



Unsere Themen heute

Inhalieren Sie richtig?

- Richtig inhaliert – Beschwerden „weggepustet“

Depression und Angst bei COPD

- Seelische Beschwerden bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung

Schlaf und Schlafstörung

- Das Sieben-Schritte-Programm zum besseren Schlaf

Verzeichnis
regionaler
Selbsthilfe-
gruppen
auf den Seiten
49 und 50



Rehabilitationsklinik der Barmherzigen Brüder Bad Reichenhall

Fachklinik für Erkrankungen der Atmungsorgane, Allergien, Stoffwechsel, Diabetes sowie internistische und orthopädische Begleiterkrankungen
Lehrklinik der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e. V.

Die Wohlfühlklinik für Körper, Geist und Seele

Bad Reichenhaller Alles-Inklusive-Kur für folgende Indika- tionen:

- Asthma bronchiale
- Chron. Bronchitis, COPD
- Lungenemphysem
- Allergien
- Einleitung oder Kontrolle einer Sauerstofftherapie
- Diabetes mellitus (Typ 1 und 2)
- Bluthochdruck
- Übergewicht
- Schlafstörungen (z.B. Abklären von Schnarchen)
- Erschöpfungszustände
- Männergesundheit
- Degenerative Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen
- Internistische und orthopädische Begleiterkrankungen

Chefärztliche Koordination

Nutzen Sie die bewährte „**Bad Reichenhaller Alles-Inklusive-Kur**“, um sich während Ihres persönlichen „Kur-laubes“ im herrlichen Berchtesgadener Land mal wieder richtig verwöhnen zu lassen. Alle Leistungen inklusive – zum fairen Festpreis! Seit fast 90 Jahren ist unsere Klinik Inbegriff einer erfolgreichen Kur und Rehabilitation in Bad Reichenhall.

Viele Patienten leiden nicht nur unter einer einzigen, sondern an mehreren Erkrankungen. Eine gründliche, gewissenhafte Betreuung unserer Patienten ist für uns selbstverständlich. Unsere Fachärzte betreuen Sie umfassend, dies trifft auch für internistische und orthopädische Begleiterkrankungen zu.



Unsere Leistungen – Alle von unseren Ärzten verordneten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen inklusive!

- Übernachtungen in Komfort-Einzelzimmern mit Vollpension.
- Komplette fachärztliche Behandlung mit allen von unseren Ärzten verordneten Untersuchungen. Ihr Bonus: persönliche Koordination durch unseren Chefarzt.
- Folgende Anwendungen können verordnet werden: Apparat- und Rauminhalationen, Vibrationsinhalationen, Massagen, Moorpackungen, Medizinische Bäder, Kneippsche Güsse, Bewegungsbäder, Elektrotherapie, Einzel- und Gruppen-Krankengymnastik, Atemschule, Rückenschule, Nordic Walking, Computergesteuerte Trainingstherapie, Autogenes Training, Raucherentwöhnung, psycholog. Einzelberatung.

Spezialeinrichtungen:

Schlaf Labor, Lehrklinik für Ernährungsmedizin, Lungenfunktions- und Herz-Kreislauf-Labor.

Die Wege zu uns:

- Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger oder der gesetzlichen Krankenkassen.
- Auch als Privatpatient sind Sie uns herzlich willkommen – unser Haus ist beihilfefähig.
- Ambulante Badekuren können Sie bei uns durchführen.
- Pauschale Gesundheitsaufenthalte (Bad Reichenhaller Alles-Inklusive-Kur).

Für nähere Auskünfte steht Ihnen unser Team in der **Patientenverwaltung** gerne zur Verfügung:

Telefon:

(0049) (0)8651 / 607 – 207

Fax:

(0049) (0)8651 / 607 – 209

Besuchen Sie uns im Internet:

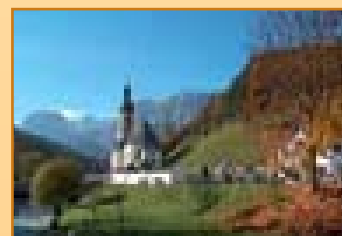
www.barmherzige-brueder-reichenhall.de



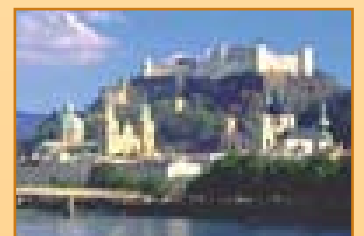
Besinnlichkeit in unserer Kapelle



Königssee - St. Bartholomä



Ramsau

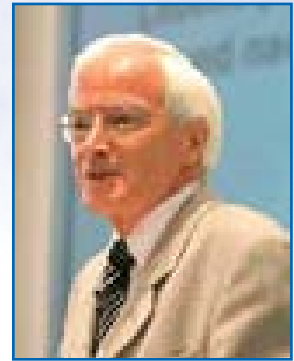


Mozartstadt Salzburg

Liebe Leserinnen und Leser,

Herbst und Winter stehen vor der Tür! Es naht die Zeit der Erkältungen und der grippalen Infekte mit ihren – insbesondere für schwer kranke COPD-Patienten – häufig dramatischen Auswirkungen auf die ohnehin schon dauerhaft geschädigten Atmungsorgane.

In der Ausgabe „Herbst 2009“ der „Luftpost“ haben wir über die Behandlung akuter Exazerbationen (Verschlimmerungen) bei COPD-Patienten berichtet. In diesem Beitrag hieß es an einer Stelle: „Wichtige Maßnahmen, die helfen können, eine Exazerbation ... zu vermeiden, sind Raucherentwöhnung, ..., Meidung von Kälte und Schutzimpfungen (zum Beispiel Grippe- und Pneumokokkenimpfung).“ – Richtig wäre aber der folgende Text gewesen: „..., Meidung von Kälte und die Vornahme von Schutzimpfungen (...).“ Wir bitten Sie, die missverständliche Formulierung zu entschuldigen.



Bitte denken Sie daran, dass für Patienten mit einer chronischen Atemwegserkrankung die jedes Jahr vorzunehmende Gripeschutzimpfung empfohlen wird; sie kann Ihnen das Leben retten.

Die Beiträge, die wir Ihnen in dieser Ausgabe der „Luftpost“ anbieten, sollen Ihnen – wie immer – wichtige Informationen geben, die Ihnen die Bewältigung Ihrer COPD oder Ihres Asthma bronchiale erleichtern. Obwohl ein Asthma bronchiale grundsätzlich mit den heute verfügbaren Medikamenten gut behandelt werden kann, waren die Behandlungserfolge in der Vergangenheit beim schweren allergisch bedingten Asthma sehr unbefriedigend. In 2007 wurde daher das „Netzwerk SAA Schweres Allergische Asthma“ gegründet. Wie diesen Allergikern geholfen werden kann, darüber informiert ein besonderer Beitrag.

Aber selbst die besten Medikamente helfen nicht, wenn sie nicht oder nicht richtig eingenommen werden. Die meisten Medikamente, die zur Behandlung chronischer Atemwegserkrankungen eingesetzt werden, müssen eingeatmet werden. Dabei werden jedoch von einer immer noch viel zu großen Anzahl von Patienten Fehler gemacht, die den eigentlich zu erwartenden Erfolg der Behandlung erheblich einschränken, in Ausnahmefällen sogar verhindern. Wir informieren in dieser „Luftpost“ und in der Ausgabe „Frühjahr 2011“ detailliert darüber, was Sie bei den verschiedenen Inhalationssystemen unbedingt beachten müssen und was Sie auf keinen Fall tun sollten.

Immer häufiger erhalten Patienten in der Apotheke ein anderes Inhalationssystem als das, das der Arzt dem Patienten verordnet hat. Wenn Ihnen das ausgehändigte Inhalationssystem nicht vertraut ist, nehmen Sie es nicht einfach mit. Lassen Sie sich in der Apotheke sofort zeigen, wie dieses Ihnen unbekanntes System funktioniert. Besser noch, informieren Sie Ihren behandelnden Arzt, damit er entscheiden kann, ob das erhaltene Inhalationssystem zu Ihnen „passt“. Lesen Sie deshalb den Beitrag „Alles austauschbar?“ besonders sorgfältig.

Weitere Beiträge in dieser „Luftpost“ informieren über:

Rehabilitation bei COPD • COPD und Herzerkrankungen • Wege zum besseren Schlaf • Hilfe für Schnarcher

Außerdem setzen wir unsere Reihe über die seelischen Belastungen von COPD-Patienten fort, und zwar sowohl aus ärztlicher Sicht als auch aus der persönlichen Sicht von Betroffenen.

Nachdem Sie selbst Ihre „Luftpost“ gelesen haben, überlegen Sie sich, ob der eine oder andere Beitrag auch für Menschen in Ihrer persönlichen Umgebung interessant sein könnte, zum Beispiel der Beitrag über Wege zum besseren Schlaf. Heben Sie die „Luftpost“ auf. Die meisten Informationen und Hinweise über die Diagnose, die Behandlung und den Umgang mit einer chronischen Atemwegserkrankung werden auch in einigen Jahren noch zutreffend sein. Wenn Sie die „Luftpost“ eher durch Zufall irgendwo erhalten haben, denken Sie daran, Sie können die „Luftpost“ auch abonnieren (siehe Seite 47)!

Auf unserer Internetseite www.patientenliga-atemwegserkrankungen.de finden Sie sämtliche bisher erschienenen Ausgaben der Luftpost mit dem vollständigen Text aller Beiträge.

Kommen Sie gut über den Winter – vielleicht helfen Ihnen dabei die „Tipps zur Selbsthilfe“ auf Seite 33 – und gehen Sie im Falle einer akuten Verschlimmerung Ihrer chronischen Atemwegserkrankung bitte rechtzeitig zum Arzt!

Dr. rer. pol. Helmut Berck, Mainz

Ehrevorsitzender der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.

ANKOMMEN UND DURCHATMEN!

Standort
Nordsee Reha-Klinik I



NORDSEE REHA-KLINIKUM ST. PETER-ORDING, KLINIK I

FACHKLINIK FÜR PNEUMOLOGIE/AHB,
PSYCHOSOMATIK, DERMATOLOGIE,
HNO/TINNITUS, ORTHOPÄDIE

Herzlich willkommen im Zentrum für Präventiv- und Rehabilitationsmedizin, eingebettet in eine der schönsten Naturregionen Deutschlands, an der Nordseeküste Schleswig-Holsteins. In der Nordsee Reha-Klinik I nutzen wir die Heilkraft der Nordsee für unsere Anwendungen. Erholen Sie sich mit allen Sinnen: Spüren Sie die Heilkräfte der Natur. Hören Sie das Meeresrauschen. Atmen Sie die frische Nordseeluft. Schmecken Sie das Salz auf Ihren Lippen und erleben Sie die Weite des Horizonts. Unser Motto lautet: Ankommen und durchatmen!

Schwerpunkte im Rahmen der pneumologischen Rehabilitation:

- ↳ COPD
- ↳ Asthma bronchiale
- ↳ Bronchialkarzinom
- ↳ Mukoviszidose bei Erw./ Cyst. Fibrose (CF)
- ↳ Fibrosierende Lungenerkrankungen

Unser Haus verfügt über alle Annehmlichkeiten eines modernen Klinikgebäudes, vom Meerwasser-Schwimmbad, Sauna, über moderne Trainingsmöglichkeiten und ist direkt am Nordseedich gelegen. Alle Zimmer sind mit Dusche, WC, Fernseher, Telefon und größtenteils Balkon ausgestattet. Darüber hinaus ist ein Internetanschluss verfügbar.

Für weitere Informationen wählen Sie bitte unsere kostenlose Service-Telefonnummer oder fordern Sie bitte unseren Hausprospekt und den Patientenratgeber Pneumologie an.



Nordsee Reha-Klinikum St. Peter-Ording, Nordsee Klinik I
Fritz-Wischer-Str. 3 · 25826 St. Peter-Ording
Kostenlose Service-Tel.: 08 00 / 7 87 38 37 (08 00 / 5 TP ET ER)

www.rehaklinik.de

Inhalt

Zentraler Beitrag: Inhalieren Sie richtig?

Richtig inhaliert – Beschwerden „weggepustet“	6
Inhalierer und Inhalierer – noch lange nicht dasselbe! • Teil 1	11
ADMIT – eine internationale Arbeitsgruppe stellt sich vor • „... denn am teuersten ist der Inhalator, der nicht richtig genutzt wird!“, so lautet die Botschaft von ADMIT	14
Alles austauschbar? Aut idem und Inhalationssysteme	15

Zentraler Beitrag: Depression und Angst bei COPD

Seelische Beschwerden bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung	17
Umgang mit der Angst im Alltag	22

Zentraler Beitrag: Schlaf und Schlafstörung

Das Sieben-Schritte-Programm zum besseren Schlaf	23
Wenn der Atem stockt • Viele Unfälle gehen auf das Konto von Schnarchern – eine Maske kann helfen	27

COPD, Asthma & Co.

COPD und Herzerkrankungen	29
Asbestbedingte Erkrankungen heute und morgen!	31

Prävention

Tipps zur Selbsthilfe bei Erkältungen	33
---	----

DGUHT-Informationsreihe

Deutsche Gesellschaft für Umwelt und Humantoxikologie e.V.	34
Zur „Wahrheit“ in der Ernährung	34

Therapie

Verbesserte Lebensqualität für Patienten mit schwerem allergischem Asthma!	35
Neue Medikamente zur Behandlung der COPD	36
Rehabilitation bei COPD	38
AOK-Curaplan COPD • Bessere Beratung und Information	42
Ist die Anschaffung eines Pulsoximeters sinnvoll und falls ja, für welche Patientengruppe?	45
Online-Umfrage soll Therapietreue von Patienten mit einer chronischen Atemwegserkrankung verbessern	47

Selbsthilfe

Mitgliederversammlung der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. am 12. Juni 2010 in Mainz	48
Ortsverbände der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.	49
Regional aktive Selbsthilfegruppen der Organisation Lungemphysem-COPD Deutschland	50

Abonnement der „Luftpost“	47
---------------------------------	----

Impressum	51
-----------------	----

Überblick

Inhalieren Sie richtig?



ab Seite 6

COPD und vor allem Asthma bronchiale sind durch inhalierbare Medikamente heutzutage gut zu behandeln. Trotzdem geht es vielen Patienten schlechter als es ihnen gehen müsste. Dr. Thomas Hausen erläutert in seinem Beitrag „**Richtig inhaliert – Beschwerden ‚weggepustet‘**“ woran das liegt:

1. Viele Patienten haben den Ernst ihrer Krankheit noch nicht erkannt und führen ihre Behandlung nicht regelmäßig durch. 2. Die Inhalation wird nicht korrekt durchgeführt.

Es gibt mehrere unterschiedliche Inhalationssysteme, bei deren Verwendung unterschiedliche Aspekte beachtet werden müssen. In dem Artikel „**Inhalator und Inhalator – noch lange nicht dasselbe!**“ stellt Dr. Thomas Hausen fünf Systeme detailliert vor, in der kommenden Frühjahrsausgabe der „Luftpost“ folgen weitere. Es ist Aufgabe des behandelnden Arztes, den „richtigen“ Inhalator für seinen Patienten individuell auszusuchen und die korrekte Handhabung immer wieder zu kontrollieren. Die Ärztin auf unserem Titelbild tut dies vorbildlich. Ihr wird hierbei sicherlich auffallen, was ihre Patientin falsch macht: Sie umschließt das Mundstück nicht fest mit den Lippen! Eine „Fehlerquelle“ bei der Inhalation stellt auch die sogenannte „aut idem“-Regelung dar. Dr. Peter Haidl widmet sich diesem Thema mit dem Beitrag „**Alles austauschbar?**“.

Depression und Angst bei COPD

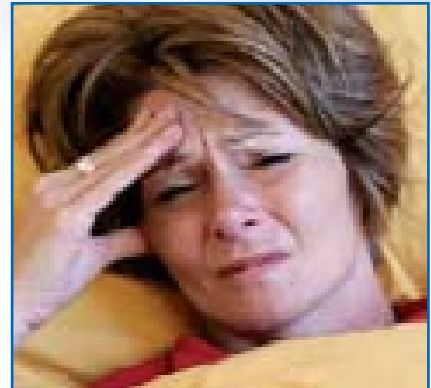


ab Seite 17

Patienten mit einer COPD leiden meist nicht nur unter einer Erkrankung ihrer Lunge, sondern häufig auch an Begleiterkrankungen wie der koronaren Herzkrankheit. In seinem Beitrag „**Seelische Beschwerden bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung**“ berichtet Privatdozent Dr. Matthias Michal, dass in den letzten Jahren auch seelische Begleiterkrankungen wie Depression oder Angststörung in den Blickpunkt der Forschung rückten. In den Leitlinien zur Behandlung von COPD ist dieser Umstand bereits berücksichtigt worden: Der behandelnde Arzt wird aufgefordert, seelische Erkrankungen zu erfassen und Patienten auf entsprechende Behandlungsmöglichkeiten hinzuweisen. Leider geschieht dies viel zu selten und mit schlimmen Folgen: noch stärkere Einschränkung der Lebensqualität, Nichtbefolgung ärztlicher Anweisungen, häufigere Exazerbationen. Dabei haben zahlreiche Studien erwiesen, dass die meisten Patienten von einer Kombination medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung deutlich profitieren.

Aber auch die Selbsthilfe kann hier einen Beitrag leisten: In dem Artikel „**Umgang mit der Angst im Alltag**“ stellen drei betroffene Frauen einen speziellen Gesprächskreis des Ortsverbandes Bernkastel-Wittlich der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. vor.

Schlaf und Schlafstörung



ab Seite 23

Viele Menschen liegen abends wach und können nicht einschlafen. Müssen sie sich deswegen Sorgen machen? Was können sie dagegen tun? Diese Fragen beantwortet die Diplom-Psychologin Sabine Eller in ihrem Beitrag „**Das Sieben-Schritte-Programm zum besseren Schlaf**“ und bietet zugleich einige interessante Erkenntnisse. So berichtet sie, dass wir etwa alle 90 Minuten, den ganzen Tag hindurch, besonders schläfrige Phasen von circa zehn Minuten durchleben. Menschen mit Einschlafproblemen sollten diese „Schlafenster“ abpassen, um abends ins Bett zu gehen. Weiterhin stellt sie Techniken vor, wie man zermürende, das Einschlafen verhin- dernde Gedanken abwendet und sie erläutert, welche Art von Gedanken das Einschlafen fördern.

Schnarchen kann gefährlich sein, zu diesem Urteil kommt der Wissenschaftsjournalist Dr. Peter Spork in seinem Beitrag „**Wenn der Atem stockt**“. Dabei ist der Lärm nicht das Problem – zumindest nicht für den Schnarcher selbst. Gefährlich ist eine mögliche Verengung der Atemwege, so dass teilweise bis zu zwei Minuten die Atmung unterbrochen ist – mitunter mehrere hundert Mal pro Nacht. Das Gehirn reagiert jeweils mit einem rettenden Wecken, von dem der Betroffene jedoch morgens nichts mehr weiß. Allerdings fühlt er sich „wie gerädert“.

Richtig inhaliert – Beschwerden „weggepustet“

Dank der heute sehr guten Behandlungsmöglichkeiten sollten Patienten mit einer chronischen Atemwegserkrankung (Asthma, COPD) eigentlich nur wenig oder sogar keine Beschwerden verspüren müssen. Selbstverständlich muss diese Feststellung von der speziellen Krankheit und deren Schweregrad abhängig gemacht werden. Auf jeden Fall aber könnten viele Patienten ein Leben mit weniger Beschwerden führen, als wir Ärzte es immer wieder zu sehen bekommen! Welche Gründe können diese Diskrepanz erklären?

- Patienten haben den Ernst ihrer Krankheit noch nicht erkannt und führen aus unterschiedlichen Gründen ihre Behandlung nicht regelmäßig durch.
 - Die Inhalation wird nicht korrekt durchgeführt!
- Gelangt das Medikament nicht in ausreichender Dosis in die Bronchien, kann eine Behandlung nicht erfolgreich sein!

Herr L., Jahrgang 1940, erhält seit drei Jahren wegen eines allergischen Asthmas von seinem Lungenfacharzt eine Kombination aus Kortison plus Bronchialerweiterer zur Inhalation. Häufig musste er wegen einer Verschlechterung mit Antibiotika behandelt werden.

Mit der Frage nach einem Antibiotikum stellt er sich auf einer Reise beim Schiffsarzt vor. Die Untersuchung ergibt keine Hinweise auf einen eitrigen Infekt. Die Bitte, die Inhalation doch einmal vorzuführen, zeigt umgehend den Grund für die Beschwerden.

Er schraubt den Deckel vom Turbohaler® ab, dreht die Unterseite nach links, nimmt das Mundstück in den Mund, atmet langsam tief ein und dreht dabei gleichzeitig den Ring zurück.

So konnte allenfalls eine ganz geringe Dosis der Medikamente in die Bronchien gelangen, wenn überhaupt. Die Fehler beim Inhalieren mit dem Turbohaler® waren:

- unvollständiges Laden
- in das Gerät ausgeatmet (Feuchtigkeit führt zum Verklumpen des Medikaments)
- Gerät schräg, fast horizontal gehalten
- Ladevorgang erst während des Einatemvorgangs beendet
- langsame Inhalation

Sein Arzt habe ihm den Inhalationsvorgang nie gezeigt und auch nicht kontrolliert. Die Informationen im Beipackzettel habe er auch nicht richtig verstanden und umsetzen können.

Bedauerlich ist, dass Herr L. über drei Jahre seine Behandlung regelmäßig durchgeführt hat, die Inhalation aber durch den falschen Inhalationsvorgang nahezu wirkungslos bleiben musste. Der richtige Vorgang, der ihm jetzt gezeigt worden ist, muss folgendermaßen erfolgen:

1. Kappe abschrauben
2. Inhalierer durch Hin- und Zurückdrehen der Grundplatte laden (leises Klicken ist zu hören)
3. tief ausatmen (weg vom Inhalierer)
4. geöffnetem Mund das Mundstück eng mit den Lippen umschließen
5. möglichst fest, tief und schnell einatmen, bis die Lungen voll sind (der „Medikamentenklumpen“ muss auseinander gerissen werden)
6. den Atem einige Sekunden anhalten, dann ausatmen
7. den Deckel wieder aufschrauben

Bereits am nächsten Morgen konnte Herr L. von einer Besserung berichten. Die weitere Kontrolle nach drei Tagen zeigte einen glücklichen und fast beschwerdefreien Patienten.

Was Sie über Inhalation wissen sollten

Wussten Sie, dass alle Bronchien aneinander gereiht zu einem 700 Meter langen Rohr werden?

Wussten Sie, dass die Schleimhautoberfläche etwa 60 bis 90 Quadratmeter beträgt? Denken Sie zum Vergleich an die Größe Ihrer Wohnung!

