsamer Austausch statt, kann dieser durchaus tränenreich sein, manche Themen sind emotional und schmerzhaft. Allerdings wirkt ein solches Gespräch meistens für alle Beteiligten ungeheuer befreiend.

Welche kommunikativen Möglichkeiten hat die Palliativmedizin?

In der Palliativmedizin erfahren sowohl Patienten als auch Zugehörige viel intensive Zuwendung. Wir versuchen zunächst beide dort, wo sie gerade stehen, abzuholen. Offene Fragen sind hilfreich um zu verstehen, wie es den Beteiligten wirklich geht. Sind die Situation und die Motivation hinter einem Verhalten verstanden, können wir eine sehr individuell ausgerichtete Unterstützung anbieten.

Zudem sollte sich jeder Mensch bewusst sein, dass selbst, wenn eine schwere Erkrankung vorliegt oder man sich am Lebensende befindet, immer noch Ressourcen vorhanden sind.

Diese Ressourcen, die manchmal im Glauben oder in der Familie oder in der Natur o.a. liegen können, gilt es, durch palliative Maßnahmen zu stärken.

Wegweiser – Wer bietet was wo?

Bei Fragen zur unmittelbaren Versorgung eines schwerstkranken Menschen zügig zu Ansprechpartner:innen vor Ort zu vermitteln, ist der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ein wesentliches Anliegen. Dies gelingt in der Regel mit Hilfe des kostenfreien Online-Portals „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“, über welchen mehr als 3.200 Einträge zur Betreuung und Begleitung von Menschen mit einer nicht heilbaren Erkrankung zugänglich sind.

Auf der nutzerfreundlichen Website erleichtert ein knapper Überblick „Wer bietet was wo in der Hospiz- und Palliativversorgung?“ den Einstieg in das Themenfeld „Palliativ“ und „Hospiz“. Das Online-Portal ist an die Informationsbedürfnisse der Ratsuchenden angepasst, die in der Regel schnell, unkompliziert und kostenfrei Anlaufstellen in ihrer Nähe benötigen.

Tausende ambulante und stationäre Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung wären bundesweit sonst kaum zu überblicken: Palliativstationen, stationäre Hospize, Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), ambulante Hospizdienste, Palliativdienste im Krankenhaus, Bildungsangebote und Verbände u.v.m.. Die beteiligten Einrichtungen aktualisieren ihre Einträge selbst, unterstützt wird der Wegweiser außerdem durch den Deutschen Hospiz- und Palliativverband.

Dankbar ist die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin zudem für die Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, mit dessen Hilfe sämtliche Informationen des Wegweisers in neun weitere Sprachen übersetzt werden konnten.

Text: Karin Dlubis-Mertens



Kontakt

Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung
Deutschland

www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

www.dgppalliativmedizin.de

dgp@dgppalliativmedizin.de

Telefon 030 - 30101000

Lungeninformationsdienst

Lungenforschung aktuell

↳ LUNGEN
INFORMATIONSDIENST



Das Lungenemphysem ist eine mögliche Folge verschiedener chronischer Lungenerkrankungen, beispielsweise der COPD. Dabei erweitern sich die Lungenbläschen fortschreitend, bis sie unwiderbringlich zerstört sind. Statt vieler kleiner Lungenbläschen sind dann nur noch große Blasen vorhanden, in denen sich die Atemluft staut. Insbesondere die Ausatmung ist dauerhaft behindert. Atemnot ist die Folge. Die wichtigsten Informationen zum Lungenemphysem haben wir in unserem neuen Faktenblatt „Lungenemphysem – Das Wichtigste in Kürze“ zusammengefasst. Sie können es sich kostenlos herunterladen in unserem Downloadbereich unter <https://www.lungeninformationsdienst.de/service/download>.

Unser Service für Sie

Der Lungeninformationsdienst bietet eine Vielzahl an Informationen zum kostenlosen Herunterladen an. In unserem Downloadbereich unter <https://www.lungeninformationsdienst.de/service/download> finden Sie hilfreiche Materialien, z. B. Faktenblätter zu vielen Krankheitsbildern, Diagnose- und Therapieverfahren sowie Symptomtagebücher.

Außerdem möchten wir Sie auf unsere erste Online-Veranstaltung in diesem Jahr hinweisen: Am Dienstag, den 19. März 2024, von 16.30 bis ca. 18.30 Uhr geben neun renommierte Expertinnen und Experten Antworten auf individuelle Fragen von Betroffenen. Veranstalter des Online-Seminars, das im Vorfeld zum Deutschen Lungenkongress stattfindet, sind der Lungeninformationsdienst, der Deutsche Lungentag und das Deutsche Zentrum für Lungenforschung in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin.

Weitere Informationen zum Programm sowie den Link zur Anmeldung finden Sie unter <https://www.lungeninformationsdienst.de/aktuelles/patientenforum-lunge/patientenforum-zum-deutschen-lungenkongress-2024-patienten-fragen-experten-antworten>. Wir freuen uns über Ihre Teilnahme!

Eine interessante Lektüre wünscht Ihnen das Redaktionsteam des Lungeninformationsdienstes.

COPD: Dreifachtherapie für mehr Lebensqualität

Eine Kombination aus drei Wirkstoffen kann die Lebensqualität von Menschen mit schwerer COPD verbessern. Forschende fanden nun einen weiteren Vorteil.

Ein Wissenschaftsteam hat mit einer Literaturschau untersucht, welche Effekte eine Dreifachtherapie mit zwei bronchienerweiternden und einem entzündungshemmenden Medikament hat. Dazu werteten sie vier Studien aus, in denen die Wirkung einer Kombinationsbehandlung mit langwirksamen Beta-2-Agonisten (LABA) und langwirksamen Muskarin-Antagonisten (LAMA) mit einer Dreifachtherapie aus LABA, LAMA und einem entzündungshemmenden Cortisonspray verglichen wurde. Das Cortisonspray kann Wirkstoffe wie Fluticason, Beclometason oder Budesonid enthalten. Diese bekämpfen die chronische Atemwegsentzündung.

Die Autor:innen schlossen vier Studien mit insgesamt 15.412 COPD-Betroffenen in ihre Auswertung ein. Die Teilnehmenden waren durchschnittlich 65 Jahre alt und litten unter schweren oder sehr schweren COPD-Symptomen.

Bessere Lebensqualität, weniger COPD-Schübe

Die Wissenschaftler:innen kommen zu dem Ergebnis, dass die Dreifachtherapie die Lebensqualität von Menschen mit schwerer COPD verbessert. Gleichzeitig

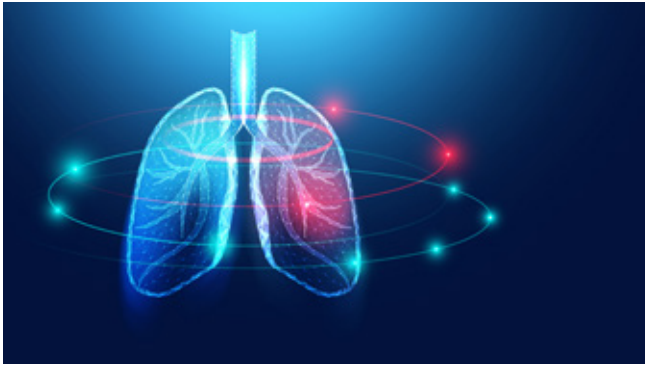


steigt jedoch wahrscheinlich das Risiko für eine Lungenentzündung.