Bei Asthma und COPD ist die Schleimhaut entzündet, „brennt lichterloh“ und muss „gelöscht“ werden. Nur wenn möglichst viel „Löschwasser“ die Flammen erreicht, kann das Feuer eingedämmt werden.

Je besser die Inhalation durchgeführt wird, desto mehr Wirkstoff des Medikaments erreicht die Schleimhaut und kann dort seine Wirkung entfalten. An dieser Stelle sollten Sie wissen, dass im Normalfall – auch bei sehr guter Inhalation – deutlich weniger als 50 Prozent des aus einem Inhaliergerät freigesetzten Medikaments die Bronchien erreichen. Für einen Behandlungseffekt ist das vollkommen ausreichend. Nur weniger mindert halt den Behandlungseffekt.

Warum inhalieren?

Die Inhalation bietet gegenüber einer Gabe des Medikaments als Tablette oder Kapsel einige bedeutende Vorteile. Bei der Inhalation gelangt das Medikament direkt dorthin, wo es wirken soll. Gleichzeitig wirkt es auf diese Weise schneller. Die benötigte Dosis kann geringer sein, was gleichzeitig die Gefahr von Nebenwirkungen mindert. Voraussetzung für eine erfolgreiche Inhalation ist aber, dass der Patient ein für ihn geeignetes Inhaliergerät erhält und die Inhalation korrekt durchführt. Die richtige Inhalation muss vor Beginn der Behandlung eingeübt werden. Bei folgenden Arztbesuchen sollte die Inhalationstechnik regelmäßig kontrolliert werden, weil sich auf Dauer immer wieder Fehler einschleichen können.

Im Gegensatz zur Inhalation muss ein Medikament, das geschluckt wird, erst im Magen-Darm-Trakt aufgelöst, aus dem Darm in den Blutkreislauf übernommen und im gesamten Körper gleichmäßig verteilt werden, bevor es dann endlich sein Ziel erreichen kann. Der Bronchialerweiterer Salbutamol hat zum Beispiel nach einer Inhalation bereits nach drei Minuten 80 Prozent seiner größtmöglichen Wirkung erreicht. Über den Mund aufgenommen müsste für eine vergleichbare Wirkung eine 20-fach höhere Dosis eingenommen werden und die Wirkung tritt erst nach 60 bis 120 Minuten ein.

Es leuchtet daher unmittelbar ein, dass die Inhalation der beste Weg ist, Medikamente in die Atemwege zu befördern. Die Schwierigkeit besteht darin, dass die Medikamententeilchen ausreichend klein sein müssen, um in die Bronchien gelangen zu können. Diese Feststellung wird jeder nachvollziehen können, der einmal einen staubigen Keller oder Dachboden aufgeräumt hat. Schnäuzt er sich anschließend die Nase, ist das Taschentuch voller Schmutzpartikel. Gelingt es ihm anschließend, Schleim aus den Bronchien nach oben zu befördern, wird er zu seiner Überraschung feststellen dürfen, dass sich in diesem Schleim kaum mehr Schmutzpartikel befinden. Die Erklärung ist einfach. Je grober (größer) die Staubteilchen sind, desto früher, das heißt weiter oben in den Atemwegen, werden sie abgefangen und nur ganz kleine Partikel können die Bronchien erreichen. Diesen wirkungsvollen Selbstschutz unseres Körpers gilt es zur Behandlung zu überlisten.

Die von den Pharmaunternehmen hergestellten Inhaliergeräte enthalten ausreichend kleine Medikamententeilchen, so dass wir Ärzte diese Voraussetzung nicht weiter beachten müssen. Einzig bei individuell gefertigten Inhalationslösungen muss darauf geachtet werden, dass die Lösungen ausreichend kleine Partikel enthalten. Zusätzlich muss das Gerät, mit dem inhaliert werden soll, ausreichend kleine Partikel erzeugen können. Das trifft leider nicht auf alle angebotenen Inhalierapparate zu. Auf diese Voraussetzung ist deswegen bei einer Verschreibung oder beim Kauf eines elektrischen Inhalierapparates unbedingt zu achten.

Wie schnell man eine wirkungslose Inhalation durchführt, die nur Zeit stiehlt, mag das folgende Beispiel verdeutlichen. Gerne inhalieren Patienten bei einer „Erkältung“ mit Husten Kochsalz, um die Schleimhaut zu benetzen und den Schleim löslicher zu machen. Hierzu nehmen sie einen Kochtopf mit heißem Wasser, in das sie zusätzlich Salz einrühren. In alt bekannter Manier decken sie Kopf und Kochtopf mit einem Handtuch zu und inhalieren den Dampf. Leider bleibt diese Inhalation ohne positiven Effekt. Die Erklärung ist einfach, wenn man daran denkt, wie am Meer Salz gewonnen wird. Dort wird Meerwasser in

Mobile Sauerstoffkonzentratoren

erzeugen Ihren Sauerstoff an jedem Ort und zu jeder Zeit.



LifeStyle



EuroGard



Inogen One O3



Sobee



O-zwei mobil 2.0



LifeStyle

tragbar

Sporzsystem bis 4 Liter/Min inhalenzugesteuert
Modelle von 2 bis 4,5 kg
Akku-Reichweite bis 8 h





transportabel

kontinuierlicher Fluss bis 3 l/min
Sporzsystem bis 6 Liter/Min inhalenzugesteuert
Modelle von 8 bis 12 kg
Akku-Reichweite bis 4 h

Verkauf • Miete • Service

Gern beraten wir Sie bei der Auswahl Ihres Sauerstoffsystems.
Rufen Sie uns an! (0365) 81 05 32

Sonderaktion: Zwei Geräte zum Preis von einem!
O-zwei mobil 2.0 und LifeStyle



EUR 3.250,-

*inkl. Versand & Montage



air-be-c
Medizintechnik

air-be-c Medizintechnik GmbH
Arminiusstraße 1 | 07548 Gera
Telefon: (0365) 730 16 17
Telefax: (0365) 730 16 19
E-Mail: info@air-be-c.de

www.sauerstoffkonzentratoren.de

Becken geleitet. Das Wasser verdunstet in der Sonne und das Salz bleibt im Becken zurück.

Im geschilderten Beispiel wird nur Wasserdampf inhaled, der die Schleimhaut sogar noch reizen kann. Das Salz verbleibt auf jeden Fall im Topf und gelangt nicht in die Atemwege.

Nebenbei bemerkt: Wenn Asthmatiker zum Zeitpunkt einer Erkältung ätherische Öle inhalieren, riskieren sie eine allergische Reaktion. Die Anhebung der Dosis des inhalierbaren Kortisons ist harmloser und gleichzeitig effektiver!

Die verschiedenen Geräte zur Inhalation

Es existiert eine große Zahl von verschiedenen Inhalationssystemen, die nach ihrem Wirkprinzip in drei Gruppen unterteilt werden können.

1. Dosieraerosole

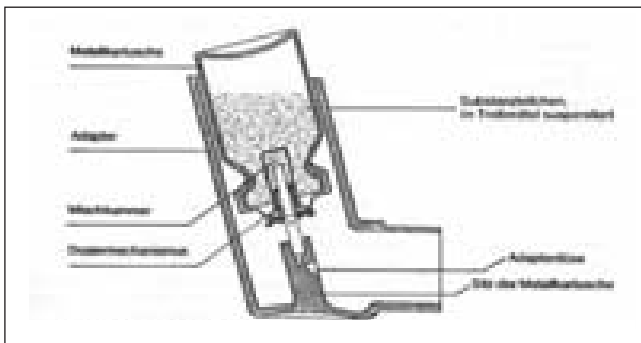


Abbildung 1: Einsicht in ein Dosieraerosol

Bei den Dosieraerosolen wird beim Auslösen eines Hubes eine jeweils exakt gleich große Dosis eines Medikamentenstaubes durch ein Treibgas freigesetzt. Der Medikamentennebel wird mit einer Geschwindigkeit von bis zu 100 Stundenkilometer und über einen sehr kurzen Zeitraum (0,2 Sekunden) ausgestoßen. Das stellt hohe Anforderungen an eine gute Koordination zwischen Auslösung des Hubes und Beginn der Einatmung. Die schnelle Austrittsgeschwindigkeit führt allgemein dazu, dass ein großer Teil im Mund hängen bleibt.

Für den Patienten ist es wichtig, die unterschiedliche Handhabung für eine erfolgreiche Inhalation zu kennen und zu beachten:

Wichtige Unterschiede bei der Inhalation mit Dosieraerosol oder Trockenpulverinhalator	
Dosieraerosol	Trockenpulverinhalator
Beginn der Einatmung	Gerät laden und weg vom Gerät ausatmen
Auslösen eines Hubes	Mundstück mit den Lippen eng umschließen
langsam tief einatmen	Einatmen möglichst schnell, intensiv und tief
Atem wenigstens einige Sekunden vor dem Ausatmen anhalten	



Abbildung 2: Inhalation mit Inhalationshilfe (hier am Beispiel Aerochamber®)

Manchmal ist es ratsam, diesen Dosieraerosolen eine Inhalationshilfe (Vorschaltkammer/Spacer) vorzuschalten. Durch diese großvolumigen Spacer wird das Inhalat abgebremst und verteilt sich in der Kammer. Beim Inhalieren gelangen mehr Partikel in die Atemwege. Gleichzeitig bleiben grobe Partikel in der Kammer und schlagen sich nicht im Mund nieder. Der Inhalationsvorgang wird für den Patienten deutlich vereinfacht.

Spacer eignen sich besonders für die Inhalationstherapie bei kleinen Kindern und Patienten, die mit den vorhandenen Systemen nicht zurechtkommen können. Zusätzlich kann diese Form der Inhalation von einer zweiten Person (Mutter oder Pfleger) vorbereitet und unterstützt werden. Auch bei Neigung zu Heiserkeit bei Inhalation eines Kortisonpräparates kann ein Spacer diese Nebenwirkung mildern oder verhindern. Leider sind diese Spacer vor allem wegen ihrer Größe bei Patienten nicht sehr beliebt und werden schnell beiseite gelegt.

2. Trockenpulverinhalator

Bei den Trockenpulverinhalatoren unterscheiden wir Systeme, in denen das Medikament in Kapseln oder in Mehrdosissystemen enthalten ist und erst durch einen „Schnitt“ freigesetzt werden muss sowie Mehrdosissysteme, bei denen eine Einzeldosis aus einem Tank (Reservoir) freigesetzt wird. Grundsätzlich liegt das Medikament hierbei in einer Form vor, die zur Inhalation noch nicht geeignet ist.

Erst durch den korrekten Inhalationsvorgang wird es atemwegsgängig.

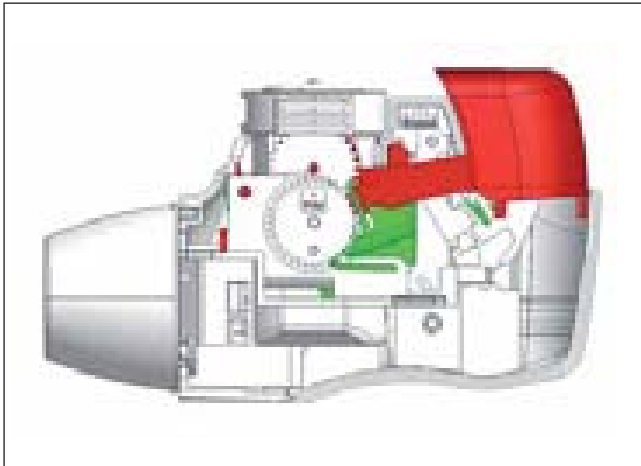


Abbildung 3: Einblick in einen Trockenpulverinhalator (Beispiel Novolizer®)

Bei den Dosieraerosolen muss die Einatmung begonnen, der Hub kurz nach Beginn der Einatmung ausgelöst und anschließend über mindestens drei Sekunden langsam so tief wie möglich eingeatmet werden.

Bei der Pulverinhalation liegt das Medikament nach dem „Scharfmachen“ sozusagen in einem Klumpen vor, der auseinander gerissen werden muss. Bei dieser Form der Inhalation muss der Patient deswegen so fest und schnell wie möglich tief einatmen. Auf keinen Fall darf in das Gerät ausgeatmet werden. Die Feuchtigkeit in der Ausatemluft würde zu einem unwiderruflichen Verklumpen des Medikamentes führen, das dann nicht mehr in die Bronchien gelangen könnte.

In beiden Fällen sollte der Atem nach erfolgter Inhalation möglichst lange (einige Sekunden) angehalten werden, damit das Medikament auf die Schleimhaut absinken kann. Denken Sie an schwebenden Staub im Sonnenlicht. Anderenfalls besteht eine gewisse Gefahr, dass ein großer Teil des Medikamentes wieder ausgeatmet wird und damit wirkungslos bleibt.

Bei einigen der angebotenen Inhaliergeräte wird die Freigabe des Medikamentes erst durch einen ausreichend starken „Sog“ der Einatmung gestartet. Damit wird das Medikament einerseits zum richtigen Zeitpunkt und andererseits nur bei einem ausreichend starken „Sog“ freigegeben. Mit dem Freisetzen verbundene Geräusche geben dem Patienten eine Rückmeldung, dass seine Inhalation erfolgreich war.

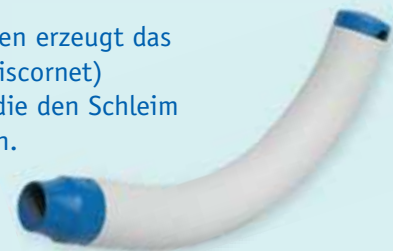
Jedes der auf dem Markt befindlichen Inhalationsgeräte hat seine speziellen Eigenschaften. Bei der Inhalation sind daher unterschiedliche Punkte besonders zu beachten und wiederum andere unbedingt zu vermeiden. Auf der Internetseite von ADMIT (www.admit-online.info) finden Patienten und Ärzte die wichtigsten Hinweise zu den einzelnen Geräten (siehe auch den Kasten auf Seite 14).

Luftschwingungen befreien die Atemwege



RC CORNET®

Beim Hineinblasen erzeugt das RC-Cornet® (Basiscornet) Schwingungen, die den Schleim lockern und lösen.



RC-Cornet®

- befreit von lästigem Bronchialschleim
- vermindert unproduktiven Husten
- erleichtert das Abhusten von Sekreten
- verbessert Lungenfunktion und Blutgase
- senkt den Antibiotikabedarf

Hinweis

Mit dem RC-Cornet® Nasenset (PZN 886 233 3) lässt sich das Basiscornet leicht zum Nasencornet (PZN 886 232 7) umrüsten – **die Lösung bei verstopfter Nase.**

RC R.Cegla GmbH & Co.KG
Tel. 02602 92130

www.basiscornet.de

erhältlich in Apotheken und Sanitätshäusern
(PZN 841 866 7) oder in unserem Online-Shop

4. Vernebler (Düsenvernebler, Ultraschallgeräte)

Elektrische Inhalierapparate werden viel häufiger eingesetzt als dies medizinisch nötig ist. Sie sind bei Patienten besonders beliebt, weil diese glauben, damit eine bessere Wirkung erzielen zu können. Allerdings ist zu bedenken, dass ein vollständiger Inhalationsvorgang zehn bis 15 Minuten dauert. Damit ist eine regelmäßige Inhalation sicher nur selten gewährleistet. Ganz besonders für Kinder und deren Mütter kann die Inhalation mit einem elektrischen Inhalierapparat zu einem regelrechten „Krieg“ ausarten. Im Gegensatz dazu benötigt die Inhalation mit einem Dosieraerosol oder Trockenpulverinhalator nur wenige Sekunden. Der Behandlungseffekt mit einem elektrischen Inhalierapparat ist nicht größer als bei einer korrekt durchgeführten Inhalation mit einem der genannten anderen Geräte. Selbst bei ganz kleinen Kindern kann eine Inhalation mit einem Dosieraerosol mit Vorschaltkammer (Spacer) (siehe Abbildung 2) erfolgreich sein und sie ist vom Aufwand her vorzuziehen.

Elektrische Inhalierapparate sind nur dann empfehlenswert, wenn der Patient beim besten Willen mit einem der anderen angebotenen Systeme nicht zurecht kommen kann oder wenn speziell zubereitete Lösungen inhaliert werden sollen, die in einem industriell gefertigten System nicht erhältlich sind.



Abbildung 4: elektrischer Inhalierapparat Typ Düsenvernebler (Beispiel Pari Turbo Boy® S)

Wer die Wahl hat, hat die Qual

Nicht alle Patienten kommen mit jedem der angebotenen Inhaliersysteme zurecht. Die Auswahl des geeigneten Gerätes ist deswegen die wichtige Aufgabe des behandelnden Arztes, um die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Inhalationstherapie zu schaffen. Liegen geistige oder körperliche Gebrechen (deformierte Hände, Gelenkveränderungen, Minderung der Kraft zum Betätigen des Gerätes, neurologische Ausfälle nach Schlaganfall und vieles mehr) vor, muss bei der Auswahl auf die individuellen Gegebenheiten beim jeweiligen Patienten Rücksicht genommen werden. Um diese Aufgabe zu er-

leichtern, wurden unterschiedliche Entscheidungshilfen entwickelt (auch von ADMIT).

Einüben des korrekten Inhalationsvorgangs und Kontrolle sind nötig!

Wie Sie dem eingangs geschilderten Beispiel entnehmen konnten, ist es unumgänglich, dass dem Patienten vor Beginn der Therapie die richtige Handhabung des Gerätes und die Inhalationstechnik demonstriert wird. Eine schriftliche Information sollte ihm möglichst mitgegeben werden, auch um eventuell auf erst zu Hause auftauchende Fragen eine Antwort finden zu können. Im besten Fall wird der Patient nach wenigen Tagen erneut einbestellt, um sich den Inhalationsvorgang zeigen zu lassen und – sofern nötig – um eine Korrektur vornehmen zu können.

Herr F. hatte zur Behandlung seiner Luftnot bei COPD ein Dosieraerosol erhalten, das er regelmäßig nutzte. Nach einiger Zeit stellte er sich in der Praxis vor und beklagte, dass das Medikament nicht mehr ausreichend helfen würde und er es auch zunehmend öfter verwenden müsse. Die Kontrolle seiner Inhalationstechnik offenbarte das Problem umgehend. Er hielt das Dosieraerosol korrekt mit der Austrittsöffnung nach unten, nahm die Kappe ab, schüttelte es, atmete aus und nahm das Mundstück in den Mund. Er löste einen Hub aus und hielt den Atem an. Nach einigen Sekunden versuchte er, das in seinem Mund befindliche Medikament hinunterzuschlucken. Ohne Einatmen konnte das Medikament jedoch unmöglich in die Atemwege gelangen. Nach erneuter Aufklärung über die korrekte Vorgehensweise bei der Inhalation und nach mehrmaligem Üben konnte der Patient wieder entlassen werden. Wenige Tage später berichtete er per Telefon von der erneuten Linderung der Luftnot nach der jetzt korrekt durchgeführten Inhalation.

Es liegen Ergebnisse zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen vor, die uns gezeigt haben, dass sich bei dem Gebrauch von Inhalationsgeräten mit der Zeit langsam aber sicher Fehler einschleichen, die den Effekt der Behandlung mindern und damit Beschwerden zunehmen lassen. Sie selbst sollten Ihren behandelnden Arzt immer wieder bitten, Ihre Inhalationstechnik zu überprüfen. Unter Umständen stellt sich bei diesen Kontrollen auch heraus, dass ein anderes Gerät für Sie besser geeignet ist.

Fazit: „... am teuersten ist der Inhalator, der nicht richtig benutzt wird“, so lautet das Motto von ADMIT!

Dr. med. Thomas Hausen, Essen
Arzt für Allgemein- und Sportmedizin



Inhalierer und Inhalierer – noch lange nicht dasselbe! Teil 1

Grundsätzlich besitzen die unterschiedlichen Gruppen der Inhaliersysteme einige wenige wichtige Unterscheidungsmerkmale, die bei der Handhabung zu beachten sind.

	Dosieraerosol		Trockenpulverinhalator
	mit Inhalierhilfe	ohne Inhalierhilfe	
Inhalator öffnen oder Kappe abnehmen	ja	ja	nein
Inhalator schütteln	ja	ja	nein
langsam vollständig ausatmen	ja	ja	ja, weg vom Inhalierer
Mundstück mit den Lippen eng umschließen	ja	ja	ja
langsam einatmen und dabei den Inhalator aktivieren	ja	nein	nein
nach dem Auslösen tief einatmen	nein	ja	nein
so schnell und tief einatmen, wie möglich	nein	nein	ja
Atem anhalten, so lange es geht (einige Sekunden)	ja	ja	ja
Kappe aufsetzen oder Inhalator schließen	ja	ja	ja
einen Inhalator oder Kapseln in Vorrat halten	ja	ja	ja

Darüber hinaus besitzt jeder einzelne Inhalierer seine Eigenheiten. Für einen reibungslosen und erfolgreichen Inhalationsvorgang sind diese Hinweise zu beachten. Gleichzeitig besitzt jeder einzelne Inhalierer auch typische Fehlermöglichkeiten, die es zu vermeiden gilt.

Bevor wir mit der Darstellung einiger Inhalatoren beginnen, soll anhand von drei Beispielen aus der Praxis gezeigt werden, welche schwerwiegenden Folgen es haben kann, wenn ein Patient – aus welchen Gründen auch immer – mit einem bisher von ihm nicht verwendeten Inhalator umgehen muss.

Beispiel 1: Frau S. leidet unter einem allergischen Asthma. Mit der regelmäßigen Inhalation von BUD (Kortison zum Inhalieren, Abkürzung ICS) im Turbohaler® war sie beschwerdefrei. Im September 2008 erfolgte eine neue Verordnung ihres ICS. Zwei Wochen später stellte sie sich wegen eines neu aufgetretenen Hustenreizes und leichter Luftnot in der Praxis vor und fragte, ob dies dem neuen Präparat zuzuschreiben wäre.

In der Apotheke hatte sie statt des gewohnten Turbohaler® einen Budesonid Easyhaler® erhalten. Ihr war die Inhalation mit dem neuen unbekanntem Gerät nicht erklärt worden. Nach Rücksprache mit der Apotheke wurde das abgegebene gegen das bisher verordnete Präparat ausgetauscht und die Stabilität des Krankheitsbildes war binnen weniger Tage wieder vorhanden.

Beispiel 2: Herrn S. wurde die Refillpatrone für seinen Novolizer® verordnet. Am nächsten Tag stellte er sich vor und informierte mich, dass er jetzt ein anderes Gerät erhalten hatte, das der Apotheker hätte abgeben müssen. Der Apotheker hatte ihm einen Easyhaler® mit BUD statt der Refillpatrone abgegeben, ohne ihn über die neue An-

wendungstechnik zu informieren. Der junge Patient kam zwar nach Studium des Beipackzettels mit dem neuen Inhaliergerät zurecht, bemängelte aber die jetzt fehlende Rückmeldung für eine korrekte Inhalation und die Geschmacklosigkeit des Pulvers.

Beispiel 3: Dem vierjährigen Kind wurde bei der Erstbehandlung seines Asthmas Montelukast als Tablette sowie zur Inhalation jeweils ein Dosieraerosol einmal mit einem Kortison als Dauertherapie und einmal zusätzlich Salbutamol für den akuten Bedarf verordnet; beide Substanzen sollten über eine Inhalierhilfe (Aerochamber®) inhaliert werden.

Bei der Kontrollvorstellung waren die Beschwerden nur unwesentlich gebessert und die Eltern gaben an, mit einem der Geräte nicht zurecht kommen zu können. Die Vorlage verschiedener Inhaliergeräte klärte das Problem schnell. Das Kortison war ihnen nicht als Dosieraerosol sondern als Autohaler® ausgehändigt worden. Eine Inhalation via Spacer war mit diesem Gerät nicht möglich. Das Asthma war nach Rücksprache mit dem Apotheker und Austausch des Präparats in wenigen Tagen stabil.

Auf der Internetseite www.admit-online.info haben die Mitglieder von ADMIT die wichtigsten Hinweise zum korrekten Gebrauch und zu deren typischen Fehlermöglichkeiten zusammengetragen. Wenn Sie mit dem Mauszeiger auf das von Ihnen verwendete Gerät fahren, erscheint ein Fenster, das Ihnen die zu diesem Gerät wichtigsten Hinweise zeigt. Im Folgenden sollen diese Eigenschaften für die gebräuchlichsten Inhaliergeräte dargestellt werden.

Dr. med. Thomas Hausen, Essen
Arzt für Allgemein- und Sportmedizin

Was bei den einzelnen Inhalatoren zu beachten und was zu vermeiden ist:***Dosieraerosole****Beachte**

1. Nehmen Sie die Kappe ab.
2. Schütteln Sie den Inhalator.
3. Umschließen Sie das Mundstück bei geöffnetem Mund eng mit den Lippen.
4. Beginnen Sie langsam durch den Mund einzuatmen.
5. Lösen Sie dann den Inhalator aus und atmen Sie dabei weiter ein.
6. Atmen Sie langsam über etwa fünf Sekunden ein, bis die Lunge voll ist.
7. Halten Sie den Atem, so lange es angenehm ist, an und atmen Sie dann aus.
8. Setzen Sie die Kappe wieder auf.
9. Kontrollieren Sie regelmäßig das Zählwerk (sofern vorhanden), um rechtzeitig zu wissen, wann ein neuer Inhalator nötig ist.
10. Halten Sie immer einen Inhalator auf Vorrat.

**Vermeide**

- zu schnell einzuatmen.
- den Inhalator vor dem Beginn des Einatmens auszulösen.
- nach dem Auslösen nicht mehr weiter einzuatmen.
- das Einatmen zu beenden, wenn das Medikament im Mund spürbar ist.

Autohaler**Beachte**

1. Nehmen Sie die Kappe ab.
2. Schütteln Sie den Inhalator.
3. Laden Sie den Inhalator durch Hochstellen des Hebels.
4. Verwenden Sie den Inhalator immer in vertikaler Position.
5. Umschließen Sie das Mundstück bei geöffnetem Mund eng mit den Lippen.
6. Beginnen Sie langsam durch den Mund einzuatmen.
7. Atmen Sie weiter langsam ein nach dem Vernehmen eines Klick.
8. Atmen Sie weiter über etwa fünf Sekunden langsam ein bis die Lunge voll ist.
9. Halten Sie den Atem, so lange es angenehm ist, an und atmen Sie dann aus.
10. Wenn Sie kein Klick hören (das bedeutet, dass der Inhalator nicht ausgelöst hat), beginnen Sie von Neuem.
11. Setzen Sie die Kappe wieder auf.
12. Halten Sie immer einen Inhalator auf Vorrat.

**Vermeide**

- zu schnell einzuatmen.
- das Einatmen zu beenden, wenn der Klick zu hören ist.
- das Einatmen zu beenden, wenn die Medizin im Mund zu spüren ist.
- den Inhalator beim Inhalieren horizontal zu halten.
- irritiert zu sein, wenn die Medizin nicht zu spüren oder zu schmecken ist.

Turbohaler**Beachte**

1. Schrauben Sie die Kappe ab.
2. Laden Sie den Inhalator in senkrechter Position durch Vor- und Zurückdrehen der Unterseite.
3. Atmen Sie tief aus.
4. Umschließen Sie das Mundstück bei geöffnetem Mund eng mit den Lippen.
5. Atmen Sie möglichst fest, schnell und tief ein.
6. Halten Sie den Atem, so lange es angenehm ist, an und atmen Sie dann aus.
7. Schrauben Sie die Kappe wieder auf.
8. Kontrollieren Sie regelmäßig das Zählwerk (sofern vorhanden), um rechtzeitig zu wissen, wann ein neuer Inhalator nötig ist.
9. Halten Sie immer einen Inhalator auf Vorrat.

**Vermeide**

- den Inhalator beim Laden horizontal zu halten.
- in den Inhalator zu blasen.
- den Inhalator nach dem Laden nicht schütteln oder umdrehen.
- auf dem Mundstück dem Mundstück zu kauen.
- irritiert zu sein, wenn die Medizin nicht zu spüren oder zu schmecken ist.

Easyhaler**Beachte**

1. Nehmen Sie die Kappe ab.
2. Laden Sie den Inhalator in vertikaler Position und halten Sie ihn aufrecht.
3. Atmen Sie tief aus.
4. Umschließen Sie das Mundstück bei geöffnetem Mund eng mit den Lippen.
5. Atmen Sie möglichst fest, schnell und tief ein, bis die Lunge voll ist.
6. Halten Sie den Atem, so lange es angenehm ist, an und atmen Sie dann aus.
7. Setzen Sie die Kappe wieder auf.
8. Kontrollieren Sie regelmäßig das Zählwerk, um zu wissen, wann Sie einen neuen Inhalator benötigen.
9. Halten Sie immer einen Inhalator auf Vorrat.

**Vermeide**

- den Inhalator nach dem Laden zu schütteln oder umzudrehen.
- in den Inhalator zu blasen.
- den Inhalator in feuchter Umgebung aufzubewahren.

* Die Originaltexte von ADMIT wurden von der Redaktion leicht modifiziert. Abdruck der Abbildungen mit freundlicher Genehmigung von ADMIT.

Anzeige

- **Leise**
- **Leicht**
- **Bequem**
- **Modisch**
- **Kompakt**
- **Flugtauglich**





Freiheit ohne Grenzen

FreeStyle
Der kleinste und leichteste
Konzentrator der Welt!

- **Persönlicher, individueller Service**
- **24 h-Notdienst**
- **Urlaubsversorgung**



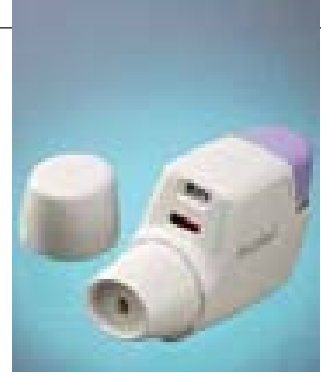
GTI medicare GmbH
Hattlingen - Bielefeld - Hamburg
www.gti-medicare.de
info@gti-medicare.de
Service-Telefon:
02324-91990 - 040-611369-0



Novolizer

Beachte

1. Nehmen Sie die Kappe ab.
2. Drücken Sie die Taste hinab und lassen Sie sie nach dem Hören eines Klick los.
3. Überprüfen Sie, ob die Farbe im Sichtfenster von rot auf grün gewechselt hat; wenn nicht, wiederholen Sie den Vorgang, bis der Farbwechsel erfolgt ist.
4. Atmen Sie tief aus.
5. Umschließen Sie das Mundstück bei geöffnetem Mund eng mit den Lippen.
6. Atmen Sie möglichst fest, schnell und tief ein bis, die Lunge voll ist.
7. Halten Sie den Atem, so lange es angenehm ist an, und atmen Sie dann aus.
8. Überzeugen Sie sich, dass im Sichtfenster die Farbe von grün auf rot gewechselt hat als Zeichen einer kompletten Dosisfreigabe; anderenfalls wiederholen Sie ab Schritt 4.
9. Setzen Sie die Kappe wieder auf.
10. Überprüfen Sie das Zählwerk, um rechtzeitig zu wissen, wann ein neuer Inhalator nötig ist.
11. Halten Sie immer eine Refillpatrone auf Vorrat.



Vermeide

- in den Inhalator zu blasen.
- das Einatmen zu beenden, wenn Sie einen Klick hören.

ADMIT – eine internationale Arbeitsgruppe stellt sich vor

„... denn am teuersten ist der Inhalator, der nicht richtig genutzt wird!“, so lautet die Botschaft von ADMIT

Die beste Möglichkeit zur Behandlung chronischer Atemwegserkrankungen ist die Inhalation. Der schnelle Wirkeintritt durch Transport direkt an den Wirkort bei geringer Dosis und die geringere Gefahr von Nebenwirkungen machen diesen Weg zum Goldstandard.

Das traurige Ergebnis zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen ist die Erkenntnis, dass der Erfolg der Behandlung häufig an der Inhalation scheitert. Voraussetzung für eine erfolgreiche Inhalation ist, dass der Patient ein für ihn „persönlich“ geeignetes Inhaliergerät verordnet bekommt. Nach Einweisung in die korrekte Inhalation und regelmäßiger Überprüfung seiner Inhalationstechnik muss er regelmäßig einen korrekten Inhalationsvorgang durchführen.

Die Mitglieder von ADMIT (**A**erosol **D**rug **M**anagement **I**mprovement **T**eam) haben es sich zur Aufgabe gemacht, diese Voraussetzungen zu erleichtern. Deutsche Mitglieder von ADMIT sind Dr. Thomas Hausen, Essen, und Dr. Thomas Voshaar, Moers. Der Therapieerfolg bei Krankheiten, bei denen eine Inhalation als Behandlungsweg möglich ist, wie Asthma und COPD soll durch die optimale Verwendung der bereits vorhandenen Geräte sowie durch die Auswahl des für den jeweiligen Patienten am besten geeigneten Gerätes verbessert werden.

Auf der Internetseite www.admit-online.info sind die wichtigsten Informationen rund um das Inhalieren für

Patienten und Ärzte zusammengetragen. Hier finden Sie allgemeine Hinweise zum Aufbau und zur Funktion der Atemwege und der Lunge, Informationen zu den zwei wichtigsten Krankheitsbildern und deren Behandlungsmöglichkeiten einschließlich allgemeiner Informationen zum Inhalieren und zu Besonderheiten der wichtigsten Inhaliergeräte. Zahlreiche Abbildungen und Videos vertiefen das Verständnis für die vorgestellten Themen.

In einem kleinen Film (www.admit-online.info/de/admit-rat/interaktive-grafiken-videos) können auch Sie als Patient einen Besuch beim Arzt simulieren und dabei die Besonderheiten Ihres Inhaliergerätes kennenlernen. Zum aktuellen Zeitpunkt ist dieser Film allerdings nur in englischer Sprache zu sehen. Eine Übersetzung in andere Sprachen ist in Arbeit.

Selbstverständlich ist auf der Internetseite auch eine Möglichkeit eingebaut, Kontakt mit den Experten von ADMIT aufzunehmen und dort allgemein gehaltene Fragen beantwortet zu bekommen.

ADMIT freut sich selbstverständlich über jede Anregung und Kritik, denn nur mit der Hilfe der Betroffenen können wir in Zukunft für eine praxisnahe und gut verständliche Hilfe für alle Beteiligten am Inhalationsprozess sorgen.

Dr. med. Thomas Hausen, Essen
Arzt für Allgemein- und Sportmedizin

Alles austauschbar? Aut idem und Inhalationssysteme

Seit April 2008 sind Apotheker verpflichtet, eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abzugeben, wenn der verordnende Arzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet hat und die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen hat. Das Präparat hat in Wirkstärke und Packungsgröße identisch zu sein, der Indikationsbereich (Erkrankung wegen der das Medikament verordnet wird) sollte ebenso wie die Darreichungsform des Medikaments gleich sein.

Zusätzlich wurden zwischen Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband sogenannte Rabattverträge getroffen, die die Abgabe von Arzneimitteln wesentlich beeinflussen. Der Rabattvertrag hat stets Vorrang. Der Apotheker kann von der Vereinbarung nur abweichen, wenn das Rabattarzneimittel nicht verfügbar ist und ein dringender Fall vorliegt. Außerdem wäre ein Ausnahme-

„aut idem“ – lateinisch für „oder ein Gleiches“

tatbestand, wenn der Apotheker im konkreten Einzelfall pharmazeutische Bedenken hat und durch den Austausch trotz eines Beratungsgesprächs den Therapieerfolg gefährdet sieht. In diesem Fall ist das Rezept mit einer Sondernummer und einem stichwortartigen Vermerk zu versehen.

Welchen Einfluss hat diese Regelung im Bereich der inhalativen Therapie von obstruktiven Atemwegserkrankungen?

Generell darf ein Trockenpulverinhalator nicht gegen ein Dosieraerosol („metered dose inhaler“) getauscht werden und umgekehrt. Vier Wirkstoffgruppen spielen eine Rolle: Salbutamol, Formoterol, Beclometason und Budesonid.

Bei den die Bronchien erweiternden Medikamenten Salbutamol und Formoterol ist ein Austausch zwischen den einzelnen Präparaten ohne größere Probleme möglich. Bei dem inhalativen Kortisonpräparat „Beclometason“ ändert sich bereits der Sachverhalt. So kann der Wirkstoff in einem atemzuggesteuerten System vorliegen, der Wechsel auf ein Dosieraerosol kann zu einer bedeutsamen Änderung der Lungendeposition des Medikamentes führen, falls zum Beispiel seitens des Patienten Koordinationspro-

Anzeige



PARI BOY® S Familie

- **PARI JuniorBOY® S** – Kleine Tröpfchen für kleine Atemwege
- **PARI TurboBOY® S** – Einer für (fast) alle ab 4 Jahre
- **PARI BOY® SX** – Der Spezialist – schnell und variabel
- **PARI BOY® mobile S** – Der Kleine mit Akku – weltweit einsetzbar

Für Ihre Fragen:
PARI Service-Center: +49 (0) 81 51/2 75-2 75 • www.pari.de • E-Mail: info@pari.de

Wirksam inhalieren –
Erleichterung spüren!

Spezialisten für effektive Inhalation



bleme bei der Anwendung eines Dosieraerosols vorliegen. Weiter gibt es klinisch bedeutsame unterschiedliche Partikelgrößen der Systeme, die die Wirksamkeit beeinflussen können und auf den ersten Blick nicht offensichtlich sind. Wichtig ist hierbei der Vergleich der Tageshöchstdosen in der jeweiligen Fachinformation.

Das inhalative Kortisonpräparat „Budesonid“ wird weit überwiegend in einem Pulverinhalator verordnet. Die Systeme unterscheiden sich unter anderem durch den inneren Gerätewiderstand, der für die Variation der Partikelgröße und der einatembaren (respirablen) Menge verantwortlich ist. Ein und derselbe Inspirationsfluss des Patienten führt bei unterschiedlichen Inhalatoren zu einer unterschiedlichen Lungendeposition, die damit die Wirksamkeit des Medikaments bei dem jeweiligen Patienten beeinflusst. Problematisch wäre weiterhin der Austausch eines Systems, das einen gewissen Mindestfluss der Einatmung bei der Inhalation voraussetzt, gegen ein System, das nicht anzeigt, ob der Einatmungsfluss ausreichend war.

Der Deutsche Apothekerverband hat in einer Stellungnahme die Auffassung geteilt, dass der Austausch von Inhalatoren in der Apotheke im Rahmen der „aut idem“-Regelung bedenklich ist. Gleichzeitig wurde festgestellt, dass der bestehende Rahmenvertrag hinreichende Möglichkeiten bietet, auf diese Bedenken zu reagieren.

Anzeige

Salzlösungen: vernebeln statt verdampfen!

Die Wirksamkeit der **Inhalation von Salzlösungen** bei Husten und zur Schleimlösung ist vielfach erwiesen und seit langem zur Unterstützung der Therapie von Atemwegserkrankungen bewährt.

Daher wird Patienten diese schonende Methode zur Vorbeugung und Linderung von Erkrankungen der Atemwege oft als Ergänzung einer medikamentösen Behandlung in der Selbsttherapie empfohlen – häufig jedoch in falscher Anwendungsform mittels „Kochtopfmethode“, denn diese funktioniert bei der Salzwasserinhalation nicht!

Wie müssen saline Lösungen inhaliert werden?

Da Salz im Wasser vollständig gelöst wird, gehen Patienten oft davon aus, dass der Dampf ebenfalls Kochsalz enthalten müsse. Doch der Blick auf die Funktion einer Salzgewinnungsanlage zeigt: **Salz bleibt zurück, wenn das (Meer-)Wasser verdunstet.**

So atmen Patienten über einem Topf mit warmem Salzwasser einzig den Wasserdampf ein. Zwar kann sich allein durch die Wärme ein Gefühl des Wohlbefindens einstellen, die schleimlösende Wirkung bleibt jedoch aus.

Salzlösungen lassen sich nur als **Nebel** einatmen, quasi als „Meeresgisch““. Damit auch zu Hause das Salz seine wohltuende Wirkung entfalten kann, sollte ein modernes Inhalationsgerät verwendet werden: die salzhaltige Flüssigkeit wird in feinstes, inhalierbares Aerosol zerstäubt, die Wirksamkeit der Saline bleibt erhalten.

Von großer Bedeutung ist zudem die **Konzentration** des Salz-Aerosols: Isotonische Salzlösungen entsprechen in ihrer Konzentration den menschlichen Körpersekreten und bieten eine wohltuende, pflegende Wirkung durch Befeuchtung, jedoch kaum Schleimlösung.

Erst höhere Konzentrationen von 3% bis 7% bewirken die Lockerung von zähem Sekret, das sich dann leichter abhusten lässt.

Fertige Salzlösungen in praktischen Kunststoffampullen, wie z.B. die isotonische PARI NaCl Inhalationslösung oder MucoClear 3%, sind in Ihrer Apotheke erhältlich.

Dies bedeutet, dass der verordnende Arzt verstärkt von der Möglichkeit Gebrauch machen sollte, das „aut idem“-Kästchen anzukreuzen. Dies gilt insbesondere bei der Wiederverordnung, wenn der Arzt sicherstellen möchte, dass eine einmal eingeschlagene und erfolgreiche Therapie in dieser Form fortgeführt wird.

Ursprünglich diente das „aut idem“-Kästchen dazu, eben einen Austausch zuzulassen! Nun wird gerade das Gegenteil bewirkt. Eigentlich müsste jetzt ein „id solum“-Feld benutzt werden.

Die Apothekerverbände stellen fest, ausreichend Erfahrung in der Bewertung eines möglichen Austauschs eines Inhalationsystems zu haben. Das Problem des Apothekers bleibt aber, dass er die inhalative Begleitmedikation des Patienten nicht immer kennt, die für die Auswahl von großer Bedeutung ist. Weiter liegen in der Regel dem Apotheker keine Informationen über die Lungenfunktion des Patienten, das Ausmaß der Bronchialobstruktion und der Erkrankungsschwere vor. Dies spielt insbesondere bei der Auswahl von Trockenpulverinhalatoren eine wichtige Rolle. Schließlich sind dem Apotheker patientenspezifische Faktoren („Vorliebe“ für ein bestimmtes Inhalationssystem, die Akzeptanz und die Therapietreue beeinflussende Faktoren) nicht bekannt. Es ist daher für den Arzt empfehlenswert, gerade in Bezug auf Inhalationssysteme einen engen Kontakt mit den jeweiligen regionalen Apothekern zu pflegen.

Zusammenfassend kann der Austausch von Inhalationssystemen durch den Apotheker möglicherweise zu einer bedeutsamen Verschlechterung der Therapiequalität und der Nebenwirkungsrate durch Über- und Unterdosierungen, vor allem bei inhalativen Kortisonpräparaten, führen. Nicht selten erfährt der das Medikament verordnende Arzt nur durch Zufall von der stattgehabten Änderung und kann damit erst verspätet reagieren. Falls der Austausch gerechtfertigt wäre, kann nicht oft genug auf die intensive Einweisung und Schulung der korrekten Handhabung hingewiesen werden. Das Kreuzen des sprachlich falschen „aut idem“-Feldes ist ein wichtiges Instrument zur Optimierung der Behandlungsqualität in der Inhalationstherapie.

Fazit für den Patienten

Wenn der Apotheker einen Austausch erwägt, informieren Sie ihn über die weiteren von Ihnen genutzten Inhalationsgeräte. Fragen Sie nach, ob eventuell eine Rücksprache mit dem betreuenden Arzt sinnvoll wäre. Besondere Aufmerksamkeit gilt bei der Verordnung von Kortison zur Inhalation. In jedem Fall sollten Sie Ihren Arzt beim nächsten Kontakt informieren, dass ein Austausch des Inhalationssystems stattgefunden hat.



Dr. med. Peter Haidl, Schmallenberg
Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft



Seelische Beschwerden äußern sich oft in Form von Müdigkeit, Erschöpfung oder Gereiztheit.

Seelische Beschwerden bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung

Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung leiden meist nicht nur unter einer Erkrankung ihrer Lunge. Oft finden sich auch noch weitere körperliche Erkrankungen, wie zum Beispiel die koronare Herzerkrankung oder auch seelische Erkrankungen, die das Leben der Patienten belasten. Erst in den letzten Jahren rückte die Bedeutung der seelischen Belastung für die Behandlung von Patienten mit COPD in den Blickpunkt der Forschung. Es ist bekannt, dass seelische Beschwerden und psychische Erkrankungen bei Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen etwa zwei- bis dreimal häufiger sind als bei Menschen ohne solche Belastungen. Dies gilt auch für die chronisch obstruktive Lungenerkrankung. In systematischen Untersuchungen von Patienten mit einer stabilen COPD fand sich in unterschiedlichen Studien, dass zehn bis 42 Prozent der Patienten auch an einer Depression leiden und weitere zehn bis 19 Prozent an einer bedeutsamen Angststörung. Bei Patienten, die gerade von einer akuten Exazerbation der COPD genesen waren, war die Belastung durch Depressionen und Ängste noch häufiger. In einer eigenen Untersuchung von 100 ambulanten Patienten aus dem Katholischen Klinikum Mainz und zwei pneumologischen Praxen fanden wir heraus, dass 17 Prozent der COPD-Patienten an bedeutsamen depressiven Beschwerden, sieben Prozent an relevanten Ängsten, sechs Prozent an starken Entfremdungsgefühlen und weitere 13 Prozent an einem sogenannten somatoformen Syndrom litten (zur Erklärung der Erkrankungen siehe Schaukasten). Zumindest einer von fünf (21 Prozent) der COPD-Patienten wies eine bedeutsame seelische Erkrankung auf.