Darüber hinaus könnte die Dreifachtherapie dazu führen, dass seltener Krankheitsverschlechterungen auftreten. Dieser Effekt ist jedoch weniger gut belegt, da sich die Ergebnisse der einzelnen Studien hierzu unterscheiden. Die Autor:innen erklären dies damit, dass die Kombination aus drei Wirkstoffen möglicherweise besonders gut bei COPD-Betroffenen wirkt, die besonders viele Eosinophile im Blut haben – eine Art von weißen Blutkörperchen, die auf eine ganz bestimmte Art von Entzündung hinweist.

Quelle:

van Geffen, W.H. et al.: Inhalative Kortikosteroide in Kombination mit inhalativen langwirksamen Beta-2-Agonisten und langwirksamen Muscarin-Antagonisten bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, doi 10.1002/14651858.CD011600.pub3



Lungenentzündung: Körper kann Schaden in der Lunge reparieren

Infektionen der Atemwege mit Viren können eine virale Lungenentzündung auslösen. Diese kann zu einem Lungenversagen führen. Forschende haben nun entdeckt, wie der Körper das Lungengewebe nach einer viralen Lungenentzündung repariert.

Das Forschungsteam, an dem auch Wissenschaftler:innen des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL) beteiligt waren, wollte nicht nur den Reparaturmechanismus entschlüsseln, sondern auch herausfinden, wie sich dieser für eine Therapie nutzen lässt.

Fresszellen spielen wichtige Rolle bei der Lungenreparatur

Eine schwere Lungenentzündung führt zu einem schnellen Abfall des Gasaustauschs in der Lunge, wodurch eine zügige Reparatur (Regeneration) des geschädigten Lungengewebes erforderlich ist. Bei der Regeneration spielen Makrophagen, auch als Fresszellen bekannt, eine entscheidende Rolle.

Alveolarmakrophagen, die in den Lungenbläschen angesiedelt sind, sind ein besonders wichtiger Bestandteil der Immunabwehr. Studien haben gezeigt, dass diese bei einer viralen Lungenentzündung abgebaut und im Verlauf der Infektion allmählich durch Makrophagen aus dem Knochenmark ersetzt werden. Diese mobilen Knochenmarkmakrophagen wandeln sich in der entzündeten Lunge zu Alveolarmakrophagen um.

Spezielles Protein fördert Reparaturmechanismus bei Lungenentzündung

Während des Umwandlungsprozesses von mobilen Fresszellen zu Alveolarmakrophagen wird das Protein Plet1 in erheblichem Maße produziert. Plet1 spielt eine entscheidende Rolle bei der Lungenreparatur und regt die Vermehrung von Alveolarepithelzellen an, die die Lungenbläschen auskleiden und die Verheilung dieser Zellschichtbarriere fördern.

Plet1 könnte für Therapie der viralen Lungenentzündung genutzt werden

In einem Mausmodell zeigten die Wissenschaftler:innen, dass verabreichtes Plet1 eine virale Lungenentzündung bei Mäusen mildern und einen tödlichen Verlauf abwenden konnte. In Zukunft könnte das Protein zu einer Therapieoption bei schwerwiegenden Lungenschäden werden – nicht nur bei viralen Lungenentzündungen, sondern auch bei einem akuten oder chronischen Lungenversagen. Dafür ist weitere Forschung nötig.

Quellen:

Pervizaj-Orouqaj, L. et al. Alveolar macrophage-expressed Plet1 is a driver of lung epithelial repair after viral pneumonia. In: Nat Commun 2024; 15(1):87. doi: 10.1038/s41467-023-44421-6

Justus-Liebig-Universität Gießen: Wie der Körper das Lungengewebe nach einer viralen Lungenentzündung repariert. Pressemitteilung vom 12. Januar 2024

...mehr Wissen

www.lungeninformationsdienst.de

Das Internetportal des Lungeninformationsdienstes bietet aktuelle, wissenschaftlich geprüfte Informationen aus allen Bereichen der Lungenforschung und -medizin in verständlich aufbereiteter Form, vor allem für Patient:innen, Angehörige und die interessierte Öffentlichkeit. Der Lungeninformationsdienst wird von Helmholtz Munich in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Lungenforschung (DZL) betrieben und arbeitet unabhängig von jeglichen Interessen Dritter.

Aktuelle Meldungen aus der Lungenforschung direkt nach Hause? Abonnieren Sie den Newsletter des Lungeninformationsdienstes und folgen Sie uns auf Twitter!

Tägliches Training

Wichtig und wirksam

Körperliche Aktivität, am besten zusammen...

Körperliche Aktivität ist eine wichtige und nachweislich wirksame Komponente der nicht-medikamentösen Therapie chronischer Lungenerkrankungen. Mehr körperliche Aktivität führt beispielsweise bei COPD zu weniger Krankenhausaufenthalten, einem geringeren kardiovaskulären Risiko und einer besseren Prognose.

Die ambulante Lungensportgruppe, die in Deutschland meist organisatorisch an einen Sportverein angegliedert ist, bietet Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen mindestens einmal pro Woche eine von den Krankenkassen bezahlte Trainingsmöglichkeit unter fachkundiger Anleitung eines für Lungenkranke speziell ausgebildeten Übungsleiters. Durch das Training in Gruppen werden die Patienten zusätzlich motiviert, dauerhaft eine Bewegungstherapie zu nutzen, die durch individuelle Trainingsmaßnahmen ergänzt werden sollte.



**Im Lungensport
Gleichgesinnte treffen!
Zusammen, neue Wege gehen...**

ein Tipp von Michaela Frisch, stellv. Vorsitzende der AG Lungensport

Die Arbeitsgemeinschaft Lungensport hat es sich zum Ziel gemacht, eine bundesweit flächendeckende und wohnortnahe Versorgung für Patienten mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen in Deutschland zu ermöglichen. Bundesweit gibt es derzeit über 1500 Lungensportgruppen von mehr als 750 Anbietern, mit steigender Tendenz – dennoch aber noch zu wenige für eine flächendeckende bundesweite und vor allem wohnortnahe Versorgung mit Lungensport.

Empfehlungen

Um der zu selten genutzten Behandlungsoption „Bewegungstherapie“ bei Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen eine bessere Nutzung und eine größere Verbreitung zu ermöglichen, wurden von einer Expertengruppe aus Sportwissenschaftlern, Sporttherapeuten und Pneumologen Empfehlungen zur Durchführung von ambulantem Lungensport in Gruppen verfasst. Die positiven Effekte von Sport und körperlichem Training bei Asthma, COPD, interstitiellen Lungenerkrankungen, Mukoviszidose, Lungenkarzinom und pulmonaler Hypertonie werden dargestellt.

Die Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland und die Deutsche Atemwegsliga empfehlen:

- Der Arzt soll jeden Patienten mit einer chronischen Lungenerkrankung bei Diagnosestellung und mindestens einmal jährlich nach dem Umfang seiner körperlichen Aktivität und sportlichen Betätigungen befragen und diese beurteilen.
- Eine moderate körperliche Aktivität, mindestens 30 Minuten über den Tag verteilt, wird angestrebt.
- Falls eine Trainingssteigerung in Eigenregie nicht realistisch erscheint, soll eine gezielte Beratung über ambulanten Lungensport und/oder Rehabilitation erfolgen.
- Die Teilnahme am Lungensport soll mindestens einmal pro Woche erfolgen und durch häusliches Training und/oder regelmäßige Bewegung im Alltag ergänzt werden.
- Lungensportgruppen sind von ausgebildeten Übungsleitern für Lungensport anzuleiten.
- Die Anwesenheit eines Arztes während des Trainings im Lungensport ist nicht erforderlich.



- Vor dem Hintergrund der überzeugenden Evidenz (wissenschaftlich nachweisbare Effekte) ist ein gerätegestütztes körperliches Training sinnvoll. Es sollte im Rahmen des Lungensports möglich sein und durch die Kostenträger adäquat finanziert werden.

Quelle: Empfehlungen „Ambulanter Lungensport und körperliches Training bei Patienten mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen“ der Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland und der Deutschen Atemwegsliga wurden bereits 2021 in der Januar-Ausgabe der Fachzeitschrift Pneumologie publiziert und sind online verfügbar auf www.lungensport.org.

Kontakt

Geschäftsstelle AG Lungensport in Deutschland e.V.
Raiffeisenstraße 38
33175 Bad Lippspringe
lungensport@atemwegsliga.de
www.lungensport.org
Telefon 05252 – 93706-03
Telefax 05252 – 93706-04



LUNGENSport
FIT ZUM ATMEN

Online-Lungensport

Wir freuen uns, Ihnen mitteilen zu können, dass wir auch im Jahr 2024 wieder kostenlosen Online-Lungensport anbieten können - dies ist uns durch die Unterstützung unserer Sponsoren

COPD - Deutschland e.V.
sowie PARI GmbH

und das Engagement der Übungsleiterinnen Michaela Frisch, Bettina Hübl und Sabrina Wensing möglich.

Wenn auch Sie kostenlos teilnehmen möchten, senden Sie uns bitte eine **E-Mail** mit dem Betreff "**Lungensport**" an sportstunde@atemwegsliga.de

März:

Donnerstag, 14.03.2024 mit Sabrina Wensing um 17 Uhr
Dienstag, 19.03.2024 mit Bettina Hübl um 16:30 Uhr
Donnerstag, 28.03.2024 mit Sabrina Wensing um 17 Uhr

Alle weiteren Termine für 2024 werden quartalsweise auf www.atemwegsliga.de ergänzt.

Datenbank Lungensportgruppen

Bundesweit finden Sie Lungensportgruppen im Lungensportregister der AG Lungensport. Die Daten werden kontinuierlich aktualisiert und mit größtmöglicher Sorgfalt zusammengestellt.

Gezielt kann man in der Adressdatenbank nach Bundesland, Ortsnamen oder Postleitzahl suchen. Für eine Suche im Umkreis reicht die Angabe der ersten zwei Ziffern einer Postleitzahl aus.

Alternativ können eine virtuelle Landkarte geöffnet und die angezeigten regionalen Gruppen angeklickt werden.

In einer Linkliste werden zudem die Verzeichnisse der Landesverbände des Deutschen Behindertensportverbands (DBS) und anderer Lungensportanbieter angezeigt, was eine ergänzende Recherche ermöglicht.

www.lungensport.org

Alpha 1

Selbsthilfe + Kliniken = Patiententage



Patiententage zu organisieren, ist ein großer Aufwand, gerade für ehrenamtlich Tätige. Zuerst kommt die Idee, dann der Ort, die Inhalte, die dazugehörigen Referenten und natürlich die Finanzierung. Einen geeigneten Ort zu finden, der wenig kosten soll, stellt meist eine besondere Herausforderung dar. Zumal der Ort gut erreichbar sein muss, via Bus und Bahn und ebenso mit dem Auto, inklusive nahegelegener Parkmöglichkeiten. Eine hinreichende Sauerstoffversorgung und behindertengerechte Räume werden in der Regel ebenfalls benötigt. Meistens ist diese Versorgung in Kliniken vorhanden. Doch die Räumlichkeiten können von uns Patienten bzw. der Selbsthilfe nicht einfach genutzt werden. Es sei denn, dass sich die Klinik um einen Patiententag bemüht...

Kliniken selbst bieten Kooperationen dieser Art viele Chancen und Möglichkeiten - um damit Werbung in eigener Sache zu verbinden und die Besonderheiten der Klinik sowie Expertisen der Ärzte zu präsentieren. Ein gemeinsames Engagement trägt zudem zur Erlangung einer höheren Patientenzufriedenheit bei. Sind Patientinnen und Patienten informiert, erleichtert dies auch die Arzt-Patienten-Kommunikation.

Bei der Erkrankung Alpha-1-Antitrypsin-Mangel nehmen wir aktuell ein deutliches Umdenken wahr – vermutlich gilt dies gleichermaßen für andere chronische Erkrankungen. Während in der Vergangenheit nur vereinzelt Patiententage in Verbindung mit Kliniken und Praxen angeboten wurden, so kann inzwischen von einem fast flächendeckenden Angebot in Deutschland gesprochen werden – eine Entwicklung, die eindeutig erkennbar ist.

Das Beste daran: die Patiententage erfolgen in enger Kooperation mit uns als Patientenorganisation. Es sind **neue Wege**, die wir nun **gemeinsam** gehen.

Ein gemeinsames Ziel bildet die Grundlage: Wir möchten über die Erkrankung aufklären, Patienten bei der Behandlung unterstützen, sie durch den Alltag mit Alpha-1-Antitrypsin-Mangel lotsen und auch die Angehörigen stärken – damit alle Aspekte einer umfassenden Betreuung gewährleistet werden können.

Wir freuen uns, dass immer mehr Ärzte den Kontakt mit uns suchen, um einen gemeinsamen Patiententag speziell für Alpha-1-Patienten auszurichten. Für das Jahr 2024 haben wir bereits eine lange Liste von Veranstaltungen in Planung:

- **17. April** Alpha-1-Veranstaltung in Köln am Augustinerinnen Krankenhaus (Dr. Sommerwerck)
- **19.-20. April** Informationstag in Bad Wildungen (Alpha1 Deutschland e.V.)
- **15. Juni** Patiententag am AK Barmbek, Hamburg (Professor Eberhart)
- **Anfang/Mitte Juni** in Kempten (Professor Schumann)
- **22. Juli** Patiententag am UK Aachen (Professor Strnad)
- **21. September** Hannover (Professor Janciauskiene)
- **27.-28. September** Stuttgart (Dr. Rupp)
- **Oktober/November** in Essen (Dr. Albrecht)
- Weitere Veranstaltungen sind in Großhansdorf und in Nürnberg geplant.

Wir danken allen Ärztinnen und Ärzten, Praxen und Kliniken, die mit uns diesen Weg zusammen beschreiten. Sie ermöglichen einen enormen Mehrwert für Patientinnen und Patienten mit einem Alpha-1-Antitrypsin-Mangel.

Weitere Informationen zu den Terminen finden Sie auf: www.alpha1-deutschland.org
Kostenfreie Servicenummer 0800 – 5894662



Marion Wilkens

1. Vorsitzende
Alpha1 Deutschland
Gesellschaft für Alpha-1-Antitrypsin-Mangel-Erkrankte e.V.





Ernährungstipps und Rezepte aus der Praxis (Teil 19)

Blutdruckfreundliche Ernährung

Stichwort Blutdruck

Um den Körper mit nährstoff- und sauerstoffreichem Blut zu versorgen, ist im arteriellen Gefäßsystem ein bestimmter Druck erforderlich, der als Blutdruck bezeichnet wird.

Der Blutdruck wird typischerweise durch zwei Werte angegeben: den systolischen Druck (Druck vom Herzen weg) und den diastolischen Druck (Druck zum Herzen zurück). Ein normaler Blutdruck liegt bei etwa 120/80 mmHg. In Situationen von Aufregung oder Stress steigt der Blutdruck an, um sicherzustellen, dass mehr Sauerstoff und Nährstoffe die Zellen erreichen.