Leider bleiben die seelischen Erkrankungen oft unerkannt. Dies liegt zum einen daran, dass Patienten ihre seelischen Beschwerden, die sich oft in Form von Müdigkeit, Erschöpfung, innerer Unruhe oder Gereiztheit äußern, nicht als Symptome einer Angsterkrankung oder

Depression deuten können. Zum anderen muss leider davon ausgegangen werden, dass nach wie vor bei weit weniger als der Hälfte der Betroffenen eine Depression oder Angsterkrankung von den behandelnden Ärzten diagnostiziert wird. Dies hat ungünstige Folgen für die Betroffenen, denn

1. Seelische Erkrankungen sind mit viel Leid verbunden. Seelische Erkrankungen beeinträchtigen oft weit stärker als die eigentlichen COPD-bedingten körperlichen Einschränkungen die Lebensqualität der Betroffenen. Im schlimmsten Fall kann dies sogar soweit gehen, dass Betroffene sich selbst das Leben nehmen, zum Beispiel im Rahmen einer unerkannten oder nicht ausreichend behandelnden Depression.

2. Kann man davon ausgehen, dass seelische Erkrankungen sehr oft die Fähigkeit der Patienten stark beeinträchtigen, angemessen mit ihrer COPD umzugehen. Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass depressive Patienten ein dreimal höheres Risiko haben, ärztliche Anweisungen nicht angemessen zu befolgen als Nichtdepressive. Depressive Patienten vergessen zum Beispiel häufiger, ihre Medikamente regelmäßig einzunehmen. Auch der Aufbau eines gesünderen Lebensstils, zum Beispiel das Rauchen einzustellen oder die Verbesserung der körperlichen Ertüchtigung durch die Teilnahme an einer Lungensportgruppe, fällt Patienten mit seelischen Erkrankungen weitaus schwerer als Patienten, die nicht mit einer Depression belastet sind.

3. Es kann sogar vermutet werden, zumindest haben zwei neuere Untersuchungen dies gezeigt, dass es bei Patienten mit depressiven Erkrankungen häufiger zu Exazerbationen und der Notwendigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen kommt als bei nichtdepressiven Patienten. Hierfür werden mehrere Ursachen verantwortlich gemacht, zum einen die erhöhten Schwierigkeiten der Patienten, sich an die Anweisung des Arztes zu

halten, zum anderen vermutlich aber auch eine direkte Wirkung der Depression, vermittelt durch Veränderungen des Entzündungssystems des Körpers.

Die Bedeutung psychischer Faktoren für den Krankheitsverlauf und die Behandlung der COPD ist grundsätzlich den Ärzten bekannt. Nicht umsonst findet die psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung in den Leitlinien zur Behandlung der COPD eine besondere Berücksichtigung. Im Klartext steht dort: „aufgrund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren bei Patienten mit COPD ist durch die Ärzte oder den Arzt zu prüfen, inwieweit die Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen und oder psychiatrischen Behandlungen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungsbringer erfolgen“. Ausdrücklich wird demnach in den COPD-Leitlinien der Arzt aufgefordert, seelische Erkrankungen zu erfassen und Patienten auf entsprechende Behandlungsmöglichkeiten hinzuweisen beziehungsweise diese zu veranlassen und anzubahnen. Leider ist jedoch das Wissen um seelische Erkrankungen sowohl bei den Betroffenen als auch bei den behandelnden Ärzten recht begrenzt und diagnostische Hilfsmittel kommen nur selten zum Einsatz. Nachfolgend sollen deshalb dem Leser die wichtigsten seelischen Erkrankungen vorgestellt werden (siehe Schaukasten). Zunächst ist festzustellen, dass seelische Erkrankungen sehr häufige Erkrankungen sind. Nach dem Bundesgesundheitsurvey von 1989 kann man davon ausgehen, dass 32 Prozent der Allgemeinbevölkerung mindestens zu einem Zeitpunkt innerhalb der letzten zwölf Monate an einer seelischen Erkrankung litten. Die häufigsten seelischen Erkrankungen sind dabei die Angststörungen mit 15 Prozent, die Substanzstörungen (Alkoholproblematik) mit 13 Prozent, gefolgt von depressiven Erkrankungen mit zwölf Prozent und den sogenannten somatoformen Störungen, das heißt körperliche Beschwerden ohne eine klare, eindeutige organische Ursache, mit elf Prozent.

Die wichtigsten seelischen Erkrankungen

Depressionen

Depressionen sind häufige psychische Störungen. In Deutschland leiden mindestens vier Millionen Menschen an einer depressiven Störung. Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens eine Depression zu erleiden, liegt bei bis zu zwölf Prozent für Männer und bis zu 26 Prozent für Frauen.

Lang anhaltende Niedergeschlagenheit ist das wichtigste Krankheitszeichen der depressiven Störung.

Depressive können sich kaum noch freuen, nichts kann sie aufheitern. Oft haben Depressive das Gefühl, alle Gefühlsregungen scheinen abhanden gekommen. Depressive leiden unter einem Verlust an Selbstvertrauen; die Betroffenen fühlen sich minderwertig und unsicher. Die meisten depressiven Menschen haben auch Angst – Angst, Aufgaben nicht zu bewältigen, verlassen zu werden oder an einer schweren, unheilbaren Krankheit zu leiden. Die Betroffenen fühlen sich oft schwach und energielos. Andere hingegen fühlen sich „wie unter Strom“, sind innerlich unruhig, angespannt und nervös.

Angsterkrankungen

Angsterkrankungen sind nach Depressionen die zweithäufigste seelische Erkrankung. In Deutschland leiden etwa neun Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen im Verlauf eines Jahres an einer Angststörung. Die wichtigsten Angststörungen sind dabei die Panikstörung, Agoraphobie, soziale Phobie und generalisierte Angststörung.

Panikstörung und Agoraphobie

Die Panikstörung ist durch wiederkehrende und unerwartete Angstattacken charakterisiert. Unter einer Panikattacke versteht man ein kurzzeitiges, plötzlich und unerwartet abrupt auftretendes Beschwerdebild, in dessen Vordergrund eine überwältigend starke Angstreaktion steht. Die Panikattacke setzt unvermittelt ein und steigert sich in wenigen Minuten zu ihrem Höhepunkt. Dabei treten charakteristische Symptome auf: zumeist in Form von Herzklopfen, Atemnot, Erstickungsgefühlen, Schwindel und Entfremdungsgefühlen (Gefühl der Unwirklichkeit, „wie im Traum“, „als ob ich nicht richtig da bin“, „als ob ich mich außerhalb meines Körpers befinde“). Verbunden damit ist häufig die Angst, verrückt zu werden, die Kontrolle zu verlieren oder einen körperlichen Zusammenbruch zu erleiden. In der Folge entwickeln sich ständige Sorgen und seine starke Erwartungsangst vor dem Auftreten weiterer Attacken und vor den Konsequenzen der Panikattacken. Nicht selten entwickelt sich nach einer Panikattacke auch eine sogenannte Agoraphobie. Hierunter versteht man die unangemessene Angst vor oder das angstbedingte Vermeiden von bestimmten Orten oder Situationen. Den Betroffenen erscheint dabei eine Flucht im Falle des Auftretens panikähnlicher oder potenziell gefährlicher Körperreaktionen schwierig oder sie gehen davon aus, dass in diesen Situationen keine Hilfe verfügbar wäre. Typischerweise Angst auslösend sind zum Beispiel öffentliche Plätze, Menschenmengen, das Anstellen in einer Warte-

schlange, Reisen im Bus, Zug oder Auto sowie alleine ohne Begleitung das Haus zu verlassen.

Generalisierte Angststörung

Die Generalisierte Angststörung ist durch langandauernde, starke exzessive Ängste, Sorgen und Anspannungsgefühle (Gefühl drohenden Unheils) gekennzeichnet, die sich in der Regel auf eine Vielzahl von Lebensumständen und Alltagssituationen beziehen. Aufgrund der ständigen Sorgen und der ängstlichen Anspannung kommt es zu Schlafstörungen, Hitze- oder Kältegefühlen, Reizbarkeit, Benommenheit, Schwindel, Entfremdungsgefühlen, Konzentrationsstörungen und Muskelschmerzen.

Soziale Phobie - Soziale Angst

Als soziale Phobie (Soziale Angststörung) werden klinisch bedeutsame, anhaltende Angst- und Vermeidungsreaktionen bezeichnet, die durch soziale oder Leistungssituationen ausgelöst werden. Typische Auslösesituationen sind zum Beispiel sich in Gegenwart anderer zu äußern, vor anderen zu sprechen,

zu essen, zu schreiben oder an Veranstaltungen, geselligen Kontakten oder Prüfungen teilzunehmen. Zentrale Angst der sozialen Phobie ist es, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen aus Angst davor, sich zu schämen oder dumm zu wirken.

Somatoforme Störungen

Der Ausdruck somatoforme Störungen bezeichnet eine Gruppe seelischer Erkrankungen, die durch beeinträchtigende körperliche Beschwerden gekennzeichnet ist, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine körperliche Erkrankung zurückführen lassen. Die häufigsten Beschwerden sind dabei chronische Schmerzen, Schwindelgefühle, Magen-Darm-Beschwerden (sogenannter Reizmagen oder Reizdarm), und Müdigkeit/Erschöpfung. Nicht selten kommt es bei Patienten mit somatoformen Störungen zu einer Belastung der Arzt-Patient-Beziehung, da sowohl Arzt und Patient ausschließlich eine körperliche Erkrankung als Ursache für die Beschwerden in Betracht ziehen, die aber trotz sorgfältiger Diagnostik nicht gefunden werden kann.

Anzeige

- Einfache Bedienung
- Komfortabel
- Unabhängig
- Leistungsfähig
- Jetzt mit Hilfsmittelnummer



Neu bei GTI



iGO
Der transportable
Konzentrator

- Persönlicher, individueller Service
- 24 h-Notdienst
- Urlaubsversorgung



GTI medicare GmbH
Hettingen - Bielefeld - Hamburg
www.gti-medicare.de
info@gti-medicare.de
Service-Telefon:
02324-91990 • 040-611369-0



Hinsichtlich des Erkennens seelischer Erkrankungen ist zu bedenken, dass sich diese seelischen Störungen sehr häufig bei Patienten vorwiegend in körperlichen Beschwerden äußern. Den Patienten ist dann meist nicht klar, dass diese Symptome weniger Ausdruck einer körperlichen Erkrankung als ihrer Stimmungslage oder ängstlichen Anspannung sind. Typische körperliche Angstsymptome sind zum Beispiel Herzklopfen, Schweißausbrüche, Zittern, Mundtrockenheit, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Druckgefühl auf der Brust, Übelkeit, Schwindelgefühle und Benommenheit, Unwirklichkeitsgefühle, der Eindruck „nicht richtig da zu sein“, Hitzegefühle, Kälteschauer, Kribbeln, Muskelverspannungen, Ruhelosigkeit, Kloßgefühl im Hals, Einschlafstörungen und Reizbarkeit. Typische körperliche Depressionsbeschwerden sind zum Beispiel Appetitlosigkeit, Müdigkeit, bleierne Schwere in den Beinen, Erschöpfung und Schlafstörungen. Beim Lesen wird einem gleich klar, dass diese Symptome in Zusammenhang mit sehr vielen Erkrankungen auftreten können und dass es deshalb eines Spezialisten bedarf, um eine richtige Diagnose zu stellen. Hier empfiehlt sich dann meist die Überweisung zu einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

In dem Gespräch mit dem Spezialisten erfolgt dann eine weitere Abklärung der Beschwerden durch eine offene Frage nach den Beschwerden sowie eine Erkundigung nach den aktuellen Lebensumständen, der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen und zu den frühen Lebenserfahrungen in der Kindheit (Verluste, Qualität der Beziehung zu den Eltern, Belastungen und Krisen). Diese ausführliche Anamnese (Befragung/Erhebung) ist notwendig, da diese Umstände zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer seelischen Erkrankung beitragen können.

Die Behandlung besteht dann oft in einer Kombination aus Medikamenten, die das seelische Befinden positiv beeinflussen, und im Angebot hilfreicher Gespräche im Umfang von 20 Minuten bis hin zu einer psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne (Gesprächsdauer 50 Minuten). Die psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne soll den Patienten in die Lage versetzen, seine Probleme besser lösen zu können, in dem man ihm dabei unterstützt, befriedigendere soziale Beziehungen aufzubauen, sich selbst besser zu verstehen und einen liebevolleren Umgang mit sich zu finden. Die Kosten dafür werden von den Krankenkassen übernommen.

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Für den Arzt stehen unterschiedliche Hilfsmittel bereit, seelische Erkrankungen zu erkennen. So gibt es für den Einsatz im Praxisalltag einen ganz einfachen Fragebogen, der nur aus vier Fragen besteht und mit dem man ziemlich sicher die wichtigsten depressiven Störungen und Angsterkrankungen erfassen kann. Wenn ein Patient bei der Beantwortung der Fragen 1 und 2 mindestens drei Punkte erhält, ist die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Depression sehr hoch. Ebenso ist es sehr wahrscheinlich, dass der Patient an einer bedeutsamen Angsterkrankung leidet, wenn er bei den Fragen 3 und 4 mindestens drei Punkte erreicht.

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können.

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?

	überhaupt nicht	an ein- zelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Frage 1-4: Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). © 2002 Pfizer

Gemäß zahlreicher Studien ist davon auszugehen, dass die meisten Patienten von einer solchen Behandlung deutlich profitieren. Für COPD-Patienten bedeutet dies vor allem einen Gewinn an Lebensqualität und möglicherweise auch eine Verbesserung ihres körperlichen Zustandes. Wichtige Themen in der Behandlung von Patienten mit COPD sind in Ergänzung zu den oben genannten allgemeinen Behandlungszielen:

1. Die Bearbeitung von krankheitsspezifischen Ängsten (zum Beispiel Ängste vor Atemnot, Unterscheidung von Angst und Atemnot, Scham wegen Begleitsymptomen der COPD wie beispielsweise Hustenanfälle, Sauerstoffgerät oder reduzierte körperliche Fitness).
2. Die Verbesserung der Krankheitsbewältigung durch die Aufklärung der Patienten und die Bearbeitung von Problemen mit der Umsetzung des Krankheitswissens, zum Beispiel Unterstützung bei der Raucherentwöhnung, Motivationsarbeit für die Teilnahme am Lungensport oder anderen Maßnahmen der körperlichen Aktivierung.
3. Die Bearbeitung von Problemen in der Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten.

Leider gibt es aber immer noch Hindernisse für die Umsetzung dieser sinnvollen Behandlungsmaßnahmen. Auf Seiten des Patienten scheidet das Aufgreifen einer solchen zielführenden Behandlung oft daran, dass sich Patienten für die Diagnose einer seelischen Erkrankung schämen. Dies ist jedoch nicht angemessen, da seelische Erkrankungen genauso schicksalhaft wie körperliche Erkrankungen sind. Die Ursachen hierfür sind meist eine Kombination von Erbanlagen, schicksalhaften Belastungen in der Kindheit und aktuell schwierige Lebenssituationen. Hierunter fallen auch die Belastungen durch eine chronische körperliche Erkrankung.

Seelische Erkrankungen berechtigen ebenso wie körperliche Erkrankungen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Aufgrund falscher Scham sollte ein Patient hiervon nicht zurückscheuen. Es könnte vielleicht auch entlastend sein, sich vor Augen zu halten, dass seelische Erkrankungen weit häufiger sind als im Alltag angenommen wird. Hier sind auch Angehörige gefragt, ihre Familienangehörigen zu ermuntern, entsprechende Hilfen in Anspruch zu nehmen beziehungsweise zunächst überhaupt erst einmal solche Probleme bei ihrem betreuenden Hausarzt oder Lungenfacharzt anzusprechen.

Aber auch das Gesundheitssystem selbst erschwert nicht selten den Zugang zu einer zielführenden Behandlung seelischer Erkrankungen, insbesondere bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen. Dies liegt daran, dass die Wartezeiten auf einen Therapieplatz oft sehr lang sind und zudem spezifische Therapieangebote für Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen, oft in Form einer störungsorientierten Kurzzeittherapie im Umfang von acht bis 25 Stunden, nur sehr selten angeboten werden oder in spezialisierten Einrichtungen, wie zum Beispiel psychosomatischen Polikliniken, nicht finanziert sind. Hier ist zu hoffen, dass zukünftige Reformen des Gesundheitssystems verstärkt die Bedürfnisse von Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen und seelischen Störungen berücksichtigen und entsprechende Versorgungsangebote ermöglichen.



Privatdozent Dr. med. Matthias Michal, Mainz
Universitätsmedizin Mainz, Klinik und Poliklinik für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

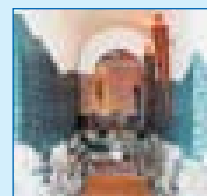


Gönnen Sie sich eine Verschnaufpause mit unserem Kompaktangebot:

„Stärkung der Abwehrkräfte“

2 Wochen mit vitaler Vollverpflegung und Therapie ab 1.075,- €/Person

- ✓ Behandlung von **Atemwegsbeschwerden, Erkrankungen des Bewegungsapparats, Stresserkrankungen**
- ✓ Medizinisch ganzheitliche Betreuung
- ✓ Hydrotherapien, Wasseranwendungen nach Kneipp (Güsse, Kräuterbäder, Heublumenpackungen, Naturmoor, Fango)
- ✓ Physiotherapie, Wirbelsäulenprogramm
- ✓ Inhalationen mit Bad Reichenhaller Sole
- ✓ Spezialmassagen: Ganz- und Teilkörpermassagen, Fußreflexzonenmassagen, Lymphdrainage, Bindegewebsmassage, Akupunktmassage
- ✓ „Wellness im Heustadel“, Cleopatrabad, Thalasso, Heubad, Schottisches Bad, Kosmetikstudio
- ✓ zauberhafte Saunalandschaft mit Erlebnispool 28° - Aquatraining nach der Z-Methode, Dampfbad, Brechlbad, Steinofensauna, finn. Sauna, Whirlpool, Solarium, Kneippanlage im Freien
- ✓ Menüwahl - vitales Frühstück, Naturküche, Molkefruchttrunk, Sondereinnährung
- ✓ ganztägige Tee- und Vitaminbar, Obst, Rohkost
- ✓ Tennisplätze, Boccia, Freischach, Citybikes
- ✓ Golfdriving-Range mit 3x Par-3-Übungsanlage, Schnupperkurse und Platzreifkurse
- ✓ reizvolle Sonnenterrasse, schattiger Biergarten, ugemütliche, gepflegte Gasträume
- ✓ Kostenträger: Privat, Beihilfe, gesetzliche Krankenkassen, ambulante Behandlung möglich
- ✓ Ärzteteam: Dr. med. Beatrix Riedlsperger (Leitung)
Dr. med. Wolfgang Paa
Professor Dr. med. Wolfgang Petro (Ambulanz)



SCHLOSSBERGHOF

Schlossberg 5
D-83435 Bad Reichenhall
Telefon 0 86 51/7 00 50, Telefax 0 86 51 70 05 48
www.schlossberghof.de

Umgang mit der Angst im Alltag

Im Ortsverband Bernkastel-Wittlich der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. haben wir uns vor einiger Zeit zu einem Gesprächskreis zusammengefunden. Wir, das sind einige Frauen im Alter zwischen 40 bis 70 Jahren. Jede von uns hat – mit unterschiedlichem Schweregrad – eine chronische Atemwegserkrankung; sei es ein Asthma, sei es eine COPD.

Wir wollten einmal über unsere unterschiedlichen Empfindungen und Erfahrungen mit unserer Krankheit sprechen, die uns im Alltag zum Teil schwer belastete. Schnell wurde uns allen bewusst, dass die Akzeptanz des „Nicht-mehr-möglich-sein“ früher selbstverständlicher Aktivitäten und der Verlust individueller Fähigkeiten unabdingbar zum Prozess der Bewältigung unserer chronischen Atemwegserkrankungen gehört. Diese Einstellung zur Krankheit müssen wir uns im wahrsten Sinne des Wortes „erarbeiten“. Dies zu tun verlangt Mut und Ausdauer. Nicht allen von uns ist das bisher gelungen.

„Traurigkeit“ war spontan das häufigste Wort, das unseren Gemütszustand am besten beschreibt. Die Realität anzunehmen, eröffnete aber für uns auch viele Wege, die uns verbliebenen Fähigkeiten zu erkennen und in Aktivitäten umzusetzen.

Also heißt es: Nicht jammern um das Verlorengegangene, sondern schauen, was uns geblieben ist und positiv denken und den Alltag aktiv neu gestalten.

Dazu gehört, dass man die vielfältigen Hilfen und Möglichkeiten für den Alltag annimmt und nicht aus falsch verstandener Scham von vorneherein ablehnt. Warum nicht bei der Morgentoilette einen Stuhl benutzen. Es sieht ja keiner, und wenn, wäre es auch nicht schlimm. Hausarbeiten im Sitzen erledigen, einen Einkaufswagen als Rollator benutzen oder das Angebot von Rollstühlen in öffentlichen Einrichtungen selbstbewusst annehmen.

Es gibt viele Möglichkeiten und der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt, um sich den Alltag zu erleichtern. Wir müssen nur den Mut haben, es zu tun! Dies heißt aber auch, sich nicht in eine Ecke zurückzuziehen und dort sitzen zu bleiben. Im Gegenteil, wann immer der Zustand der Erkrankung es zulässt, sollte, besser muss die körperliche Betätigung beziehungsweise Bewegung gesucht werden; der Besuch einer Lungensportgruppe kann hierzu sehr hilfreich sein. Von den damit zwangsläufig verbundenen neuen sozialen Kontakten ganz zu schweigen.

Atemnot setzt bei jedem von uns unterschiedliche Ängste frei. Der Umgang mit der eigenen Angst ist vielschichtig

und ein Signal zum Nachdenken. Die Angst löst oftmals Wut, Aggressionen und Verzweiflung aus. Der Gedanke an den eigenen Tod ist jedem von uns in dieser Situation schon gekommen und lässt sich wohl auch kaum vermeiden.

Die Angst kann jedoch auch zur Achtsamkeit gegenüber uns selbst führen, das heißt wir lernen, bewusster und verständnisvoller mit uns umzugehen. Das Erleben und der Umgang mit der Angst bei unserer individuellen Erkrankung ist daher ein fortlaufender und sich stetig ändernder Prozess. Diesen Prozess bewusst zu erleben und zu gestalten, dazu gehört viel Mut und Ausdauer.