Ein vorübergehend erhöhter Blutdruck ist daher normal und sogar wichtig. Probleme können auftreten, wenn der Blutdruck über einen längeren Zeitraum erhöht bleibt, oder nur selten den Normalwert erreicht.

Risikofaktoren Bluthochdruck

- Übergewicht
- Bewegungsmangel
- salzreiche Ernährung
- Rauchen
- Alkoholkonsum
- Diabetes
- Alter
- familiäre Vorbelastung

Bluthochdruck – eine häufige Begleiterkrankung

Ein langfristig hoher Blutdruck, auch Hypertonie genannt, zählt zu den häufigsten Begleiterkrankungen bei COPD.

Von Hypertonie spricht man, wenn der systolische Wert größer oder gleich 140 mmHg und/oder der diastolische Wert größer oder gleich 90 mmHg liegt. Dies kann das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Belastung anderer Organe erhöhen.

Ein tückischer Faktor ist dabei, dass ein hoher Blutdruck lange Zeit keine Beschwerden verursacht und oft erst spät diagnostiziert wird.

Fünf grundlegende Ernährungsempfehlungen bei Bluthochdruck

1 Salzkonsum reduzieren!

Speisesalz besteht hauptsächlich aus Natriumchlorid (NaCl) und liefert unserem Körper die wichtigen Stoffe Natrium und Chlorid. Diese spielen eine entscheidende Rolle für den Wasserhaushalt, die Verdauung, den Knochenbau sowie die Funktion von Muskeln und Gelenken. Unser Körper kann diese Stoffe nicht selbst herstellen, deshalb ist eine gewisse Menge an Salz in unserer Ernährung notwendig.

Jedoch nehmen wir Salz über nahezu alle Lebensmittel auf. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt, dass ein Erwachsener nicht mehr als 6 g Kochsalz pro Tag zu sich nehmen sollte. Das entspricht ungefähr einem Teelöffel.

Im Durchschnitt nimmt jeder Deutsche jedoch etwa 8 – 11 g Kochsalz pro Tag auf! Der Hauptanteil der Salzaufnahme erfolgt über industriell verarbeitete Lebensmittel und den Verzehr von außer Haus zubereiteten Speisen. Produkte wie Brot, Fleisch, Wurst und Käse tragen am meisten zur Gesamtaufnahme von Salz bei.

Zu viel Salz im Essen bindet mehr Wasser im Körper, was die Blutmenge erhöht und somit den Druck in den Blutgefäßen steigert. Etwa die Hälfte der Bevölkerung mit Bluthochdruck gilt als „salzsensitiv“. Daher ist es wichtig, den Salzkonsum im Auge zu behalten.





Achtung: Besonders tückisch sind Salzmischungen, welche zur Konservierung von Fleisch- und Wurstwaren verwendet werden. Diese sogenannten Pökelsalze (E250) enthalten neben gewöhnlichem Kochsalz auch Natriumnitrat. Letzteres kann die Lunge schädigen, da es beim Abbau im Körper aggressive Stickstoffverbindungen bildet. Meiden Sie daher gepökelte Lebensmittel!

Schmackhafte Salzalternativen zum Würzen

- Röstaromen von Knoblauch, Zwiebeln
- Scharfstoffe: Ingwer, Chili, Senf, Meerrettich
- Kräuter wie Petersilie, Schnittlauch, Thymian, Rosmarin ...
- Paprikapulver
- Tomatenmark
- Zitronensaft

Als alternative Brotbeläge für Wurst und Käse eignen sich Aufstriche – leckere Rezepte dazu finden Sie in der Ausgabe 03|2020 der Patienten-Bibliothek oder auf www.PRAEGRESS.de.

2 Täglich Obst und Gemüse – Bunt ist gesund!

Fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag – das benötigt unser Körper für eine optimale Nährstoffversorgung! Dabei ist eine schonende Zubereitung wichtig, um möglichst alle Nährstoffe und Vitamine zu erhalten.

Bevorzugen Sie saisonales Obst und Gemüse aus der Region, und genießen Sie die bunte Vielfalt. Obst und Gemüse haben besonders durch die hohen Gehalte an Kalium, anderen Vitaminen und sekundären Pflanzenstoffen einen positiven Einfluss auf den Wasserhaushalt sowie Ihren Blutdruck! Kalium wirkt als Gegenspieler von Natrium und kann dazu beitragen, den Blutdruck zu regulieren.

Hinweis: Einen Gemüse-Saisonkalender finden Sie in der Ausgabe 04|2022 der Patienten-Bibliothek oder auf www.PRAEGRESS.de



3 Vollkorn wählen!

Eine Zufuhr von mindestens drei Portionen Vollkornprodukten aus grob gemahlene Mehlprodukten, Reis, Hafer und anderen Getreidearten wird mit einer effektiven Senkung des Bluthochdrucks in Verbindung gebracht. Grund hierfür sind die in den Randschichten der Getreidekörner enthaltenen Ballaststoffe, Eiweiße und Vitamine. Schöner Nebeneffekt ist die gute und lange Sättigung durch Vollkornprodukte im Vergleich zu Weißmehlerzeugnissen!

Gut zu wissen: Beim Kauf von Brot und Backwaren auf die Bezeichnung „Vollkorn“ achten – denn diese dürfen nur als solche bezeichnet werden, wenn mindestens 90 % des verwendeten Mehles aus dem vollen Korn gewonnen wurde.

4 Übergewicht vermeiden

Ab einem Körpergewichts-Größen-Verhältnis (Body-Mass-Index) von 25 kg/m² spricht man von Übergewicht. Dieses geht mit einem gesteigerten Risiko für hohen Blutdruck einher. Dabei sind besonders die Fettdepots im Bauchraum und um die inneren Organe herum kritisch: Diese senden entzündungsfördernde Botenstoffe in den gesamten Körper und vervielfachen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Studien zeigen, dass schon eine Abnahme von etwa vier Kilogramm Gewicht den oberen Blutdruckwert (systolischen Blutdruck) im Durchschnitt um 4 mmHg senken kann und den unteren Wert (diastolischen Blutdruck) um 2 mmHg. Jedes weitere Kilo, das Sie verlieren, kann den Blutdruck nochmal um etwa 1-2 mmHg senken.



5 Abschied von Nikotin und Alkohol

Sowohl hoher Blutdruck als auch das Rauchen schädigen unabhängig voneinander die Blutgefäße. Neben dem enthaltenen Nikotin spielen auch die Giftstoffe im Tabak eine wichtige Rolle. Jede Zigarette erhöht Ihren Blutdruck für eine halbe Stunde und verstärkt damit die negativen Auswirkungen eines bereits vorhandenen Bluthochdrucks.

Alkohol kann ebenfalls den Blutdruck erhöhen und sollte daher in Maßen genossen werden. Mit einem bereits bestehenden Bluthochdruck greifen Sie besser zu alkoholfreien Alternativen!

Tipps für den Ernährungsalltag

- Salzkonsum schrittweise senken, nachsalzen meiden!
- Würzen statt salzen! Bedienen Sie sich an Kräutern und Scharfstoffen, um Ihren Gerichten Geschmack zu verleihen.
- Fertigprodukte meiden! Diese enthalten neben reichlich Salz auch versteckte Zucker, ungesunde Fette und Konservierungsmittel.
- Bevorzugen sie natriumarmes Wasser (unter 20 mg Natrium/l)
- Immer im Blick: Den Salzgehalt von verpackten Lebensmitteln finden sie ganz unten in der Nährwertabelle.
- Clever frühstücken: Morgens lieber zu einem Müsli auf Haferflockenbasis statt zu Brot/Brötchen greifen – das spart eine Menge Salz und macht satt!



Alissa Kern, M.Sc.
Leitende Ernährungstherapeutin
der Nordseeklinik Westfalen



Gesundheitskompetenz für Meer Lebensqualität



Das Meer ganz nah, der Strand vor der Tür, die Stadt um die Ecke. Und SIE mittendrin!

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 Gesundung zu begleiten.

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

- Schwerpunktambulanz für COPD, Asthma, Lungenemphysem & COVID-19 Folgeerkrankungen
- Wohnen direkt am Strand. Klimatische Reize, schadstoffarme Luft, Meeresaerosol
- **PRÄGRESS®-Konzept** mit Ernährungstherapie, Bewegung & Atmung und Stärkung mentaler Ressourcen www.Praegress.de
- Nachhaltige Reha mit wissenschaftlicher Expertise www.Atemwege.science
- Patientenorientierter Familienbetrieb mit den gelebten Werten Vertrauen, Unterstützung und Transparenz
- Renten, Krankenkassen & Beihilfe

**NORDSEEKLINIK
WESTFALEN**
PNEUMOREHA AM MEER

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

Long Covid: Genesen, noch nicht gesund!

Das Virus ist nicht mehr nachweisbar. Trotzdem zeigen sich im späteren Verlauf multiple Folgeerkrankungen. Als Lungenfachambulanz sammeln wir seit März 2020 Erfahrungen mit LONG-COVID. Seit Januar 2021 bietet unser Team jetzt mit dem **CORONACH®**-Konzept seine Expertise und Erfahrung an: www.CORONACH.info



Rote-Beete-Suppe mit Meerrettich-Creme

(Nährwerte pro Portion (323 g): 235 kcal, 4,93 g Eiweiß, 11,1 g Fett, davon 3,3 g gesättigt, 1,8 g Salz)

Zutaten für 2 Portionen:

300 g	Rote Beete
1	Karotte
1	kleine Zwiebel
1	Zehe Knoblauch
1	EL Rapsöl
500 ml	Gemüsebrühe
25 g	Meerrettich
50 g	saure Sahne
Saft	von ½ Orange
	Salz, Pfeffer

Zubereitung

- Zwiebel und Knoblauch in 1 EL Rapsöl anrösten
- Rote Beete und Karotte schälen, in kleine Stücke schneiden und mit den Zwiebeln weitere 3 Minuten braten
- Hitze reduzieren, Gemüsebrühe hinzugeben und für ungefähr 30 Minuten köcheln lassen, fein pürieren und mit Salz, Pfeffer und Orangensaft abschmecken
- Für die Creme den Meerrettich schälen, raspeln und mit saurer Sahne pürieren



Kerniges Knäckebrot

(Nährwerte pro Portion (78 g): 342 kcal, 12,9 g Eiweiß, 16,8 g Fett, davon 2,1 g gesättigt, 1 g Salz)

Zutaten für 1 Backblech:

60 g	Vollkornmehl
60 g	Haferflocken, zart
50 g	Sonnenblumenkerne
25 g	Sesam
25 g	Leinsamen
½ TL	Salz
1 EL	Rapsöl
150 ml	Wasser

Zubereitung

- Alle Zutaten vermischen und auf zwei mit Backpapier belegten Backblechen dünn ausstreichen
- Im vorgeheizten Backofen bei 180 °C Ober-/Unterhitze ca. 60 Minuten backen

TIPP: Nach 15 min Backzeit das Knäckebrot in Scheibengröße einritzen, so lässt es sich nach dem Backen gut brechen.



Petersilien-Walnuss-Pesto

(Nährwerte pro Portion (etwa 70 g): 239 kcal, 5,5 g Eiweiß, 22,4 g Fett, davon 4,3 g gesättigt, 1,4 g Salz)

Zutaten für 1 Glas:

- 1 Bund glatte Petersilie
- 1 Knoblauchzehe
- 40 g Walnüsse
- ½ unbehandelte Zitrone
- 35 g Parmesan, frisch gerieben
- 4 EL Olivenöl
- Salz, Pfeffer

Zubereitung

- Petersilie waschen, trocken schütteln und Blätter abzupfen
- Knoblauch schälen und grob hacken
- Walnüsse in einer beschichteten Pfanne ohne Fett rösten
- Petersilie, Knoblauch und Walnüsse in den Mixer geben und kurz mixen
- Zitronenschale abreiben und mit den restlichen Zutaten in den Mixer geben
- Mit Zitronensaft, Salz und Pfeffer abschmecken

TIPP: Mit Olivenöl bedeckt hält sich das Pesto bis zu 3 Wochen im Kühlschrank!

Himbeer-Mandel-Birchermüsli für unterwegs

(Nährwerte pro Portion (290 g): 425 kcal, 15,2 g Eiweiß, 11,2 g Fett, davon 2,53 g gesättigt, 0,2 g Salz)

Zutaten für 1 Portion:

- 4 EL Haferflocken
- 1 EL Mandeln
- 100 g Naturjoghurt (3,5 % Milch (50 ml, nach Bedarf)
- 1 EL Rosinen oder 1 TL Honig
- 1 Handvoll Himbeeren (tiefgekühlt oder frisch)
- ½ Banane

Zubereitung

- Mandeln hacken und mit den anderen Zutaten in eine Schüssel geben
- Je nach gewünschter Konsistenz Milch hinzugeben. Das Müsli in ein Glas oder To-go Behälter umfüllen

TIPP: Müsli abends vorbereiten und über Nacht im Kühlschrank ziehen lassen spart Zeit und schmeckt besonders lecker!

Guten Appetit!

wünschen die Ernährungstherapeutinnen
der Nordseeklinik Westfalen
Wyk auf Föhr
www.PRAEGRESS.de

Patienten direkt

Dr. Michael Barczok

...beantwortet *Ihre* Fragen



Atemweg- und Lungenerkrankungen sind meist sehr komplex, ebenso die vielfältigen therapeutischen Optionen. Im Arzt- und/oder Therapeutengespräch finden sich manchmal nicht ausreichend Zeit, doch viele Fragen ergeben Sie auch erst, wenn man sich zu Hause in Ruhe mit den Maßnahmen und seiner Erkrankung befasst.

In dieser Rubrik beantwortet

Dr. med. Michael Barczok, Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Sozial-, Schlaf- und Umweltmedizin, Lungenzentrum Ulm (www.lungenzentrum-ulm.de) Ihre Fragen.

Übrigens, falls Sie die Fortbildungsserie zu „Mehr Wissen: COPD“ von Dr. Barczok, die in den Ausgaben Frühjahr 2022 bis Herbst 2023 in der „Atemwege und Lunge“ veröffentlicht wurden, noch nicht kennen, finden Sie diese online auf www.Patienten-Bibliothek.de. Einfach das Deckblatt für den Download anklicken.

1. Seit gut einem Jahr bin ich aufgrund meiner COPD sauerstoffpflichtig. Nun habe ich zusätzlich die Diagnose eines Bluthochdrucks erhalten. Hängen die beiden Erkrankungen zusammen?

Nun, zunächst einmal ist es so, dass eine chronische Atemwegserkrankung schon allein deswegen einen hohen Blutdruck begünstigt, weil es häufig zu „Aufregungen“ in Atemnotepisoden kommt, die sich natürlich auch auf Herzfrequenz und Blutdruck auswirken.