Als Betroffene können wir diese Ängste oft nicht allein bewältigen. Wir sind auf das Verständnis durch Familie, Freunde, Umfeld, Selbsthilfe oder professionelle Hilfe angewiesen. Für uns ist es wichtig, in solchen Angstsituationen nicht alleine zu sein und unsere Gedanken und Gefühle anderen mitzuteilen. Für den nicht Erkrankten ist es oft schwer, unsere zum Teil ständige Atemnot und die dadurch ausgelösten Angstgefühle nachzuvollziehen.

Aus unseren Erfahrungen in der Selbsthilfegruppe, die nicht nur auf den monatlichen Treffen beruhen, sondern auch auf dem regen Austausch per Telefon und E-Mail, erleben wir ein unterstützendes und ermutigendes Verständnis untereinander. Uns ist bewusst, dass weder der Partner noch die Familie oder das soziale Umfeld unsere Erkrankung zu ihrem Lebensmittelpunkt machen können. Es ist für uns wichtig, dass die jeweiligen Partner ihre individuelle Lebensweise weiterführen und neue Gemeinsamkeiten gefunden werden. Dies ist für beide ein gemeinsamer Entwicklungsprozess.

Für uns ist es weiterhin wichtig, Aktivitäten und Hobbys zu haben und auszuführen, bei denen wir nicht durch die Krankheit behindert werden. Hier sind wiederum der Phantasie keine Grenzen gesetzt.

Gerade neue Perspektiven und Aufgaben sind wichtig, um unsere Selbstachtung zu erhalten oder um sie zurückzugewinnen.

Neue Wege zu gehen mit einer schweren Atemwegserkrankung erfordert viel Geduld und Ausdauer im Alltag. Unsere Erfahrungen sollten schließlich auch andere Betroffene motivieren, sich den eigenen Ängste zu stellen, sie anzusprechen, aber auch die Möglichkeiten der Bewältigung aufzeigen.

Inge Follmann, Gerlind Remke und Helga Schinhofen

Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.,
Ortsverband Bernkastel-Wittlich



Zermürbende Gedanken, aber auch zu langer Mittagsschlaf können eine Störung der Nachtruhe verursachen.

Das Sieben-Schritte-Programm zum besseren Schlaf

Wer häufig wach liegt, macht sich mit der Zeit Sorgen deswegen. Schadet es mir nicht? Das Karussell der daraus entstehenden Gedanken verschlimmert das Problem meist noch. Daher sieben Überlegungen aus der schlafmedizinischen Erfahrung, die Ihnen helfen können:

1. Wir verschätzen uns enorm bei der „gefühlten“ Wachliegedauer. Halbieren Sie getrost die scheinbare Wachzeit und es kommt eher hin.

Selbst Schlafgesunde behaupten drei Minuten nach bewiesenen Schlafwellen im Gehirn, noch wach zu sein. Bei Menschen mit Schlafproblemen messen wir im Schlaflabor oft 20 Minuten guten Schlaf und die Patienten könnten schwören, noch wach zu sein. Das Gehirn leistet also schon seine Arbeit, ohne dass wir das immer merken.

Darüber hinaus: Verbannen Sie beim Schlafversuch Uhren aus Ihrem Gesichtsfeld. Das blockiert mehr. Und: Alle drei Nächte schlafen erfahrungsgemäss selbst schlechte Schläfer immer wieder ganz ordentlich.

2. Eignen Sie sich Wissen über den Schlaf an! Das Wichtigste: Dass er nur in Rhythmen kommt, aber in verlässlichen und dass das sogenannte „Schlafenster“ sich etwa alle eineinhalb Stunden kurz öffnet.

Wer sich auf seinen Schlaf nicht mehr verlassen kann, legt sich vor lauter Sorge abends früh ins Bett, obwohl der richtige Zeitpunkt noch nicht da ist. Wann ist aber der richtige?

Den ganzen Tag, auch im Wachzustand, geht durch unseren Körper ein Rhythmus, der uns in wachere und schläfrige Phasen taucht. Stellen Sie sich eine wellenförmige Linie vor, die auf und ab geht.

Kurze schläfrige Abschnitte nennt man die sogenannten Schlafenster, die alle eineinhalb bis zwei Stunden aufgehen. Nicht für lange Zeit. Circa zehn Minuten vielleicht. Dann sollte man sich bereit halten, den Schlaf kommen zu lassen. Und nicht etwa noch Aktionen starten im Bad oder für den nächsten Tag.

Wenn Sie merken, Achtung jetzt kommt die Schläfrigkeit wie das Trittbrett eines altmodischen Paternosters angefahren, springen Sie drauf beziehungsweise ins Bett. Jetzt

Anzeige

KLINIKEN
SÜDBADEN

„Das“ überregionale Lungenzentrum

Seit über 30 Jahren erfolgreich in der Behandlung lungenkranker Patienten

Wir sind als Spezialklinik kompetent für:

- die Therapie Ihrer Begleitkrankungen (z.B. Osteoporose, Diabetes, KHK...)
- Therapiebegleitung bei Verschlechterung Ihrer Lungenerkrankung
- alle Arten bronchopulmonaler Eingriffe
- stationäre Optimierung Ihrer Sauerstoff Langzeittherapie unter Berücksichtigung von Demandsystemen
- Einrichtung oder Neueneinstellung nicht-invasiver Beatmung
- Diagnostik im Schlaflabor
- Behandlung komplizierterer Hustens („Cough Center“)

Wir freuen uns auf Sie - Bitte melden Sie sich an (per Telefon durch den Hausarzt)

Wir helfen für Sie bereit:

- komfortable Zimmer mit Bad/WC, TV, Telefon, Kaffeemaschine, Balkon, Bengelock
- leistungsstarkes Ärzte-Team, kompetente Physiotherapeutische Medizin, freundliches und engagiertes Pflegeteam
- sehr gute Verpflegung
- enge Kooperation mit leistungsstarken Partnern in der Rehabilitationsmedizin und im AHS-Sektor durch das Lungenzentrum Südbad

Zentrum Innere Medizin
Kreisklinik Bad Reichenhall | T: 08661 / 772 - 401
Biederstr. 5 | E: info.klinik@lgrm.de
82435 Bad Reichenhall | www.kreisklinik-bad-reichenhall.de

Wir sind Mitglied im Lungenzentrum Südbad
www.lungenzentrum-suedbad.de

ist die Chance in den nächsten Minuten einzuschlafen am besten.

Manchmal spüren wir die Schlafenster gut, zum Beispiel in Zeiten, in denen der Trubel nicht so groß ist. Wir fühlen dann, wie eine kleine Schwäche und Schläfrigkeit durch uns zieht und wir uns hinlegen könnten. Wenn wir aber dem Schlafbedürfnis nicht nachgeben (können), vergeht das nach wenigen Minuten wieder und wir scheinen von selbst etwas frischer zu werden.

Die meisten Menschen können das bestätigen. Wir sind zum Beispiel abends vor dem Fernseher plötzlich müde, es ist halb elf. Wir schauen die Sendung zu Ende. Es ist fast elf. Eigentlich müssten wir noch müder sein, denn es ist ja noch später geworden. Aber wir sind wieder – oft für gerade 90 Minuten! – wieder ziemlich fit.

Und das Einschlafen geht dann um elf schwer. Besser wieder um Mitternacht, nämlich 90 Minuten nach halb elf. Die Zeiten sind natürlich bei jedem Menschen verschieden.

Auch nachts, wenn manche zum Beispiel um zwei Uhr aufwachen, berichten die Schlaflosen, gerade diese ein- bis einhalb Stunden wach zu liegen oder wenn es ganz schlecht läuft, zweimal 90 Minuten, also bis fünf Uhr morgens. Dann könnten sie wieder schlafen, gerade kurz bevor der Wecker klingelt.

Lernen Sie, dass das logisch ist. So ist unser Körper gebaut. Solange Sie diese eigenen Rhythmen noch nicht kennen, beobachten Sie sich über einen längeren Zeitraum. Wann kommen diese Phasen tagsüber? Wann ist es dann nach diesem eigenen Gesetz abends günstig, auf das Schlafenster zu warten? So verkürzen Sie effektiv das Herumliegen und Warten im Bett.

3. Halten Sie sich selbst an Regelmäßigkeiten!

Stehen Sie täglich ziemlich genau zur gleichen Zeit auf und finden Sie nach oben beschriebener Beobachtung den günstigen Punkt des Schlafensterns am Abend. Auch

am Wochenende. Wenn es einmal anders ausfällt, ist das nicht schlimm.

Zudem hat es sich bewährt, auf einer Art Tabelle die Zeiten des Schlafens täglich zu notieren. Diese Tabellen kann man sich auch fertig besorgen, sogenannte Schlafprotokolle. Das hat nichts mit Schulmeisterei zu tun, sondern mit Sich-Selbst-Bewusst-Machen.

Dabei fällt uns unser Fehlverhalten ziemlich auf. Und darauf kommt es an. Viele gehen von Tag zu Tag zu völlig anderen Zeiten ins Bett. Und stehen viel zu spät auf.

Manche verbringen Stunden auf dem Sofa mit „Vor-schlafen“ oder Dösen. Das ist schlecht, weil es den notwendigen Schlafdruck raubt. Sparen Sie sich diesen Schlafdruck unbedingt für den Nachtschlaf und das Bett. Sofaschlaf muß absolut tabu sein. So sehr viele denken, wenigstens das gönne ich mir. Aber er ist immer viel kürzer als Nachtschlaf und in der Nacht wanken die Schlechtschläfer ins Bett und starren dann an die Decke. Aufstehen, wenn der Sofaschlaf kommen will oder gleich ins Bett!

Mittagsschlaf ist allenfalls in Kurzform erlaubt, das heißt nicht länger als zehn oder höchstens 20 Minuten. Stellen Sie sich einen Wecker. Besser ist, mittags nicht zu schlafen.

Paradoxerweise ist es hilfreich, trotz viel zu wenig Schlaf, dem Schlafsuchenden den Schlaf zu verkürzen. Denn es schadet nicht. Gehen Sie also in der Zeit der Veränderung ruhig noch kürzer ins Bett. Wenn Sie den Eindruck haben, Sie schlafen eh nur höchstens fünf Stunden, dann erlauben Sie sich, sich nur vier oder viereinhalb ins Bett zu legen. Der stärkere Schlafdruck, der dabei entsteht, verbessert den Schlaf mit der Zeit.

Auch Rituale helfen manchem, von der Spannung des Tages „runterzukommen“. Also abends Kleinigkeiten, die sowieso notwendig sind oder die man mag, auf gleiche Weise wiederholen.

4. Schon Sie sich nicht am Tag: Machen Sie sich müde!

Wer mit Sorge beobachtet, dass er eigentlich mehr Schlaf bräuchte, der wird auch am Tag schon in Gedanken an das abendliche Schlafengehen mit Sorge denken. Viele verfallen in eine Schonhaltung, nehmen keine Einladungen zu Feiern an, wenn sie in die Abendstunden gehen, verlassen das Haus nicht mehr zu schönen Dingen, die eigentlich Freude machen. Das ist falsch!

Aus Untersuchungen in Altersheimen weiß man, dass Tiefschlaf und Traumschlaf im Verhältnis stehen zu der Aktivität am Tag. Eintönige Tage beantwortet der Körper mit weniger gutem Schlaf.

Machen Sie also etwas, das Sie im Geist – und vor allem auch die Muskeln des Körpers – herausfordert. Gerade längeres Spaziergehen oder leichtes Joggen baut Spannungen ab; das Einschlafen wird dadurch gefördert.

Anzeige

Klinik Schillerhöhe
Kompetenzzentrum für Lungen- und Atemwegserkrankungen:

- Chronisch obstruktive Bronchitis
- Emphysem • Mukoviszidose
- Schlafbezogene Atemstörungen
- Lungenkrebs • Tuberkulose
- Pneumonien • Allergien





Zentrum für Pneumologie,
Thoraxchirurgie und Beatmungsmedizin

Solitudestraße 18, 70839 Gerlingen
Telefon 07156/203-0
www.klinik-schillerhoehe.de

Die Regel, die Höhepunkte der Aktivierung am späteren Nachmittag enden zu lassen, ist sicher gut. Kann aber sicher nicht täglich eingehalten werden.

5. Schlafprobleme beginnen im Kopf

Dieser Satz klingt wie ein hartes Urteil: „Selber schuld, in Deinem Kopf stimmt etwas nicht!“. Aber es ist anders gemeint: In der Schlafmedizin ist man sicher, dass Schlafgestörte ein zu hohes Erregungsniveau haben, also zu große innere Spannung den ganzen Tag. Sie kommen abends „nicht runter“. Zermürben sich in der Nacht.

Überlegen Sie sich doch beim Wachliegen nächstes Mal Folgendes: Ich bin an einem warmen und sicheren Ort. Es passiert grade nichts Schlimmes, nur dass das Wachliegen eben nicht meiner idealen Vorstellung vom schönen Schlaf entspricht. Nicht-Schlafen-Können macht direkt nicht krank. Die Muskeln erholen sich trotzdem. Ich schlafe sicher etwas mehr, als ich das selbst wahrnehme. Es ist bekannt, dass sehr viele Schlafgestörte am nächsten Tag trotz des Wachliegens erstaunlich viel für sich und andere leisten.

Schlechte Gedanken kommen nachts durch fehlende Botenstoffe im Körper leicht auf. Sie weghaben zu wollen,

geht schwerer als an ihre Stelle eine gute Gewohnheit treten zu lassen: Zaubern Sie für sich schöne Ruhebilder im Kopf. Aus Erinnerungen aus der Kindheit, von Orten oder Szenen. Wenn diese ohne Menschen sind, wirken sie besser.

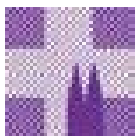
Also zum Beispiel der Weinberg des Großvaters, aber der Großvater ist grade nicht auf dem Bild. Sie setzen sich unter die Rebstöcke, wo ist die Sonne? Was ist für eine Jahreszeit? Während man so für sich etwas Gutes ausmalt, wird das Innere auf Schlaf eingestimmt. Das hat sich wirklich bewährt.

Bei manchen auch, wenn sie Entspannung regelrecht in Kursen lernen, so zum Beispiel die Progressive Muskelentspannung oder das Autogene Training. Manche berichten von großen Erfolgen.

6. Beginnen Sie bei kleinen Dingen täglich, „fünf gerade sein zu lassen!“.

Menschen, die sehr differenziert sind, leiden häufiger an Schlafproblemen. Es sind gerade diejenigen, die am aufmerksamsten in ihrem Umfeld nach allem schauen, tatsächliche Probleme von Ferne wittern und fast zu einem Perfektionismus bei der Erledigung ihrer Alltagsaufgaben

Anzeige



Kliniken der Stadt Köln gGmbH



Lungenklinik im Krankenhaus Merheim

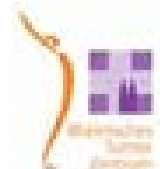
Zentrum für Thoraxchirurgie, Pneumologie/Onkologie und Schlaf- und Beatmungsmedizin



Wir sind ein Organzentrum, das die umfassende Behandlung aller Erkrankungen des Brustkorbes - mit Ausnahme des Herzens - anbietet.

Als Teil des Krankenhauses Merheim profitieren wir von den Partnerdisziplinen Anästhesie, Pathologie, Radiologische Diagnostik und Therapie sowie verschiedenen anderen klinischen Fächern.

Die Lungenklinik engagiert sich im Morbus-Osler-Zentrum und im Rheinischen Tumorzentrum.



Tel. (0221) 8907-8640 • www.lungenklinik-koeln.de

streben. Das scheint zwar eine große Gabe zu sein, wirkt sich auf den Schlaf aber schlecht aus.

Man sagt, im Orient würden die Teppichknüpfer in den ersten Reihen bereits absichtlich einen Fehler weben. Damit er drin ist, denn er passiert sowieso irgendwann später. Dann war der unabsichtliche nicht der erste. Gewöhnen Sie sich töglich, vor allem nachts beim Wachliegen an, den Webfehler im Leben als das anzusehen, was er ist: Er kommt vor. Auch Ihren „Webfehler“, Schlafprobleme zu haben, teilen Sie mit vielen anderen.

7. Medikamente sinnvoll einsetzen

Wer oft jahrelang mit seinem Schlaf unzufrieden ist, dem ist es nicht übel zu nehmen, wenn er in der Verzweiflung hofft, sich mit Medikamenten helfen zu können. Medikamente scheinen oft kurzfristig zu helfen.

Länger als drei Wochen sollten jedoch bestimmte Schlafmittel (sogenannte Benzodiazepine) nicht genommen werden. Durch die Effekte der Gewöhnung entstehen oft Nachteile. Es ist gut, sich das zum Prinzip zu machen.

Gerade wenn etwas gut wirkt, fällt das Wieder-Weglassen natürlich schwer.

Aber es gibt auch Medikamente, die weniger Abhängigkeiten zu machen scheinen. Sogenannte Z-Substanzen scheinen die Gefahr der Abhängigkeit weniger zu bergen. Aber auch da gilt: Die geringstmögliche Dosierung einnehmen und eventuell nach einem Wochenplan Auslassstage festsetzen.

In letzter Zeit hat man die gute Wirkung von pflanzlichen Mitteln hervorgehoben, sie sollten allerdings als Kombinationspräparate (zum Beispiel Baldrian und Hopfen) und in ausreichend hoher Dosierung genommen werden, nicht zu schwach.

Sprechen Sie mit einem Arzt oder noch besser mit einem schlafmedizinischen Experten über das Thema und holen Sie Empfehlungen ein.

Es ist immer besser zu lernen, ohne Medikamente auskommen. Wenn Sie fürchten, bereits abhängig zu sein, und auch den Stoff reduzieren wollen, so ist abruptes Absetzen oft nicht zu empfehlen. Denn das kann zu quälender Schlaflosigkeit führen. Man weiß, dass man sich die genaue Zeit des Gebrauchs beziehungsweise Missbrauchs innerlich eingestehen sollte. Ein Zehntel dieser Zeit ist dann notwendig, um langsam Schritt für Schritt

Anzeige



Sauerstoff-Beatmungstechnik

Fon 04 21 - 48 99 6-6 Fax 04 21 - 48 99 6-99

Asthma Bronchitis Neuromuskulär

THERAPIEGERÄTE

Schnarchen Herzschwäche Wunde

Migräne Krebs

• Tun Sie sich was Gutes mit OxyCare™-Geräten!



Luftreiniger KJ-3800-2

Speziell für Allergiker und Asthmatiker und dabei extrem geräuscharm und energieeffizient

Abkäuferpreis: 145,- € inkl. MwSt.



CPAP Schlafkissen

Für einen besseren Schlaf in der Nacht, ohne Druckstellen und ohne Leckagen

Abkäuferpreis: 39,50 € inkl. MwSt.



Stoffmaske Sleep Weaver

Für einen besseren Schlaf in der Nacht, ohne Druckstellen und ohne Leckagen

Abkäuferpreis: 169,95 € inkl. MwSt.

Der professionelle Luftreiniger mit dem besonderem Design

Dieses hervorragende Gerät ist für Räume bis 60 m³ geeignet. Es verfügt über Geruchs-, Staub- und Allergenabsorption für eine komfortable, automatische Luftqualitätskontrolle. Durch den speziellen HEPA Filter wird eine Luftreinhaltung von 99,97% erreicht.

Das komfortable CPAP-Kissen für eine erfolgreiche CPAP-Therapie

Das neue CPAP-Kissen ist ergonomisch geformt und hat zwei extra Aussparungen für die CPAP-Maske, dies verhindert ein Verrutschen der Maske im Gesicht und ermöglicht ein angenehmes Schlafen ohne lästige Leckagen. Ideal für Seiten- und Bauchschläfer.

Die neue komfortable CPAP Maske

Die neue CPAP Stoffmaske Sleep Weaver passt sich perfekt der Gesichtsform an und verhindert somit Druckstellen auf dem Nasenrücken.

OXYCARE GmbH · Holzweide 6 · 28307 Bremen

FON 0421-48 996-6 · FAX 0421-48 996-99 · E-MAIL ocinfo@oxycare-gmbh.de

www.oxycare.eu



Pulsioxymeter MD 300

Abkäuferpreis: 78,50 € inkl. MwSt.

das Medikament zu reduzieren. Wer also zehn Jahre lang ein bestimmtes Medikament nahm, braucht oft ein ganzes Jahr zum schrittweisen Absetzen. Betroffene reduzieren zum Beispiel mit einer Rasierklinge die Menge des Medikaments sehr langsam schrittweise und sie haben damit Erfolg. Dieses Herausschleichen sollte jedoch immer mit ärztlicher Begleitung geschehen.

Diplom-Psychologin Sabine Eller,
Gerlingen
Somnologin, Schlaflaborleitung
Schlaflabor Klinik Schillerhöhe



Wichtiger Hinweis

Die oben genannten Ratschläge gelten für Patienten, die „nur“ nicht schlafen können. Haben Sie kribbelnde, unruhige Beine, unklare Schmerzen oder Hitzegefühle, sind Sie nassgeschwitzt, haben Sie Herzrasen oder am Morgen einen stark trockenen Mund, während gleichzeitig andere bei Ihnen Schnarchen oder nächtliche Atempausen beobachten, so sollten Sie einen Arzt aufsuchen.

Wenn der Atem stockt

Viele Unfälle gehen auf das Konto von Schnarchern – eine Maske kann helfen

Rund 980 Menschenleben könnten jährlich in den USA gerettet werden, wenn die Betroffenen mit einer Anti-Schnarch-Maske geschlafen hätten. Zudem würden Kosten in Höhe von gut sechs Milliarden Euro eingespart. Das ist das Fazit einer Studie von Medizinern um Alex Sassani (Universität in San Diego, Kalifornien), die vor einiger Zeit im Fachmagazin „Sleep“ erschienen ist.

Die Ärzte hatten Studien über Auswirkungen krankhaften Schnarchens analysiert. Zudem werteten sie Unfallstatistiken der vergangenen 24 Jahre aus. Demnach wurden in den USA im Jahr 2000 mehr als 800.000 Unfälle durch übermüdete Schnarcher, medizinisch „Schlafapnoiker“, verursacht. Darunter waren 1.400 Todesfälle, von denen 980 durch eine adäquate Therapie hätten verhindert werden können.

Auch wenn diese Zahlen nicht ohne weiteres auf deutsche Verhältnisse übertragbar sind, so bestätigen sie doch deutsche Experten. „Es hat sich noch nicht überall herumgesprochen, dass Schnarchen gefährlich werden kann“, sagt Dr. Holger Hein, Schlafmediziner in Reinbek bei Hamburg. Nicht zuletzt, weil Apnoiker drei- bis sechsmal häufiger in Verkehrsunfälle verwickelt sind als gesunde Menschen, sollte das Problem doch ernst genommen werden.