Ein weiteres Problem könnte aber sein, dass vielleicht nachts sogenannte Atemaussetzer vorliegen. Wir sehen diese medizinisch als „Schlafapnoe“ bezeichnete Erkrankung häufig bei einer COPD, welche ebenfalls einen Bluthochdruck begünstigen kann.

Fragen Sie doch bei ihrem nächsten Pneumologenkontakt nach, ob eine Screeninguntersuchung bei Ihnen zu Hause durchgeführt werden kann, mit der sich diese

Frage klären lässt. Im Übrigen kann mit dieser Untersuchung gleichzeitig überprüft werden, wie sich die Sauerstoffwerte bei Ihnen nachts darstellen.

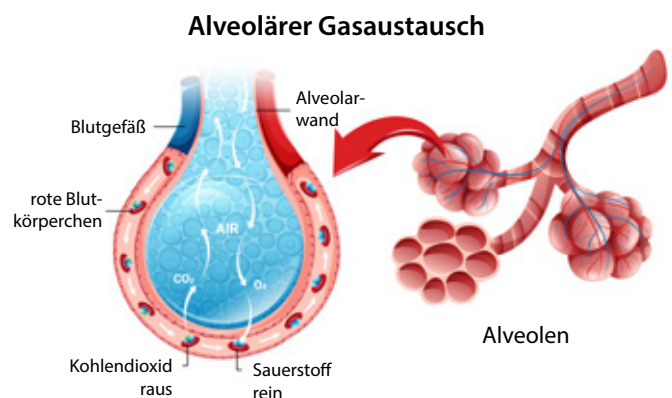
2. Ich habe gehört, dass man als Lungenemphysem-Patient eine höhere Gefährdung hat, zusätzlich einen Lungenhochdruck zu bekommen. Wie kann ich dies vermeiden?

Bei einem Lungenemphysem werden die Lungenbläschen geschädigt und in ihrer Zahl reduziert. Dadurch gehen auch die kleinen Blutgefäße kaputt, die an jedem Lungenbläschen die Aufgabe haben, den eingeatmeten Sauerstoff in den Körper zu bringen und das dabei entstehende CO₂ wieder aus dem Körper abzuatmen (siehe Abbildung alveolärer Gasaustausch).

Nimmt aber die Zahl der kleinen Blutgefäße ab, muss das Blut durch immer weniger Blutgefäße in der Lunge mit immer höherem Druck gepumpt werden, um einen ausreichenden Blutfluss vom rechten zum linken Herzen zu gewährleisten.

Darauf ist die rechte Herzkammer nicht wirklich eingerichtet, da sie normalerweise mit einem sehr niedrigen Druck auskommt. Deshalb kann es sehr schnell zu einer Überlastung des rechten Herzens kommen.

Vermeiden kann man dieses Problem durch eine rechtzeitige Behandlung der COPD, eine ergänzende intensive Atemtherapie und bei schlechten Sauerstoffwerten



Die roten Blutkörperchen nehmen den Sauerstoff auf und transportieren diesen in die Organe und Gewebe.

zudem durch eine überwachte Sauerstofftherapie, durch die der erhöhte Druck in der Lunge ebenfalls reduziert werden kann. Weiterhin besteht die Möglichkeit, Medikamente, die den Hochdruck in der Lunge reduzieren, einzusetzen.

3. Mein Hausarzt hat bei mir eine COPD festgestellt und ein Medikament zur Inhalation verschrieben. Mir geht es so weit gut. Mein Nachbar hat mich nun allerdings verunsichert, da er meinte, ich solle unbedingt mit der Erkrankung einen Lungenfacharzt aufsuchen. Wann ist ein Besuch bei einem Facharzt erforderlich?

Gerade bei der COPD ist es wichtig, dass man sehr genau abgeklärt, was nun wirklich vorliegt und welche Schäden bereits eingetreten sind. Dafür ist eine umfassende Untersuchung der Lungenfunktion mit einem Bodyplethysmografen (in einer Kabine) zu empfehlen.

Auch die sogenannte Diffusionskapazität (DCO, ermöglicht Aussagen über den Sauerstoffaustausch in der Lunge), Blutgaswerte (ermöglichen Aussagen über die Gasverteilung von Sauerstoff und Kohlendioxid im Blut) und mitunter notwendige Röntgenaufnahmen können in der Regel nur bei einem Lungenspezialisten durchgeführt werden.

Die weitere Dauerbehandlung sollte dann zwischen Hausarzt und Facharzt abgestimmt werden. Es geht also nicht um die Frage Hausarzt oder Lungenfacharzt, sondern idealerweise vielmehr um die Zusammenarbeit beider Fachgebiete.



Die Bodyplethysmographie (große Lungenfunktionsmessung) ist ein Verfahren zur Messung von Lungen- und Atemparametern. Eine Vielzahl der ermittelbaren Werte, wie z.B. der Atemwiderstand, das Residualvolumen oder die totale Lungenkapazität, sind über die Spirometrie (kleine Lungenfunktionsmessung) nicht möglich.

Auch Sie haben Fragen rund um das Thema Atemwege und Lunge?

Dann schreiben Sie uns bitte!

Kontaktdaten:

Patientenverlag
Sabine Habicht, Laubeggengasse 10, 88131 Lindau

S.Habicht@Patienten-Bibliothek.de

4. Was ist der Unterschied zwischen einem Bedarfs- und einem Notfallspray? Wann sollte ich dieses oder jenes konkret anwenden?

Bedarfs- und Notfallspray sind unterschiedliche Begriffe für die gleiche Medikamentengruppe.

Patienten mit Asthma oder COPD haben in der Regel ein sogenanntes **Basismedikament**, das sie regelmäßig und unabhängig von irgendwelchen zusätzlichen Bedingungen nehmen sollten.

Meist handelt es sich dabei bei Asthmatikern um eine Kombination zwischen einem lang wirkenden, bronchienerweiternden Medikament und einem inhalativen Cortisonpräparat und bei Patienten mit COPD um ein lang wirkendes sogenanntes Vagolytikum und meist ein ebenfalls lang wirkendes β -Mimetikum.

Diese Medikamente haben die Aufgabe, über 24 Stunden hinweg die Bronchien weit zu halten. Es kann aber sein, dass beispielsweise eine zusätzliche akute körperliche Belastung oder Stress trotzdem für Beschwerden sorgen, für die man dann ein **Bedarfspray** in der Hosentasche haben sollte.

Diese Mittel wirken nur sehr kurz, aber dafür intensiv und haben somit eine Akutwirkung.

Der Ausdruck Notfallspray umschreibt den gleichen Sachverhalt, ich persönlich nutze aber lieber die Bezeichnung Bedarfspray, da für mich der Ausdruck „Notfallspray“ Alarm und Gefahr signalisiert.

Wichtig ist, die Basismedikamente zu Hause zu haben und vor den Mahlzeiten einzunehmen, der Bedarfspray sollte in der Hosentasche oder im Täschchen verbleiben, damit er jederzeit zur Verfügung steht, im Idealfall jedoch gar nicht gebraucht wird.

Kontaktadressen

Selbsthilfeorganisationen



Alpha1 Deutschland

Gesellschaft für Alpha-1-Antitrypsin-Mangel-Erkrankte e.V.
Alte Landstraße 3, 64579 Gernsheim
Kostenfreie Servicenummer 0800 - 5894662
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.

Landwehrstraße 54, 47119 Duisburg
Telefon 0203 – 7188742
www.copd-deutschland.de,
verein@copd-deutschland.de



in Auflösung



Deutsche Sauerstoff- und Beatmungsliga LOT e.V.
Selbsthilfegruppen für Langzeitsauerstoff- und Beatmungstherapie

Deutsche Sauerstoff- und Beatmungsliga LOT e.V.

Die Geschäftsstelle in Bad Reichenhall ist geschlossen.
Weiterhin erreichbar info@sauerstoffliga.de und
www.sauerstoffliga.de.
Telefonische Beratung durch Angelika Uher:
Telefon 08431 – 9078075 oder ingolstadt@sauerstoffliga.de

Leben braucht Luft

Losler Verbund von Selbsthilfegruppen
für Betroffene und Angehörige von
Lungen- und Herzkrankheiten – mit
und ohne Sauerstoff, Telefon 08071 – 9045253
www.lebenbrauchtluft.de, info@lebenbrauchtluft.de



Leben
braucht
Luft

Lungenfibrose e.V.

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



Patientenorganisation

Lungenemphysem-COPD Deutschland

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



Sarkoidose-Netzwerk e.V.

Rudolf-Hahn-Straße 248,
53227 Bonn
Telefon/Telefax 0228 – 471108
www.sarkoidose-netzwerk.de,
verein@sarkoidose-netzwerk.de

Patientenorientierte Organisationen



Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland e.V.

Raiffeisenstraße 38, 33175 Bad Lippspringe
Telefon 05252 – 93706-03, Telefax 05252 – 937 06-04
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 05252 – 933616
www.atemwegsliga.de, kontakt@atemwegsliga.de



Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft
für Außerklinische Beatmung

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

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

Deutsche Lungenstiftung e.V.

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



Lungeninformationsdienst

www.lungeninformationsdienst.de

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

www.lungenaerzte-im-netz.de

In Zusammenarbeit mit dem Verband
Pneumologischer Kliniken e.V.



Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin e.V.

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)

<https://pneumologie.de/aktuelles-service/patienten>

Impressum

Herausgeber

Offene Akademie und Patienten-Bibliothek e.V. i.G.
Laubeggengasse 10, 88131 Lindau
Telefon 08382 – 9110125
www.patienten-bibliothek.de
info@patienten-bibliothek.de

Patientenbeirat

Jutta Remy-Bartsch, Bronchiektasen-/COPD-Patientin, Übungsleiterin Lungensport
Marion Wilkens, Alpha1 Deutschland e.V.
Patricia Zündorf, Angehörige COPD-Selbsthilfegruppe Bonn
Angelika Uher, COPD- und LOT-Patientin

Wissenschaftlicher Beirat

Dr. Michael Barczok, Ulm
Prof. Dr. Claudia Bausewein, München
Bettina Bickel, München
Dr. Justus de Zeeuw, Köln
Michaela Frisch, Trossingen
Dr. Jens Geiseler, Marl
Prof. Dr. Rainer W. Hauck, Altötting
Prof. Dr. Felix Herth, Heidelberg
Prof. Dr. Klaus Kenn, Schönau
Prof. Dr. Winfried J. Randerath, Solingen
Monika Tempel, Regensburg
Prof. Dr. Claus F. Vogelmeier, Marburg
Sabine Weise, München

Verlag, Anzeigenvertrieb, Gestaltung

Patientenverlag Sabine Habicht
Laubeggengasse 10, 88131 Lindau

Verlagleitung

Sabine Habicht
s.habicht@patienten-bibliothek.de

Redaktion

Sabine Habicht (Leitung)
Nina Colditz (freie Mitarbeiterin)
Dr. phil. Maria Panzer DIGAB
Elke Klug (freie Mitarbeiterin)

Lektorat

Cornelia Caroline Funke M.A.
typoscriptum medicinae, Leipzig

Layout

Andrea Künst
MediaShape, Grafik- und Mediendesign, Lindau

Versand

Holzer Druck und Medien GmbH & Co. KG
Fridolin-Holzer-Straße 22
88171 Weiler im Allgäu
www.druckerei-holzer.de

Druck

Holzer Druck und Medien GmbH & Co. KG
Fridolin-Holzer-Straße 22
88171 Weiler im Allgäu
www.druckerei-holzer.de

Ausgabe

Frühjahr 2024/11. Jahrgang
Auflage 30.000 Patienten
Auflage 4.000 Ärzte
ISSN (Print) 2627-647X
ISSN (Online) 2627-6542
ISBN 9783982064802

Erscheinungsweise

4 x jährlich
Nächste Ausgabe: Sommer (03. Juni 2024)

Schutzgebühr pro Heft

Deutschland 6,50 Euro
Ausland 9,50 Euro

Medienpartner



Patientenorganisation

Lungenemphysem-COPD Deutschland

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



COPD – Deutschland e.V.

Landwehrstraße 54, 47119 Duisburg
Telefon 0203 – 7188742
www.copd-deutschland.de
verein@copd-deutschland.de



Alpha1 Deutschland

Gesellschaft für Alpha-1-Antitrypsin-Mangel Erkrankte e.V.
Alte Landstraße 3, 64579 Gernsheim
Kostenfreie Servicenummer 0800 – 5894662
www.alpha1-deutschland.org
info@alpha1-deutschland.org



Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V.

Rotenkruher Weg 78, 12305 Berlin
www.bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de
info@bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de
Telefon 0160 90 67 17 79



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

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



www.lungenaerzte-im-netz.de

Monks – Ärzte im Netz GmbH
Tegernseer Landstraße 138
81539 München
Telefon 089 – 642482-12
Telefax 089 – 642095-29
info@lungenaerzte-im-netz.de



Lungeninformationsdienst

Helmholtz Zentrum München –
Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit
und Umwelt (GmbH)
Ingolstädter Landstraße 1, 85764 Neuherberg
Telefon 089 – 3187-2340
Telefax 089 – 3187-3324
www.lungeninformationsdienst.de
info@lungeninformationsdienst.de



Sarkoidose-Netzwerk e.V.

Rudolf-Hahn-Straße 148, 53227 Bonn
Telefon/Telefax 0228 – 471108
www.sarkoidose-netzwerk.de
verein@sarkoidose-netzwerk.de

Verteilte Auflage 34.000 Stück

An ca. 7500 Sammelbesteller Ärzte, Kliniken, Apotheken, Patientenkontaktstellen, Gesundheitsämter, Geschäftsstellen von Krankenkassen, Bibliotheken der www.Patienten-Bibliothek.de, ca. 850 Sammelbesteller der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland, Alpha1 Deutschland, Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs, Alpha1-Austria und Lungensportgruppen in Deutschland und Österreich. Täglich über 500 Aufrufe/Seitentreffer, allein über Google/AdWords.