Etwa ein Drittel der erwachsenen Deutschen und sogar die Hälfte der Über-60-Jährigen zählen zu den Schnarchern. Die große Mehrheit von ihnen ist völlig gesund.

„Nur wer neben Atemaussetzern auch Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck und Tagesschläfrigkeit hat, leidet an schwerer Schlafapnoe“, sagt Hein. Das trifft auf ein bis drei Prozent der Bundesbürger zu.

Betroffene gehen aber selten zum Arzt. Zudem verkennen Mediziner nicht selten die Ursache der meist diffusen Beschwerden. Bei schweren Schnarchern verengen sich mitunter mehrere hundert Mal pro Nacht die Atemwege so stark, dass sie nicht nur Radau machen, sondern zudem wenig oder gar keine Atemluft durchlassen. Zwischen zehn Sekunden und zwei Minuten dauern solche Phasen, während denen der Sauerstoffgehalt des Blutes bedrohlich abfällt.

Der Körper schaltet auf Alarm. Muskelspannung, Puls und Blutdruck steigen. Schließlich weckt das Gehirn den Körper und zwingt ihn, mit einem oft explosionsartigen Geräusch Luft zu holen.

Danach schläft der Schnarcher gleich wieder ein, ohne sich später an das nächtliche Geschehen zu erinnern. Weil der Schlaf aber unentwegt gestört wird, stellen sich morgens häufig Kopfschmerzen ein. Die Betroffenen fühlen sich „wie gerädert“. Tagsüber sind sie übermüdet, können sich kaum konzentrieren, neigen langfristig zu Depressionen, Herzleiden oder Impotenz. Bluthochdruck erhöht das Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall. Auf die Gefahren der Tagesschläfrigkeit hat gerade der ADAC hingewiesen. Autofahrer mit unbehandeltem



Die Ruhrlandklinik ist ein überregionales Lungenzentrum mit den Abteilungen:

- Pneumologie-Universitätsklinik (Prof. Dr. H. Teschler)
- Pneumologie-Allergologie (Prof. Dr. U. Costabel)
- Thoraxchirurgie und thorakale Endoskopie (Prof. Dr. G. Stamatis)
- Thorakale Onkologie (Prof. Dr. M. Schuler)
- Interventionelle Pneumologie (Prof. Dr. L. Freitag)
- Anästhesie (Dr. J. Bortel)
- Intensivmedizin (Dr. F. Bonin)

Die langjährige Kooperation mit dem Westdeutschen Tumorzentrum und dem Universitätsklinikum Essen garantieren die diagnostische Abklärung, Erforschung der Krankheitsursache und Therapieplanung im interdisziplinären Verbund mit erfahrenen Spezialisten anderer Disziplinen nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Empfehlungen nationaler und internationaler Fachgesellschaften.

Behandlungsspektrum:

- Chronische Bronchitis
- Lungenemphysem (COPD)
- Asthma bronchiale
- Pneumonie
- Asbestose
- Silikose
- Sarkoidose
- Lungenfibrose
- Pleuraempyem
- Bronchiektasen
- Tuberkulose
- Mukoviszidose im Erwachsenenalter
- Pulmonale Hypertonie
- Zwerchfelllähmung
- Schlafapnoe
- Heimbeatmung
- Respiratorentwöhnung
- Bronchialkarzinom
- Pleuramesotheliom
- Mediastinaltumoren
- Pneumothorax
- Luftröhrenchirurgie
- Emphysemchirurgie
- Lungentransplantation

Ruhrlandklinik, Westdeutsches Lungenzentrum am Universitätsklinikum Essen gGmbH, Tüschener Weg 40, 45239 Essen
Fon 0201-43301; Fax: 0201-433-1965
www.ruhrlandklinik.de

Ein Teil des Universitätsklinikum Essen



Schlafapnoesyndrom dürfen deshalb nicht am Straßenverkehr teilnehmen. 25 Euro Strafe kostet der Verstoß. Im Falle eines Unfalls, der auf erkennbare Übermüdung zurückzuführen ist, drohen sogar Freiheitsstrafen.

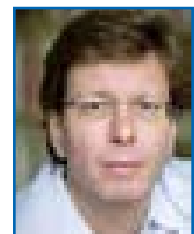
Doch was tun? Wer besonders laut und unregelmäßig schnarcht, dabei Atempausen macht, an Bluthochdruck, Anfällen von Sekundenschlaf und häufiger Abgeschlagenheit leidet, sollte einen auf Schlafmedizin spezialisierten Lungenarzt oder Internisten aufsuchen. Die Experten prüfen zunächst mit einem ambulanten Überwachungsgerät, das wichtige Daten zu Hause erfasst.

In schweren Fällen wird der Schlaf im Schlaflabor analysiert. Dort wird auch die bisher effektivste Gegenmaßnahme ausprobiert: das Tragen einer Atemmaske, die den Schlund leicht unter Druck setzt, damit er nicht mehr zufallen kann. Atmen müssen Patienten nun, als würden sie ihren Kopf bei langsamem Tempo aus dem Autodach strecken und sich dem Fahrtwind aussetzen.

Studien haben nachgewiesen, dass die Anzahl der Atempausen dank der Masken zurückgeht. Gut zwei Drittel der Patienten profitieren von der Behandlung, die oft lebenslang andauern muss. Alternativ können Zahnsplangen, die den Unterkiefer nachts nach vorne verlagern, „bei leichter Schlafapnoe und reinem Schnarchen helfen“, sagt Hein. Andere Methoden, etwa die Stärkung der Zungenhaltemuskulatur mit schwachen Stromstößen oder einem schnullerartigen Trainingsgerät sind wissenschaftlich nicht ausreichend untersucht. Sie helfen vermutlich nur gegen gewöhnliches Schnarchen.

Bei Anti-Schnarch-Operationen, die vor allem in Frage kommen, wenn anatomische Besonderheiten wie zu großes Zäpfchen oder zu kleiner Unterkiefer Auslöser sind, ist Vorsicht geboten. Wenn sie überhaupt helfen, beseitigen sie oft nur das Schnarchgeräusch, nicht jedoch die Atemstillstände.

Angesichts der Fülle technischer oder chirurgischer Gegenmaßnahmen wird eine vergleichsweise simple Therapie leicht übersehen: die Änderung von Lebensgewohnheiten. Gesunde Ernährung, Abspecken, mehr Bewegung, weniger Nikotin und Alkohol sowie mehr Augenmaß bei schlaf-fördernden Medikamenten können helfen.



Dr. rer. nat. Peter Spork, Hamburg
 Wissenschaftsjournalist und Autor

Weitere Informationen finden Sie hier:

- Peter Spork: Das Schlafbuch – Warum wir schlafen und wie es uns am besten gelingt. Rowohlt Verlag, 2008.
- Peter Spork: Das Schnarchbuch – Ursachen, Risiken, Gegenmittel. Rowohlt Verlag, 2007.
- www.peter-spork.de



Die COPD ist die dritthäufigste Begleitkrankheit bei Patienten mit Herzinfarkt.

COPD und Herzerkrankungen

Die chronisch obstruktive Lungenkrankheit COPD, die die chronisch obstruktive Bronchitis und das Lungenemphysem umfasst, ist häufig mit Begleitkrankheiten (Komorbiditäten) vergesellschaftet. Von besonderer Bedeutung sind hierbei die Herzerkrankungen, insbesondere Einengungen der Herzkranzgefäße (koronare Herzkrankheit) und die Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz), die bei COPD-Patienten gehäuft auftreten. Man schätzt, dass in Deutschland mehr als 20 Millionen Menschen an Bluthochdruck und/oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden, etwa acht bis zehn Millionen an einer COPD und circa zwei Millionen an COPD und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die COPD ist die dritthäufigste Begleitkrankheit bei Patienten mit Herzinfarkt.

Die Ursachen für das häufige Zusammentreffen von COPD und Herz-Kreislauf-Krankheit liegen in gemeinsa-

men Risikofaktoren für beide Krankheitsbilder (wie zum Beispiel Alter, männliches Geschlecht, Tabakrauchen und in den ungünstigen Auswirkungen einer zu geringen körperlichen Aktivität), die COPD und Herz-Kreislauf-Erkrankungen ungünstig beeinflussen.

Außerdem wird derzeit angenommen, dass die Entzündung im Bereich der Atemwege, die die COPD charakterisiert, auch entzündliche Veränderungen in Gefäßen außerhalb der Lunge hervorruft, die dann zu einer Einschränkung der Leistung des Herz-Kreislauf-System führen.

Schließlich kann die beim Lungenemphysem vorhandene Überblähung die Pumpleistung der linken Herzkammer herabsetzen. Auch durch einen bei der COPD feststellbaren erhöhten Druck im Brustraum mit Verminderung des Rückflusses von Blut zum rechten Herzen kann die Herzleistung beeinträchtigt werden.

Anzeige



Espan-Klinik mit Haus ANNA

**Rehabilitationsfachklinik
für Atemwegserkrankungen**



Gesundheitswochen
z.B. „Weihnachten“
1 Woche
ab 734,- €/p.P. im DZ
zzgl. Kurtaxe

- ✓ lungenfachärztliche Betreuung
- ✓ individuelle Diagnostik und Therapie
- ✓ psychologische Betreuung
- ✓ Ernährungsberatung (RAL-Gütezeichen)
- ✓ Nichtrauchertraining
- ✓ Zimmer mit Sauerstoffanschluss

- ✓ Natursoleschwimmbad (8 x 16 m)
- ✓ spez. Atemtherapie (COPD, Asthma, nach OP)
- ✓ physikalische Therapie
- ✓ Medizinische Trainingstherapie
- ✓ Bewegungstherapie; Lungensport
- ✓ Inhalationstherapie

AHB/AR-Klinik, Rentenversicherung, alle Krankenkassen, Beihilfe, Privatzahler
Partner im DHP Programm der Krankenkassen Alpha1-Center
Stationäre und ambulante Angebote; Gesundheitswochen Bad Dürkheim (700m auf einer Hochebene)

78973 Bad Dürkheim, Gartenstr. 9, Tel: 07725/650 Fax: 07725/9295-929 E-Mail: info@espan-klinik.de; www.espan-klinik.de




Beatmungstherapie



Sauerstofftherapie



Schlafapnoetherapie



Monitoring



Inhalationstherapie

VIVISOL Deutschland GmbH

Werner-von-Siemens-Str. 1

D-85375 NEUFAHRN

Tel.: 01803/8484765 (9 Cent/Min.)

Fax: 0800/8484329 (kostenfrei)

info@vivisol.de

www.vivisol.de

Beschwerden und Diagnostik

Die typischen Zeichen einer COPD, nämlich Atemnot, Husten mit und ohne Auswurf, können auch bei Herzerkrankungen auftreten; sie sind daher bezüglich einer gezielten Behandlung voneinander abzugrenzen.

So ist der Auswurf bei Patienten mit Herzmuskelschwäche überwiegend dünnflüssig, bei Patienten mit COPD eher zäh. Bei der Abklärung der Atemnot können neue Biomarker (Biomarker sind messbare Produkte von Organismen, die als Indikatoren zum Beispiel für eine bestimmte Krankheit herangezogen werden) bei der Abgrenzung herzbedingter Atemnot von derjenigen infolge einer COPD helfen. Eine weitere Differenzierung ist mittels Lungenfunktion, einer Ultraschalluntersuchung des Herzens und durch Belastungsuntersuchungen möglich.

Medikamente mit Wechselwirkungen bei COPD und begleitenden Herzerkrankungen

Eine häufige Ursache des chronischen Hustens ist die Einnahme von ACE-Hemmern zur Behandlung von Hochdruck oder Herzmuskelschwäche. Dieser Husten verschwindet nach Absetzen des Medikamentes, welches dann durch andere den Blutdruck senkenden beziehungsweise die Herzkraft steigernden Medikamente ersetzt werden muss.

Besondere Bedeutung kommt begleitenden Herzerkrankung bei der medikamentösen Behandlung der COPD zu. So können die für die COPD wichtigen atemwegserweiternden Medikamente (Beta-2-Sympathomimetika Anticholinergika, Theophyllin) zu Herzrhythmusstörungen Anlass geben und auch zu einem Abfall des Kaliumspiegels, der das Auftreten von Herzrhythmusstörungen begünstigt, führen. Diese Gefahr ist besonders groß, wenn gleichzeitig ein Sauerstoffmangel vorliegt.

Nach Untersuchungen an zahlreichen Patienten sind sowohl die in der Langzeittherapie eingesetzten langwirksamen atemwegserweiternden Beta-2-Sympathomimetika als auch das langwirksame Tiotropiumbromid bei Patienten, die keine akute beziehungsweise keine schwere Herzerkrankung aufweisen, sicher. Vorsicht beim Einsatz dieser Bronchodilatoren, von denen Theophyllin das größte Gefahrenpotential hat, ist geboten bei akuten Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, etwa im Rahmen eines frischen Herzinfarktes, bei schwerer Herzmuskelschwäche oder auch bei vorbestehenden Herzrhythmusstörungen.

Bei Patienten mit Zustand nach einem Herzinfarkt sind die sogenannten Betablocker, die das Herz vor ungünstigen Einflüssen des Sympathicus, eines Nervs, schützen, Medikamente der ersten Wahl. Betablocker können zu einer Einengung der Atemwege führen, ferner die Tätigkeit der in der Schleimhaut der Atemwege befindlichen Flimmerhärchen herabsetzen und damit ungünstige Auswirkungen auf die Lungenfunktion haben. Diese sind jedoch bei Anwendung sogenannter kardioselektiver Betablocker, die überwiegend die Betarezeptoren des Herzens blockieren und nicht diejenigen der Atemwege, kalkulierbar und eher gering. Daher können Beta-Blocker, bei COPD-Patienten eingesetzt werden, nicht jedoch bei Patienten mit Asthma, bei denen sie - unkalkulierbar - zu schweren Anfällen führen können. Bei akuten Verschlechterungen der COPD sind sie nach neueren Untersuchungen auch in der Lage, die Sterblichkeit im Krankenhaus zu vermindern.

Der Einsatz von Statinen zur Senkung der Blutfette sowie von ACE-Hemmern zur Behandlung der Herzmuskelschwäche beziehungsweise des Bluthochdrucks ist für COPD-Patienten nach den bisherigen Daten unproblematisch, es ist sogar eine gewisse Verminderung der Krankheitsintensität und der Sterblichkeit durch diese Medikamente zu erwarten.

Fazit

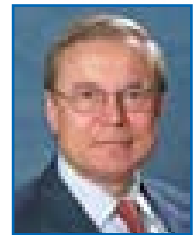
Bronchodilatoren (Anticholinergika, Beta-2-Sympathomimetika, insbesondere Theophyllin) können Herzrhythmusstörungen mit schnellem Herzschlag begünstigen und eine Herzmuskelschwäche verstärken. Die kardiovaskuläre Sicherheit von atemwegserweiternden Medikamenten wie Anticholinergika und Beta-2-Sympathomimetika bei Patienten ohne begleitende Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist hoch.

Bei Patienten mit Herzkranzgefäßeinengung und Angina pectoris, behandlungsbedürftiger Herzmuskelschwäche

und behandlungsbedürftigen Herzrhythmusstörungen ist individuell zu prüfen, ob diese Medikamente eingesetzt werden können.

Betablocker verbessern bei COPD-Patienten mit Zustand nach einem Herzinfarkt die Lebenserwartung und sind daher in dieser Indikation sinnvoll. Bei Patienten mit Asthma bronchiale ist die Gabe von Betablockern jedoch wegen der Gefahr der Auslösung schwerer Anfälle nicht indiziert.

Prof. Dr. med. Heinrich Worth,
Fürth
Medizinische Klinik I, Klinikum Fürth



Asbestbedingte Erkrankungen heute und morgen!

Asbestbedingte Erkrankungen spielen bei der immer älter werdenden Gesellschaft eine immer bedeutendere Rolle, obwohl Asbest und die Verarbeitung von Asbestprodukten seit 1993 in der Bundesrepublik und ab 1. Januar 2005 in Europa verboten wurde.

Vor dem Hintergrund einer hohen Latenzzeit (Zeitdauer vom Zeitpunkt des Kontakts mit Asbest bis zum Ausbruch einer dadurch bedingten Erkrankung) von oft weit über 30 Jahren und dem hohen Asbestverbrauch in den 60-er bis 80-er Jahren des vergangenen Jahrhunderts ist mit einem Maximum der Neuerkrankungen bei berufsbedingten Asbesterkrankungen in den Jahren 2015 bis 2020 zu rechnen. Die schon jetzt relativ hohe Anzahl der Menschen, die an Asbestose, Lungenkrebs und Mesotheliom infolge von berufsbedingtem Asbestkontakt erkranken, ist eine Katastrophe für Betroffene und Angehörige, mit einem hohen Maß an menschlichem Leid. Den erkrankten Menschen wird durch den Schadstoff Asbest die Möglichkeit genommen, in Würde alt zu werden und es handelt sich bei diesen Erkrankungen zur Zeit und darüber hinaus nicht um bedauernswerte Einzelschicksale.

In der Liste der Berufskrankheiten (BK) sind zur Zeit vier asbestbedingte Krankheitsbilder aufgeführt, die vom Bundestag und vom Bundesrat als solche beschlossen wurden:

BK 4103: Asbeststaublungenenerkrankungen, Asbestose, Lungenfibrose, Erkrankungen der Pleura. Die Pleura, auch Brustfell genannt, ist eine dünne Haut, die Lunge und Brustkorb auskleidet. Bei diesem Krankheitsbild stellen sich bei der Diagnose oft falsch negative, aber auch falsch positive Befunde heraus. Eine Anerkennung als Berufserkrankung mit entsprechenden Leistungen richtet sich allerdings nicht nach dem Schweregrad des röntgenologischen Befundes, sondern setzt eine Funktionseinschränkung voraus.

BK 4104: Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs. Bei diesen Krebserkrankungen können neben Asbest natürlich auch andere Schadstoffe eine Rolle spielen. Daher ist, wie bei allen Asbesterkrankungen, eine Arbeitsanamnese (Auflistung aller berufsbedingten Kontakte mit Asbest und anderen Schadstoffen einschließlich Rauchen) unerlässlich. Beide Erkrankungen können als BK anerkannt werden, wenn gleichzeitig eine Asbestose (auch Minimalasbestose) oder eine asbestbedingte pleurale Veränderung vorliegt oder bei einer kumulativen Asbestfaserstaubdosis von mindestens 25 Faserjahren.

BK 4105: Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Herzbeutels. Das Mesotheliom ist ein im Frühstadium schwer zu diagnostizierender Krebs und die Überlebenschancen der Patienten mit diesem Krankheitsbild sind nach wie vor schlecht. Bei der Diagnose dieser

Krebserkrankung und entsprechender Arbeitsanamnese steht der Anerkennung als Berufserkrankung in der Regel nichts im Wege.

BK 4114: Lungenkrebs durch Asbest und PAK (polyzyklische aromatische Kohlen-Wasserstoffe). Gerade die Kombination verschiedener krebserregender Stoffe stand im Verdacht – trotz im Einzelfall zu geringer Exposition – im Zusammenwirken eine krebserregende Wirkung zu entfalten. Aus diesem Grunde wurde die Kombinationswirkung dieser Stoffe auf den menschlichen Organismus seit einigen Jahren vermehrt arbeitsmedizinisch erforscht. Im Ergebnis lässt sich eine Steigerung der Lungenkrebs verursachenden Wirkung von Asbest im Zusammenwirken mit PAK nachweisen. Die Anerkennung einer Tumorerkrankung der Lunge als Berufskrankheit ist demnach möglich, wenn der Nachweis einer hinreichenden Einwirkung sowohl von Asbestfaserstaub als auch von PAK infolge der beruflichen Tätigkeit erbracht wird.

Im Jahr 2007 wurden 8.748 Fälle mit Verdacht auf eine asbestbedingte Berufserkrankung gemeldet, davon wurden 3.745 Fälle anerkannt und davon erhielten 2.050 eine Unfallrente.

Das Thema Asbest ist immer noch Anlass zu aktuellen wissenschaftlichen Diskussionen, dabei müssen die Begutachtungen und die diagnostischen Standards immer wieder überprüft und neuen Erkenntnissen angepasst werden.

Sorge allerdings bereitet, dass es trotz Asbestverbot immer noch Ausnahmegewilligungen durch das Bundesministerium für Wirtschaft gibt, die eine Verwendung von Asbest in Ausnahmefällen gestatten. Außerdem werden durch unsere globalen Wirtschaftsbeziehungen Produkte eingeführt, die mit Asbest oder anderen Schadstoffen be-

lastet sind, die bei uns verboten sind (siehe Video unter www.asbestkrankungen.de/aktuelles).

Eine besondere Gefährdung geht von notwendigen Sanierungsarbeiten an Gebäuden aus den 60-er und 70-er Jahren des vergangenen Jahrhunderts aus. Betroffen sind vor allem öffentliche Gebäude, darunter auch Kindergärten, Schulen und Sporthallen. Sehr häufig geht man sehr leichtsinnig mit den Baumaterialien um, die mit Asbest belastet sind und es kommen wieder Menschen mit Asbest in Kontakt, die gegebenenfalls später an einer Asbestkrankung leiden müssen. Nicht nur bei den Bauarbeitern, sondern besonders bei Kindern ist das ein nicht zu verantwortender Vorgang, da sie ein größeres Zellwachstum haben als Erwachsene und eine Erkrankung dadurch gegebenenfalls begünstigt wird. Einrichtungen, in denen sich Kinder aufhalten oder unterrichtet werden, dürfen keine Asbestbelastung aufweisen. Räume oder Gebäude mit Asbestbelastung müssen geschlossen werden. Grenzwerte, die oft genannt werden, sind aus wirtschaftlichen Gründen definiert.

Die Asbestose Selbsthilfegruppen in Deutschland helfen Betroffenen, zu ihrem Recht zu kommen und leisten Aufklärungsarbeit, um Personen vor Kontakt mit Asbest zu schützen. Information unter www.asbestkrankungen.de.

Wilfried Gleissner, Grebenstein
Asbestose Selbsthilfegruppe
Kassel-Borken-Nordhessen e.V.



Anzeige

OMRON

Mobilität durch MicroAIR (U22)

Das ultra-kompakte OMRON Membran-Inhalationsgerät

Weitere Infos unter:
www.omron-medizintechnik.de
Tel. 0621 83348-0

Anzeige

BGKF
Berufsgenossenschaftliche
Klinik für Berufskrankheiten
Falkenstein/Vogtland

Tel. 03745/746-0
Mail: info@klinik-falkenstein.de
www.klinik-falkenstein.de



Lindenblütentee kann bei Erkältungen helfen.

Tipps zur Selbsthilfe bei Erkältungen

Was kann ich tun, um Erkältungen vorzubeugen?

- morgens zunächst warm abbrausen, mit kaltem Wasser aufhören, sofort abtrocknen, angenehmes Wärmegefühl ist zu erwarten
- zweimal pro Woche körperliches Ausdauertraining an der frischen Luft
- einmal pro Woche Saunabesuch
- bei niedrigen Außentemperaturen durch Schal vor dem Mund atmen
- im Winter nachts im Schlafzimmer Fenster zu (kalte Atemluft!)
- einmal täglich Nasenspülung mit Emser-Nasendusche und einem Päckchen Emser-Salz auf 250 Milliliter warmes Wasser (anstatt Emser-Sole ist auch möglich: ein gestrichener Teelöffel Kochsalz auf 250 Milliliter Wasser)

Welche Hausmittel können mir bei Erkältungen helfen?

- Lindenblütentee trinken und schwitzen, eventuell heißes Bad, zwei Stunden ins Bett, mit doppelter Decke (entfällt bei Fieber!)
- Brustwickel mit Frottehandtuch, das mit heißem Wasser getränkt wurde
- Nasenspülungen wie oben, mit Emser-Sole, eventuell mehrmals täglich
- für Hals und Rachen: leicht gesalzenen Salbeitee gurgeln
- für Nase, Rachen und Brust: Rotlichtbestrahlung mehrmals täglich
- zum Hustenstillen Thymiantee mit Honig trinken
- zur Entzündungshemmung Zwiebelsirup ansetzen: zwei bis drei Zwiebeln zerkleinern, mit Rohrzucker vermischen, fünf Stunden ziehen lassen, mehrmals täglich ein Esslöffel des Saftes einnehmen, alternativ Saft aus geriebenem Rettich mit Zucker und Honig
- Oberkörper vorm Schlafengehen beispielsweise mit Transpulmin-Salbe einreiben
- nicht vergessen: im Zweifelsfalle Fieber messen, ab 38,5 Grad Celsius Wadenwickel – gegebenenfalls Hausarzt fragen
- bei Nebenhöhlenentzündung: Meerrettichscheiben auf Oberkiefer und Stirn legen, Nase nur sanft putzen, besser Schleim nach Hinten in den Rachen ziehen

Dr. med. Matthias Sturm, Mainz
Facharzt für Innere Medizin,
Lungen- und Bronchialheilkunde



Quellen: Roth, Hausmittel Lexikon und Ergebnis einer Befragung unserer Patienten

Anzeige



Hochgebirgsklinik Davos

Pneumologie – Dermatologie – Allergologie – Pädiatrie – Innere Medizin – Sozialmedizin – Psychologie – Ophthalmologie – HNO-Heilkunde

Ihre Akut- und Rehabilitationsklinik für Lungen- und Atemwegserkrankungen, allergische Erkrankungen, Erkrankungen der Haut und der Augen. Sie ist uneingeschränkt behilfeberechtigt. Informieren Sie sich über unsere aktuellen Angebote.

Herman-Burchard-Strasse 1 - CH-7205 Davos Wolfgang
Telefon: 0041 (0)81 417 44 44 - Fax: 0041 (0)81 417 30 30
Servicetelefon: 0180 146 36 44
www.hochgebirgsklinik.ch - hochgebirgsklinik@hgk.ch

Partner des CK CARE Christine Köhne Center for Allergy Research and Education
Partner des Europäischen Zentrums für Allergie und Asthma Davos – EACD
Mitglied im Qualitätsverbund Reha und Gesundheit Baden-Württemberg





Deutsche Gesellschaft für Umwelt und Humantoxikologie e.V.

In der Frühjahrsausgabe 2010 der „Luftpost“ bedankte sich der damalige Präsident Professor Dr. med. Hans-Jürgen Pesch für die Möglichkeit, hier regelmäßig eigene Forschungsergebnisse, Fallbeispiele oder Übersichtsartikel veröffentlichen zu dürfen. Begonnen hatte er mit dem Artikel: „Zivilisationskrankheiten im Wandel der Umwelt“, in dem auf die Aufnahme von Giftstoffen/Chemikalien... über Luft, Wasser und Nahrung beziehungsweise die Belastungen im Allgemeinen, im Arbeits-, Wohn- und Schlafbereich und die daraus hervorgehenden Krankheitsbilder einging.

Am 24. Juni 2010 verstarb er, für uns alle völlig unerwartet. Wir wollen in seinem und unser aller Sinne die angestrebte Partnerschaft sowie die Informationsreihe fortführen und neben dem Nachruf mit einem einleitenden Artikel hinsichtlich der „Wahrheit“ in der Ernährung von Professor Dr. agr. Manfred Hoffmann anschließen. In der Folge erwartet Sie im nächsten Heft unter anderem ein Artikel von Bernhard Staller zu elektroche-

mischen Messungen von Lebensmitteln, zur Qualitätsbestimmung beziehungsweise Qualitätsdifferenzierung zwischen verschiedenen Produkten unter Berücksichtigung des Redoxpotentials*.

Holger Nißen, Bad Kreuznach
DGUHT-Vorstandsmitglied

Die Deutsche Gesellschaft für Umwelt- und Humantoxikologie (DGUHT) e.V. in Würzburg trauert um ihren langjährigen Präsidenten

**Univ.-Prof. Dr. med.
Hans-Jürgen Pesch**

* 13.6.1935 + 24.6.2010

In großer Dankbarkeit für seinen unermüdlischen Einsatz

Vorstand, Beirat und Mitglieder

Dr. Karl-Heinz Graf
Vizepräsident

Prof. Dr. Wilfried Kühling
Beiratsvorsitzender

* Das Redoxpotential repräsentiert ein Maß für das Fließgleichgewicht oxidiertes zu reduziertes Substanzen im wässrigen Milieu (Quelle: eqc GmbH).

Zur „Wahrheit“ in der Ernährung DGUHT-Informationsreihe – Lebensmittel

Was wurde nicht schon alles in der Vergangenheit als gesunde Ernährung empfohlen: „Fett meiden“, „Margarine statt Butter“, „Butter statt Margarine“, „vergiss den Kochtopf“, „nur Rohkost ist gesund“, „Milch und Milchprodukte verhindern Osteoporose“, „Milch ist für Erwachsene schädlich“, „zweimal am Tag essen genügt“, „iss fünfmal“ und heute stehen die Kohlehydrate auf der Negativliste. Was wird morgen kommen? Zweifellos sind die Menschen – auch dank medizinischer Fortschritte – älter geworden. Sind sie aber auch gesünder und vitaler alt geworden?

Der menschliche Zeuge für eine gesunde Ernährung steht für Vitalität, Langlebigkeit und einen naturgemäßen Tod durch Altersschwäche. Eine weltweite WHO-Studie belegt für „Langlebige“:

- Sie lebten mäßig und regelmäßig ohne irgendwelche Übertreibungen und
- aßen abends wenig oder gar nichts.

Gibt es also „Wahrheiten“, die von Lappland bis Feuerland allgemein gültig sind? Vermutlich sind es nur einige wenige ganz einfache allgemein verbindliche Regeln:

1. Je frischer und naturbelassener ein Lebensmittel ist, umso wertvoller ist es – von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen – für den Organismus. Kollath formuliert diesen denkwürdigen Satz: „Der Mensch ist das einzige Lebewesen, das seine Nahrung zerstört, bevor es sie isst.“

2. Je maßvoller und abwechslungsreicher die tägliche Zusammenstellung der Nahrung ist, umso weniger belastend für die Organe ist sie. Benedikt von Nursia formulierte diese Forderung in seiner Ordensregel indem er sagte: „Brüder, lebt regelmäßig mäßig von den Produkten der Jahreszeit und der Region.“

3. Intensives Kauen, entspanntes Umfeld und dankbares Genießen sind die Garanten für Bekömmlichkeit. „Kau Dich gesund“ heißt die Empfehlung im gleichnamigen lesenswerten Buch des Schauspielers Jürgen Schilling.

4. Viel Sonnenschein für die optimale Ausreife der Lebensmittel, gutes Trinkwasser für die Förderung aller Lebensprozesse und ausreichende Bewegung für die Unterstützung der Verdauung sind die unverzichtbaren „Begleiter“ einer gesunden Ernährung. Die fünf Säulen der Gesundheit in der Ordnungstherapie von Sebastian Kneipp haben ihre tausendfache Praxisbewährung bewiesen.

5. Die laufende aufmerksame Rückkopplung mit dem eigenen „inneren Arzt“ vermeidet viele falsche „Expertenempfehlungen“. Nur wenn wir den Mut haben, unserer eigenen Ernährungsindividualität mehr zu vertrauen als allen Ernährungsnormierungen, werden wir gesund altern. Wie sagt doch Hippokrates: „Die Krankheiten befallen uns nicht aus heiterem Himmel, sondern entwickeln sich aus täglichen kleinen Sünden wider die Natur. Wenn diese sich gehäuft haben, brechen sie scheinbar auf einmal hervor.“

Professor Dr. agr. Manfred Hoffmann, Diessen
Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der DGUHT



Bei schwerem allergischen Asthma kann eine Sofortreaktion mit Verengung der Bronchien auf Allergene wie Hausstaubmilben oder Tierhaare zu einer lebensbedrohlichen Situation führen.

Verbesserte Lebensqualität für Patienten mit schwerem allergischem Asthma!

Weltweit leiden rund 300 Millionen Menschen an Asthma; davon mindestens vier Millionen in Deutschland. Etwa 70 Prozent der Asthmaerkrankungen haben einen allergischen Hintergrund, insbesondere im Kinder- und Jugendalter. Als eine besonders schwere Form gilt das schwere allergische Asthma (kurz: SAA). Bis heute lässt sich die Erkrankung nicht heilen, aber sehr gut behandeln. In den meisten industrialisierten Ländern steigt die Anzahl der Asthmatiker weiter. Damit gehört Asthma zu den häufigsten chronischen Erkrankungen.

Die allgemein akzeptierte internationale Definition von Asthma lautet, dass Asthma eine chronisch entzündliche Atemwegserkrankung ist, an der zahlreiche Zellen, wie beispielsweise die Mastzellen oder T-Lymphozyten, beteiligt sind. Bei empfindlichen Menschen führt diese Entzündung zu anfallsweisen Phasen mit giemender Atmung, Atemnot, Engegefühl im Brustkorb, insbesondere nachts beziehungsweise in den frühen Morgenstunden. Diese Episoden sind üblicherweise verbunden mit einer Verengung der Atemwege, die spontan oder infolge einer Therapie reversibel („aufhebbar“) ist. Die Atemwegsentzündung verursacht

außerdem eine gesteigerte Atemwegempfindlichkeit gegen eine Anzahl unspezifischer Reize unserer täglichen Umgebung (Quelle: Weißbuch Allergien in Deutschland).

Schweres Allergisches Asthma

Mehr als 85 Prozent aller Asthmaerkrankungen haben eine allergische Ursache. Dabei handelt es sich überwiegend um eine Sensibilisierung gegenüber Allergenen aus der Luft. Wer unter einem schweren allergischem Asthma leidet, führt ein Leben, das von dieser Erkrankung geprägt ist. Denn Asthma engt das Leben ein. Ein Asthmaanfall kann je-

derzeit bedrohlich werden. Deswegen meiden Asthmatiker auch Situationen, die einen Anfall auslösen können: Örtlichkeiten, an denen geraucht wird, anstrengende sportliche Aktivitäten, enger Kontakt zu Tieren oder Spaziergänge im Grünen, wenn es draußen blüht. Auch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten verhindert nicht immer einen akuten Asthmaanfall. Dabei verengt sich der Hohlraum in den Bronchien anfallsartig extrem stark. Die Ausatmung fällt plötzlich schwer und es kann eine bedrohliche Luftnot entstehen. Betroffene schildern diese Anfälle oftmals so, als würde ihr Brust-

Anzeige

„Wir nehmen uns Zeit für Sie!“

COPD – Asthma – Lungenkrankheiten – Allergien – Nikotinsucht – Lungenkrebs



Bei uns bekommen Sie eine individuelle und ganzheitliche Therapie mit umfassender Diagnostik, unter kompetenter fachärztlicher Anleitung.

Dr. med. Hans-Martin Ulmer, Leitender Oberarzt Pneumologie
Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde
Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Allergologie/Umweltmedizin

Rehaklinik Irma

Luisenstraße 2, 78073 Bad Dürkheim

Tel.: 07726 936-0, Fax: 07726 936-444

E-Mail: info@rehaklinik-irma.de, Homepage: www.rehaklinik-irma.de



korb in einen Schraubstock gepresst. Dass dabei Todesangst und Panik für die Betroffenen entstehen, ist leicht nachzuvollziehen. Nicht selten endet ein Asthmaanfall mit einer Einlieferung in eine Notfallambulanz oder mit einer stationären Einweisung. Das schwere allergische Asthma (SAA) stellt also ein Krankheitsbild mit einer besonders dramatischen Verlaufsform dar.

Wie entsteht das SAA?

Bei einem Allergiker warnt das Immunsystem auch vor solchen Substanzen, die dem gesunden Körper eigentlich keinen Schaden zufügen. Dies sind beispielsweise Hausstaubmilben, Tierhaare mit ihren Allergenen oder Gräserpollen. Gibt es einen Kontakt mit dem Allergen, werden Antikörper vom sogenannten IgE-Typ gebildet, die anfangs noch keine Symptome auslösen, die aber im Blut oder in der Haut im Allergietest nachweisbar sind. Die Antikörper setzen sich auf Mastzellen, welche wiederum Botenstoffe, zum Beispiel Histamin, gespeichert haben. Nach einem Kontakt von Allergenen mit dem IgE-Antikörper auf der Zelle erfolgt eine Ausschüttung von Histamin und anderen Entzündungsstoffen in der Haut, auf der Schleimhaut der Atemwege oder im Magen-Darm-Trakt. Durch die explosionsartige Freisetzung von Histamin und weiteren Entzündungsstoffen kommt es

beim schweren Asthma zu einer innerhalb von 20 Minuten auftretenden Sofortreaktion und nach mehreren Stunden zu einer Spätreaktion mit einer Verengung der Bronchien, bei der weitere Entzündungszellen angelockt werden. Dies kann zu einer lebensbedrohlichen Situation führen.

Trotz vieler Fortschritte in den Behandlungsmöglichkeiten werden auch in Deutschland noch nicht alle Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Asthma optimal behandelt. Wenn alle vorhandenen Möglichkeiten in der Diagnostik und in der Therapie ausgeschöpft werden, ist für die Mehrheit dieser Patienten ein Leben mit guter Lungenfunktion und deutlich verbesserter Lebensqualität möglich. Dennoch gibt es eine Untergruppe von Asthmatikern, bei denen trotz aller Bemühungen die Krankheit so schwer verläuft, dass den Betroffenen ein normales Leben nicht möglich ist. Viele Patienten unterschätzen ihre Krankheit und ertragen die schweren Belastungen, die sich bei richtiger Behandlung mindern ließen.

Dieses schwere allergische Asthma stellt Mediziner vor komplexe diagnostische und therapeutische Herausforderungen; diese sind am ehesten durch die Bündelung ärztlicher Erfahrungen zu bewältigen.

Neue Medikamente zur Behandlung der COPD

Im Jahr 2010 sind bisher – dabei wird es wohl auch bleiben – zwei neue Medikamente zur Behandlung der COPD auf dem Markt gekommen. Diese Medikamente kann Ihnen ihr Arzt verordnen, falls er erwartet, dass deren Einnahme sich positiv auf Ihre persönliche Atemwegserkrankung auswirken könnte.

Die neuen Medikamente enthalten unterschiedliche Wirkstoffe, nämlich „Indacaterol“ und „Roflumilast“. Indacaterol ist ein die Bronchien erweiterndes Medikament, das zurzeit nur bei Vorliegen einer COPD, also nicht bei einem Asthma bronchiale, eingesetzt wird. Das Besondere an diesem Medikament besteht darin, dass es zu den langwirksamen Betamimetika gehört. Das Medikament muss daher nur einmal täglich eingenommen werden; seine Wirkung soll sehr schnell einsetzen (bereits fünf Minuten nach der Inhalation).

Das Medikament mit dem Wirkstoff Roflumilast ist ebenfalls ausschließlich zur Behandlung der COPD

zugelassen. Es liegt in Tablettenform vor, es muss auch nur einmal täglich eingenommen werden. Dieses Medikament soll Entzündungen, die im Zusammenhang mit einer COPD auftreten, verringern und die Lungenfunktion verbessern. Es handelt sich also nicht um ein die Bronchien erweiterndes Medikament.

Es bleibt abzuwarten, ob die beiden Medikamente in der Praxis die mit ihnen verbundenen Erwartungen der Forscher, der Ärzte und der COPD-Patienten auch tatsächlich – weitgehend nebenwirkungsfrei – erfüllen können.

Dr. rer. pol. Helmut Berck,
Mainz
Patientenliga
Atemwegserkrankungen e.V.



netzwerkSAA

schweres allergisches asthma



SAA-Zentren in Deutschland

SAA: Neue Versorgungsmöglichkeiten in Diagnostik und Therapie

Vor diesem Hintergrund hat sich ein Kooperationsmodell in Form eines Netzwerkes zwischen Universitätskliniken und niedergelassenen Fachärzten entwickelt, das das Ziel einer Optimierung in der Behandlung und Betreuung dieser Patientengruppe verfolgt. Dieses sogenannte „Netzwerk Schweres Allergisches Asthma“ (kurz: Netzwerk SAA) besteht aus 28 regionalen Zusammenschlüssen von Kliniken und niedergelassenen Lungen- und Kinderärzten sowie Allergologen; acht Zentren sind dabei ausschließlich für die Versorgung von Kindern zuständig.

Struktur und Arbeitsweise des Netzwerkes beinhalten, dass niedergelassene Fachärzte ihre Patienten mit einem schweren Asthma zur Therapieabsicherung an ihr regional „zuständiges“ Netzwerk überweisen können. Die im Netzwerk beteiligten Lungen- und Kinderärzte sowie Allergologen bestätigen oder optimieren die bisherige Behandlung durch den eventuellen Einsatz eines hochwirksamen Präparates (Anti-IgE) oder Verabreichung anderer Präparate. Das Netzwerk SAA unterstützt die niedergelassenen Kollegen bei der Therapieabsicherung und einer verantwortungsvollen Entscheidung über die therapeutische Anwendung von Anti-IgE. Ziel ist die bestmögliche, individuelle Therapieanpassung. Kurze Wartezeiten und Wege für den Patienten und die klare Aufgabenverteilung im Netzwerk ersparen allen Beteiligten damit einen langen Weg durch Diagnostik und Therapie. Gerade unter Beachtung der Therapiekosten erscheint es sinnvoll, die Qualität der Indikationsprüfung durch mindestens zwei Ärzte sicherzustellen. Die Untersuchung der überwiesenen Patienten hinsichtlich einer Therapieopti-

Anzeige

Erholsamer Schlaf in Daunen und Federn – auch für Hausstauballergiker und Asthmatiker

In Betten mit dem Nomite-Zeichen können auch Allergiker oder Asthmatiker den natürlichen Schlafkomfort genießen, den Daunen und Federn bieten.

Nomite-Produkte sind nämlich waschbar und besitzen ein daunen dichtes Hüllgewebe, was die Ansiedlung von Hausstaubmilben verhindert.

NOMITE

für Hausstauballergiker geeignet

mierung anhand der übermittelten Untersuchungsergebnisse erfolgt zeitnah und ohne zusätzliche Kosten.

Die Etablierung des Netzwerkes SAA zeigt, dass diese neu entwickelte strategische Diagnostik und Therapie für Patienten mit schwerem und schwerstem Asthma eine optimale Versorgung darstellt. Die erzielten Ergebnisse, wie beispielsweise stark verbesserte Lebensqualität, bessere Lungenfunktionen und teilweise drastisch verminderte Einnahmen von Kortison, sind bei fast allen der im Netzwerk therapierten Patienten beeindruckend positiv.

Bis heute konnten mehr als 500 Patienten im Netzwerk SAA betreut werden. Damit hat sich die Versorgungssituation für Patienten mit schwerem allergischem Asthma bundesweit deutlich verbessert.

Die Internetseite www.netzwerk-saa.de informiert mit vielen fachlichen Themen und filmischen Beiträgen auch über die lokalen Standorte des bundesweit tätigen Netzwerkes. Damit soll allen Interessierten eine schnelle Kontaktmöglichkeit per E-Mail oder Telefon zu einem persönlichen Ansprechpartner in ihrer Nähe ermöglicht werden.

Professor Dr. med.

Karl-Christian Bergmann,

Berlin

Arzt für Lungen- und

Bronchialheilkunde

Interdisziplinäre pneumologisch-
allergologische Ambulanz

(Erwachsene)

Allergie-Centrum-Charité

Hautklinik, Charité Campus Mitte



Rehabilitation bei COPD

Was bedeutet eigentlich Rehabilitation?

Das Wort Rehabilitation bedeutet „Wiederbefähigung“. Es bezeichnet ein vielschichtiges Maßnahmenpaket, welches darauf angelegt ist, die körperlichen, aber auch die seelischen und die sozialen Folgen einer chronischen Krankheit zu vermeiden oder zu vermindern. Auch die Rehabilitation bei COPD umfasst solch ein umfassendes Paket an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Ziel ist, den Patienten wieder zu befähigen, ein möglichst normales Leben zu führen – trotz seiner chronischen Atemwegserkrankung.

Wann ist Rehabilitation bei chronischen Atemwegserkrankungen angezeigt?

Eine Rehabilitationsbehandlung bei COPD ist angezeigt, wenn trotz ambulanter ärztlicher Betreuung Krankheitsfolgen bestehen, welche die alltäglichen Tätigkeiten beziehungsweise das berufliche oder das private Leben behindern.

Eine Rehabilitation ist bei COPD angezeigt:

- wenn trotz ambulanter medizinischer Behandlung anhaltende Krankheitszeichen bestehen (zum Beispiel Atemnot, Husten, Auswurf beziehungsweise Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit und Mobilität zum Beispiel beim Treppensteigen, Heben oder Tragen),
- nach einer Behandlung im Akutkrankenhaus wegen der Atemwegserkrankung (Anschlussrehabilitation = AHB),
- bei Einschränkung oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit,
- bei drohender Pflege- und Hilfsbedürftigkeit,

Anzeige

STADT NEUBULACH

Heilklimatischer Kurort mit Heilstollenkurbetrieb
Ein Besuch in unserer Asthmatherapiestation im Bergwerk lässt Sie wieder befreit durchatmen!

Öffnungszeiten: Täglich (29.03.2010 – 31.10.2010)
9:00 – 11:00 Uhr

Wir bieten auch Kinderkuren und die Möglichkeit zum Schnuppern und Kennenlernen!