Bildnachweise

Deckblatt © detailblick-foto, AdobeStock, S3 Matthias Seifert, Patientenverlag Habicht, S4 GHotz, AdobeStock, Patricia Zündorf, S5 Sanofi, S6 Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP), Mike Auerbach, S7 Robert Kneschke, AdobeStock, S8 Charlyze Davids peopleimages.com, AdobeStock, S9 Talia Mdlungu peopleimages.com, AdobeStock, S10 D Lahoud peopleimages.com, AdobeStock, Monika Tempel, NAKOS, S11 PhysioAssist GmbH, S12 Marion Wilkens, Alpha1 Deutschland e.V., S13 Andy Dean, Fotolia, S15 Monika Tempel, Alpha1 Deutschland e.V., S16-17 COPD-Stammtisch Versmold, HK (Haller Kreisblatt), CM Lichtmomente, Stadt Versmold, Jenny von Borstel (BIGS Kreis Gütersloh), Anke Sommerkamp, Kerstin Walter (Leiterin des Hauses der Familie der Stadt Versmold), Udo Brune (Vorsitzender des AWO-Ortsvereins Versmold), S18 Professor Dr. Claus F. Vogelmeier, vector_master, AdobeStock, S19-20 星野スウ, AdobeStock, S20 natatravel, AdobeStock, S21 ok-foto, AdobeStock, Gina Sanders, AdobeStock, S22 Roland Wilkens, iracosma, AdobeStock, S23 Christian Schmitt-Plank, S24 Alexander Raths, Fotolia/AdobeStock, Barbara

Baysal, S25 Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V., S26 COPD – Deutschland e.V., Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD, S27j-mel, AdobeStock, S28 lom123, AdobeStock, S29-31 COPD – Deutschland e.V., S32 ResMed, S33 Andrey Popov, AdobeStock, S34, ResMed, COPD – Deutschland e.V., S35 Professor Dr. Kurt Rasche, COPD – Deutschland e.V., S36-37 Air-be-c Medizintechnik, S38 Wavebreakmedia Micro, AdobeStock, S39 Nimur, AdobeStock, S40 Dr. Michael Barczok, Susanne Menrad-Barczok, fizkes, AdobeStock, S41 Susanne Menrad-Barczok, S42 Dr. Michael Barczok, S45 Something in my head, AdobeStock, S46-47 Heike Höfler, Gesundheit Tuttingen, Thieme Verlag, Holger Münch_Thieme, Ch. Lackner/Thieme, S48 Professor Dr. Claudia Bausewein, S49 Chanelle Malambo/peopleimages.com, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, S50 Lungeninformationsdienst, New Africa, AdobeStock, S51 Tex vector, AdobeStock, S52 Matthias Seifert, Patientenverlag Habicht, S53 GoSlow, Artranq, AdobeStock, AG Lungensport, S54 Markus Mainka, AdobeStock, Marion Wilkens, Alpha1 Deutschland e.V., S55-59 Alissa_Kern, Nordseeklinik Westfalen, Wyk auf Föhr, www.Nordseeklinik.online, S60 Matthias Seifert, Patientenverlag Habicht, tamatus_art, AdobeStock, S61 Ganshorn, S64 dedesin – Fotolia/AdobeStock, Patientenverlag Habicht

Hinweise

Die namentlich gekennzeichneten Veröffentlichungen geben die Meinung des jeweiligen Autors wieder. Anzeigen müssen nicht die Meinung der Herausgeber wiedergeben. Texte, Interviews etc., die nicht mit einem Autorennamen oder einer Quellenangabe gekennzeichnet sind, wurden von Sabine Habicht, Redaktionsleitung, erstellt. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Verwertung einschließlich des Nachdrucks der in der Zeitschrift enthaltenen Beiträge und Abbildungen sowie deren Verwertung und/oder Vervielfältigung – z.B. durch Fotokopie, Übersetzung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme oder Datenbanken, Mailboxen sowie für Vervielfältigungen auf CD-ROM – ohne schriftliche Einwilligung des Verlages sind unzulässig und strafbar. Alle Rechte der vom Patientenverlag konzipierten Anzeigen und Beiträge liegen beim Verlag. Die Informationen/Beiträge der Patientenzeit-schrift, Patienten-Bibliothek - Atemwege und Lunge“ können das Gespräch mit dem Arzt sowie entsprechende Untersuchungen nicht ersetzen. Die Patientenzeit-schrift dient der ergänzenden Information.

Paketbeilage

Alpha1 Journal
COPD früh erkennen



Vorschau Sommer 2024

- Selbst – Hilfe
- Lungentransplantation
- Lungenfibrose
- Sarkoidose
- Lungema Krebs
- Asthma + COPD
- Rehabilitation
- Menschenswetter
- Potenzial der Optionen
- Netzwerk
- Forschung

Ihr Weg zur nächsten Ausgabe



Atemwege und Lunge

eine **Patienten-Bibliothek**[®]



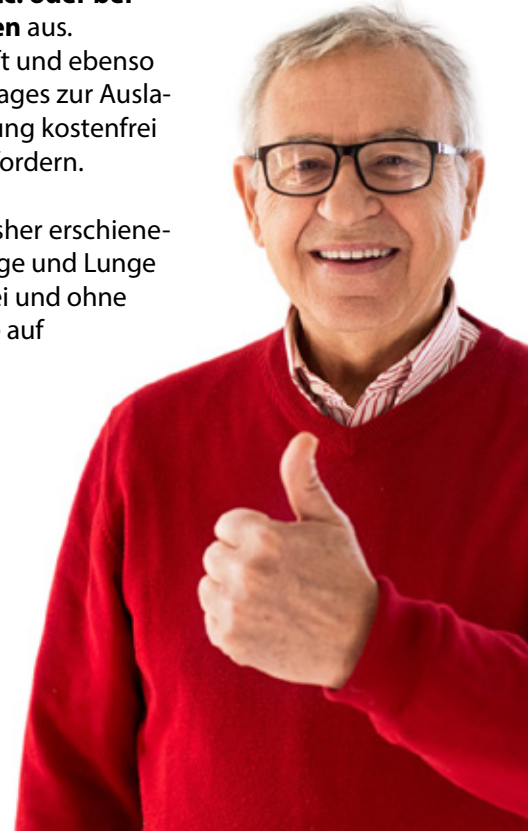
Die Zeitschrift liegt in Deutschland und in Österreich kostenfrei zur **Mitnahme in Arztpraxen, Kliniken, Apotheken, Physiotherapiepraxen etc. oder bei Selbsthilfe- und Lungensportgruppen** aus.

Dieser Verteilerkreis kann die Zeitschrift und ebenso die Themenratgeber des Patientenverlages zur Auslage und Weitergabe als Sammelbestellung kostenfrei über www.Patienten-Bibliothek.de anfordern.

Lesen Sie online als PDF-Datei alle bisher erschienenen Ausgaben der Zeitschrift Atemwege und Lunge sowie alle Themenratgeber – kostenfrei und ohne Registrierung – oder als Einzelbeiträge auf www.Patienten-Bibliothek.org.

Auch über den **Buch- und Zeitschriftenhandel** kann die jeweils aktuelle Ausgabe der Atemwege und Lunge erworben werden. Die ISBN finden Sie auf dem Deckblatt und im Impressum.

Im **Einzelversand** liefern wir Ihnen die Zeitschrift **gegen eine Gebühr** gerne auch an Ihre private Anschrift. Nutzen Sie unseren Versandservice ohne Abonnementverpflichtung.



Bitte senden Sie das Bestellformular an folgende Anschrift:
Patientenverlag,
Laubeggengasse 10,
88131 Lindau
Alternativ können Sie uns
Ihre Bestellung mailen:
info@Patienten-Bibliothek.de

Die in unregelmäßigen Abständen erscheinenden Themenratgeber unseres Verlages werden zumeist der Zeitschrift beigelegt und können zudem kostenfrei angefordert werden.

Bestellformular kostenpflichtiger Einzelversand

Ja, hiermit bestelle ich folgende Ausgabe(n) der Patientenzeit-schrift **Atemwege und Lunge** zum Bezugspreis **pro Ausgabe** von € 6,50 (Deutschland) und € 9,50 (im europäischen Ausland) inkl. Porti und Versandkosten.

Frühjahr Sommer Herbst Winter
März 2024 Juni 2024 Sept. 2024 Dez. 2024

Frühjahr Sommer Herbst Winter
März 2025 Juni 2025 Sept. 2025 Dez. 2025

Vorname _____ Name _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

E-Mail für Rechnungsversand _____

Bitte freimachen, falls Marke zur Hand

Patientenverlag
Laubeggengasse 10
88131 Lindau