Informationen und weitere Termine auf Anfrage:
Teinachtal-Touristik Neubulach, Tel. 07053 9695-10
www.neubulach.de

Anzeige

Karl-Hansen-Klinik Bad Lippspringe

Abteilung für Atemwegs- und Lungenerkrankheiten, Innere Medizin mit Schwerpunkt für Schlaf- und Beatmungsmedizin sowie Infektionskrankheiten

Antoniusstr. 19 · 33175 Bad Lippspringe
Tel.: 05252/95-04 · Fax: 05252/95-4006
info.khk@medizinisches-zentrum.de

www.medizinisches-zentrum.de

Unsere Schwerpunkte:

- chronisch-obstruktive Bronchitis
- Beatmungsmedizin
- Sauerstoff-Langzeit-Therapie
- schlafbezogene Atemstörungen
- Emphysem
- Bronchialkarzinom
- Tuberkulose
- Pneumonie
- allergische Erkrankungen
- Sarkoidose

- bei seelischen Krankheitsfolgen (Depressionen, Ängste, sozialer Rückzug) sowie
- bei der Notwendigkeit von rehatypischen Therapieverfahren, wenn diese ambulant nicht im erforderlichen Ausmaß erfolgen können, zum Beispiel Patientenschulung, Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Tabakentwöhnung.

Welche Therapiemaßnahmen erfolgen während der Rehabilitation?

Am Anfang der Behandlung steht immer die ausführliche ärztliche Untersuchung, bei der – abhängig von der individuellen Erfordernis und den vorliegenden Vorbefunden – alle notwendigen apparativen Untersuchungsmethoden zur Anwendung kommen (zum Beispiel Lungenfunktion, Untersuchungen von Herz und Kreislauf, eventuell Röntgen oder Ultraschall). Anhand dieser Untersuchungsbefunde wird dann im Gespräch mit dem Patienten aus den unten genannten Therapiebausteinen der „individuelle Rehatherapieplan“ erstellt.

Die wichtigsten Therapiebausteine der Rehabilitation sind:

- fachärztliche Überprüfung und gegebenenfalls Optimierung der medikamentösen Therapie,
- umfassende Patientenschulung,
- spezialisierte Trainings- und Sporttherapie (auch für Schwerkranken),
- spezialisierte (Atem-) Physiotherapie und Krankengymnastik,
- Inhalationstherapie,
- Ergotherapie inklusive Hilfsmittelberatung und Gelenkschutz,
- psychologische Hilfen,
- Entspannungsverfahren,
- Sozial- und Berufsberatung,

- Nutzung klimatischer Faktoren (Schadstoffkarenz),
- Ernährungsberatung,
- Tabakentwöhnung.

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

Einige Hinweise zu einzelnen Therapiebausteinen der Rehabilitation

Trainings- und Sporttherapie bei COPD

COPD-Patienten leiden vor allem bei körperlicher Belastung unter Atemnot, was bei vielen zu einer ausgeprägten körperlichen Schon- und Vermeidungshaltung führt. Sehr oft ist die Belastungsatemnot zumindest teilweise auch durch einen Trainingsmangel (mit-) bedingt, der aus der krankheitsbedingten Schonhaltung folgt. Dieser „Trainingsmangel“ führt rasch zu einem verhängnisvollen Teufelskreis (Atemnot → körperliche Schonung → Trainingsmangel → vermehrte Atemnot → noch mehr körperliche Schonung → und so weiter und bedingt erhebliche negative Auswirkungen auf die Lebensqualität und das körperliche Leistungsvermögen.

Geeignetes körperliches Training führt hingegen zu einer Zunahme der Leistungsfähigkeit und zu einer Abnahme der Ruhe- und Belastungsatemnot und damit zu einer Verbesserung der Lebensqualität. Das heißt, mittels Sport- und Trainingstherapie können sowohl die körperlichen als auch die psychischen Folgen der Erkrankung gebessert werden (Verringerung der Atemnot, Besserung der Belastbarkeit, Verbesserung der Lebensqualität). Trainierte Patienten müssen zudem weniger oft notfallmäßig ärztlich behandelt oder gar ins Krankenhaus aufgenommen werden.

Anzeige



Die MEDIAN Kliniken

MEDIAN Kliniken

• Optimale Rehabilitationsprogramme für Patienten mit Atemwegserkrankungen und Allergien
• Eine Atmosphäre zum Wohlfühlen, in der auch ein Lächeln zur Therapie gehört

MEDIAN Kliniken Bad Sautzchen
MEDIAN Klinik am Baumgarten
Alte Wälder Str. 47 – 49 – D-24105 Bad Sautzchen
Anmeldung und Information:
Telefon +49 (0) 52 22 / 37-0 oder -37 37
Telefax +49 (0) 52 22 / 37-44 40

MEDIAN Klinik Helligsdamm
Dienst in der Ostsee, eigener Therapiesaal, Holznachbepflanzung
Zum Strand 1 – D-18200 Helligsdamm
Anmeldung und Information:
Telefon +49 (0) 382 03 / 44-525 oder -526
Telefax +49 (0) 382 03 / 44-999

www.median-kliniken.de

Assoziiert mit Symptommanagement, geriatr. Konsultation, Schmerztherapie, Berufsgenossenschaft und priv. Krankentransport

Die Wirksamkeit der Sport- und Trainingstherapie ist bei Patienten mit COPD wissenschaftlich sehr gut belegt. Deshalb sind Sport und körperliches Training regelhaft Bestandteil der Rehabilitation und sollten auch zunehmend Teil der normalen ambulanten Langzeitbehandlung dieser Patienten sein. Training ist bei COPD-Patienten (mindestens) so wichtig wie die medikamentöse Therapie.



Abbildung 1: Treppensteigtraining (Erlernen von atemerleichternden Techniken und Kopplung von Atmung und Belastung)



Abbildung 2: Ausdauer- und Krafttraining sind die wichtigsten Trainingsformen im Rahmen der pneumologischen Rehabilitation bei COPD. Hier: Ausdauertraining auf dem Fahrradergometer.

Patientenschulung

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

Themen im Rahmen der Patientenschulung sind:

- Aufbau und Funktion der Atmungsorgane
- Krankheitslehre
- nichtmedikamentöse Therapien: körperliches Training, Atem- und Hustentechniken
- Medikamentenlehre und Einüben der korrekten Inhalationstechnik
- Risikofaktoren und deren Vermeidung, insbesondere Tabakentwöhnung

- Selbstkontrolle (Symptomtagebuch, eventuell Peak-Flow-Meter)
- Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Bronchialinfekten
- Verhalten beim Atemnotanfall
- Besondere Behandlungsformen (unter anderem Sauerstoff, Operationen, Heimbeatmung)

Da es sich bei den verschiedenen Atemwegserkrankungen um unterschiedliche Krankheiten handelt, erfolgt die Schulung für Asthma- und COPD-Patienten in getrennten Gruppen.

Atem- und Physiotherapie

Atem- und Physiotherapie sind ein wichtiger ergänzender Teil der nichtmedikamentösen Behandlung der chronischen Atemwegserkrankungen. Wichtig sind vor allem das Erlernen von *atemerleichternden Techniken und Selbsthilfemaßnahmen* (Lippenbremse, atemerleichternde Körperhaltungen, Hustentechnik) in Ruhe und bei körperlicher Belastung.

Sehr wirksam und durch keine andere Therapieform zu ersetzen, ist bei schwerkranken Patienten zum Beispiel ein gezieltes „Geh- und Treppensteigtraining“, bei dem die oben genannten Techniken unter der konkreten Belastungssituation des täglichen Lebens eingeübt werden. Wird dieses Training von einem erfahrenen Therapeuten durchgeführt, sind oft auch schwerkranke Patienten wieder mobilisierbar.

Wichtig ist im Einzelfall auch eine fachgerechte *Hilfsmittelversorgung*. Hier kommen zum Beispiel Rollator, „Dritte Hand“, Verlängerungen für Schuhlöfler oder Bürsten, Waschbretter (um ein Sitzen in der Badewanne zu ermöglichen) zur Verwendung.

Hustentechniken, apparative und nichtapparative Techniken zur Schleimlösung: Neben der Belastungsatemnot führen insbesondere Schwierigkeiten beim Abhusten zu einer massiven Verschlechterung der Lebensqualität. Daher profitieren die Patienten subjektiv deutlich von einer qualifizierten krankengymnastischen Husten- und Atemschulung. Hier sind auch verschiedene apparative Hilfsmittel wertvoll (Flutter®, Cornet® und andere).

Von krankengymnastischer Atemtherapie können gerade Schwerstkranken und auch medikamentös nur unzureichend einzustellende Patienten noch profitieren und zusätzliche Lebensqualität erhalten. Daher ist es umso bedauerlicher, dass diese Techniken in den bestehenden ambulanten Praxen für Krankengymnastik kaum angeboten werden.

Ernährungsberatung

Viele Patienten mit fortgeschrittenen Atemwegserkrankungen

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

Tabakentwöhnungsprogramme

Der Verzicht auf Tabakrauchen ist eine entscheidende Einzelmaßnahme zur Krankheitsverhinderung und Behandlung. Dennoch muss zugegeben werden, dass die Erfolgsrate von Tabakentwöhnungsprogrammen bescheidener ist, als dies wünschenswert wäre. Mithilfe verhaltenstherapeutischer Programme und in Kombination mit medikamentösen Entwöhnungshilfen lässt sich die Erfolgsquote jedoch steigern. Die Voraussetzungen hierfür sind in der Rehabilitation günstig und die Erfolgsraten der Tabakentwöhnung sind in der Rehabilitation durchaus gut. Generell darf innerhalb pneumologischer Rehabilitationskliniken nicht geraucht werden.

Psychologische Hilfen

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

Die Effektivität der pneumologischen Reha bei COPD ist durch zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen belegt. Daher stellt die Rehabilitation bei COPD eine gesicherte Therapieform dar, die aber leider noch viel zu selten genutzt wird.

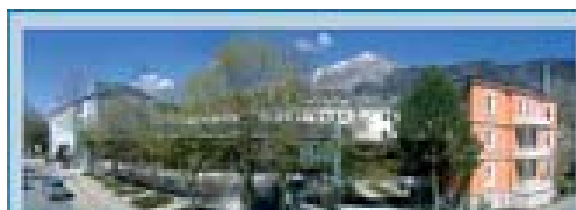
Wie wirksam ist Rehabilitation bei COPD?

Die Effektivität der pneumologischen Reha bei COPD ist durch zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen belegt. Daher stellt die Rehabilitation bei COPD eine gesicherte Therapieform dar, die aber leider noch viel zu selten genutzt wird.

Gesicherte positive Effekte der pneumologischen Rehabilitation bei chronisch obstruktiver Bronchitis/Emphysem sind in der folgenden Tabelle aufgelistet:

- gesteigerte körperliche Leistungsfähigkeit
- Abnahme der Atemnot
- Steigerung der Lebensqualität
- Abnahme von krankheitsbegleitender Angst und Depression
- weniger Krankenhausaufnahmen
- bessere Überlebenschancen nach Anschlussreha nach Krankenhausbehandlung wegen COPD
- Verbesserung von Kraft und Ausdauer der Armmuskeln bei gezieltem Training
- Besserung von psychischen Krankheitsfolgen

Anzeige



KLINIK BAD REICHENHALL

Zentrum für Rehabilitation
Pneumologie und Orthopädie

Eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung
Bayern Süd

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

Wir setzen seit 50 Jahren Standards
in der pneumologischen
Rehabilitation

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



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

Zusammenfassung

Rehabilitation kann bei COPD-Patienten zu einer deutlichen Verbesserung des Krankheitsverlaufes führen. Dies ist bei der COPD besonders wichtig, da hier die medikamentösen Möglichkeiten begrenzt sind und die Krankheit unbehandelt einen chronisch fortschreitenden Verlauf nimmt.

Leider wird die Indikation zur Rehabilitation noch zu selten gestellt. Objektiv betrachtet kommt der Rehabilitation aber ein zentraler Stellenwert bei der Langzeitbehandlung zu, was sich auch in den aktuellen deutschen und internationalen Therapieleitlinien widerspiegelt. Daher sollten betroffene Patienten nicht zögern, zusammen mit ihrem behandelnden Arzt bei ihrer Krankenkasse (Rentner und nicht erwerbstätige Patienten) oder bei ihrer Sozialversicherung (Berufstätige, möglich aber auch für Arbeitslose) einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen.

Ein Verzeichnis der Reha-Servicestellen finden Sie unter www.reha-servicestellen.de.

Dr. med. Konrad Schultz,
Bad Reichenhall
Klinik Bad Reichenhall



AOK-Curaplan COPD

Bessere Beratung und Information

Eine repräsentative Umfrage im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, in die im Rahmen einer Zufallsstichprobe tausend Versicherte der AOK Westfalen-Lippe einbezogen wurden, hat einige bemerkenswerte Ergebnisse hinsichtlich der Therapie von COPD-Patienten erbracht.

Die befragten Personen nahmen seit mindestens einem Jahr an dem Behandlungsprogramm AOK-Curaplan COPD teil; sie waren zwischen 45 und 75 Jahren alt. Das Durchschnittsalter lag bei 64 Jahren. Mehr als ein Drittel der Befragten war seit mehr als zehn Jahren an einer COPD erkrankt; bei gut 40 Prozent wurde die Diagnose vor weniger als fünf Jahren gestellt.

Von den Teilnehmern an dem Behandlungsprogramm, auch Disease-Management-Programm (DMP) genannt, waren 51 Prozent Männer und 49 Prozent Frauen. Diese Verteilung zeigt, was in der breiten Öffentlichkeit immer noch weitgehend unbekannt ist, dass nämlich auch Frauen eine chronisch obstruktive (einengende) Lungenerkrankung, also eine COPD, bekommen können. Die COPD ist nämlich nicht, wie oft zu hören ist, eine „Männerkrankheit“. Im Gegenteil, Studien haben gezeigt, dass Frauen, die rauchen, häufig eher eine COPD entwickeln als Männer, dass schwere Formen der COPD bei Frauen schon ab der Mitte der 50-er Lebensjahre – rund fünf bis zehn Jahre früher als bei Männern – auftreten und dass eine COPD bei Frauen häufig schwerer verläuft.

Die Befragung hat insgesamt ergeben, dass die Patienten seit ihrer Teilnahme an dem Behandlungsprogramm von ihrem jeweiligen Arzt über ihre COPD intensiver informiert und beraten wurden. Sie hätten vor allem gelernt, mit ihrer Erkrankung im Alltag besser umzugehen; ihre Lebensqualität habe sich verbessert.

Ein Drittel der Patienten gab an, dass sich ihr behandelnder Arzt mehr Zeit für ihre Untersuchung und die sich an-

Anzeige

ROLAND ASSISTANCE

Ihr Ansprechpartner für leistungsstarkes Gesundheits-Management

- Sie suchen: Information, Motivation, Training, Monitoring für Ihre Zielgruppe
- Wir bieten: kompetenten und persönlichen telefonischen Service durch die ROLAND-Gesundheitsexperten
- Unser Portfolio: Prävention, Chronikerbetreuung, Schulung, medizinische Beratung

Bewährte Qualität für Ihre Kunden, Patienten, Mitarbeiter, Projektteilnehmer, Versicherten



Ihre Fragen beantworten wir gerne unter:
0221 8277-9655 oder **dmp@roland-assistance.de**

schließende Beratung nimmt, seit sie an dem AOK-Curaplan teilnehmen. Etwa ein Viertel der Befragten war zudem der Meinung, dass sich auch die Qualität der Beratung verbessert habe. Etwa zehn Prozent gaben an, dass sie seit der Teilnahme an dem DMP – 73 Prozent der COPD-Patienten wurden übrigens von ihrem Hausarzt betreut – häufiger nach ihrer eigenen Einschätzung der Erkrankung und nach ihren Wünschen in Bezug auf die Therapie ihrer COPD befragt wurden. So erfreulich dieses Ergebnis ist, so zeigt es auch, dass im Arzt-Patienten-Verhältnis der „informierte/mündige“ Patient noch lange nicht die Regel ist.

Eine weitere wichtige Erkenntnis der Befragung bestand darin, dass die in dem DMP vorgesehenen regelmäßigen Kontrolluntersuchungen aus der Sicht der Patienten wesentlich dazu beigetragen haben, die bisherige Unsicherheit im Umgang mit ihrer COPD abzubauen. So erklärten 90 Prozent der Befragten, dass ihnen das Programm hilft, ihre Symptome und Beschwerden besser einschätzen zu können und dass sie ihre Erkrankung besser unter Kontrolle haben. Dies zeigt, dass durch Information und Beratung – noch besser wäre eine konsequente Erst- und Nachschulung der Patienten – auch eine „COPD ohne Angst“ möglich erscheint. Ein Großteil der COPD-Patienten, vor allem diejenigen Betroffenen mit schwerer dauerhafter Atemnot, entwickelt nämlich im Laufe der Erkrankung Ängste bis hin zu Depressionen. Diese werden aber noch viel zu häufig aus Scham verschwiegen und bleiben deshalb unerkant und unbehandelt.

Der Inhalt der Schulungen im Rahmen des AOK-Curaplan COPD wurde durchweg recht gut bewertet. Jeweils rund 80 Prozent der geschulten Patienten gaben an, aufgrund der Schulung im Alltag mit ihrer Erkrankung besser umgehen zu können.

Die Schulungen fanden überwiegend in Gruppen von sechs bis zehn Teilnehmern statt. Sie wurden bei jedem zweiten COPD-Patienten von einer Arzthelferin durchgeführt; vier von fünf Patienten wurden auch zeitweise von einem Arzt geschult.

Bis zur Einführung besonderer DMPs war das Angebot von Schulungsprogrammen für Patienten mit den chronischen Atemwegserkrankungen COPD und Asthma sehr begrenzt. Wohnortnahe Angebote waren eher zufallsabhängig. Ihre Bedeutung für die Lebensqualität der Patienten einerseits und für die Wirtschaftlichkeit der Therapie seitens der Kostenträger andererseits war zwar schon lange durch Studien belegt. Schulungen wurden aber nicht konsequent genug von den Erkrankten eingefordert beziehungsweise von den Krankenkassen angeboten. Heute werden – auch als Folge des DMP – mehr Schulungen angeboten, aber bei Weitem noch nicht genug.

Ein wesentlicher Aspekt im Umgang mit einer COPD ist die Bewältigung der akuten Atemnot. Im Gegensatz zum Asthma, bei dem eine innerhalb von Minuten entstehende anfallsartige akute Atemnot zum Wesen dieser Krankheit gehört, kommt es bei einer COPD in der Regel nicht zu einer akuten Atemnot aus heiterem Himmel.

Eine akute Atemnot entsteht bei COPD-Patienten häufig in Folge einer eigentlich nicht mehr bewältigbaren körperlichen Belastung oder infolge einer beginnenden oder einer bereits bestehenden Verschlimmerung (Exazerbation) der ohnehin schon chronischen Atemnot. In einem solchen Fall muss der Patient wissen, was er selbst zu tun hat beziehungsweise was er schon tun kann, bevor er den Notarzt ruft. Um als Patient oder als Angehöriger das Richtige tun zu können, sollte eigentlich ein schriftlicher Notfallplan – vom Arzt erstellt – vorliegen und es sollten auch die in einer solchen Situation erforderlichen Medikamente – vom Arzt verschrieben – stets griffbereit sein.

Endlich aufatmen!



SaltPipe®: „Bringt den Nutzen der Salzminenatmosphäre zu Ihnen nach Hause“

Leichteres Atmen und Wohlbefinden

- bei Erkältung
- bei Asthma und Allergien
- bei Schlafproblemen durch Schnarchen
- bei belasteten Atemwegen durch Rauchen
- bei COPD und Lungenemphysem

Seit Jahrhunderten werden Salze als Volksheilmittel verwendet. Heute reisen Asthmakranke, Allergiker und Menschen die unter Atemwegsbeschwerden leiden, in Solebergwerke wie Berchtesgaden in Deutschland, Hallein in Österreich oder Praid in Siebenbürgen. Mit SaltPipe® holen Sie sich die Vorteile lindernder Salzkristalle bequem und kostengünstig nach Hause. Die Aktivstoffe des Inhalators SaltPipe® sind Salzkristalle aus der Salzmine in Praid, Siebenbürgen. Die schonend zerkleinerten Salzkristalle werden zwischen Porzellanfiltern platziert. Bei der Anwendung der SaltPipe® werden durch die angesaugte Luft kleinste Salzpartikel freigesetzt. Diese dringen tief in das Atemwegssystem ein, wo sie ihren lindernden Effekt entfalten. Empfohlene Dauer der Anwendung: 15 – 25 Minuten pro Tag. Regelmäßige Anwendung verbessert die Erfolge. Sie erhalten die SaltPipe® direkt bei der Fa. SaltPipe®, im Sanitätshaus oder in der Apotheke. (PZN Nr. 0540788)



**SaltPipe®, Buchenring 6,
85229 Markt Indersdorf**

Info:

Tel.: 08136/229922

Fax: 08136/228555

E-Mail: info@saltpipe.de

Internet: www.saltpipe.de

Das Vorliegen eines solchen Notfallplans ist – wie die Erfahrung zeigt – eine wesentliche Voraussetzung dafür, mit seiner COPD weniger ängstlich, vielleicht sogar etwas gelassener umgehen zu können. Weil dies so ist, wurde in den Interviews mit den Patienten auch folgende Frage gestellt: „Haben Sie im Rahmen der Behandlung gemeinsam mit Ihrem Arzt einen Plan erstellt, welche Medikamente sie zusätzlich einnehmen sollen, wenn Ihre Beschwerden schlechter werden? Wann ist dieser erstellt worden?“

Die Antworten waren aufgrund der Erfahrungen der Patientenorganisationen zu erwarten, dennoch ist man bestürzt, wenn man sie liest. Von zehn Patienten, die in das DMP eingeschrieben waren, war bei sieben kein Notfallplan erstellt worden. Bei drei Patienten, die einen Notfallplan hatten, war er bei knapp mehr als der Hälfte jedoch erst nach der Teilnahme an dem Behandlungsprogramm erstellt worden. Soweit, so schlecht!

Weitere wichtige Erkenntnisse ergab die Befragung hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustandes der COPD-Patienten und der Behandlung ihrer Erkrankung. Knapp mehr als die Hälfte leidet mindestens einmal täglich an Luftnot. Luftnot haben 22 Prozent der Befragten schon im Ruhezustand. Nahezu jeder der von Luftnot Betroffenen verspürt diese beim Treppensteigen; zwei Drittel darüber hinaus bereits beim „normalen“ Gehen.

Einschränkungen durch die allgemeine Luftnot im Alltag haben die befragten COPD-Patienten schon bei Tätigkeiten im häuslichen Umfeld oder im Hinblick auf ihre Mobilität. Etwas unerwartet war, dass zwei Drittel der Erkrankten sich in Bezug auf soziale Kontakte überhaupt nicht eingeschränkt fühlten. Von den COPD-Patienten, die sich einer einschlägigen Patientenorganisation anschließen, hört man nämlich durchweg, dass sie hoffen, ein neues soziales Umfeld unter Gleichbetroffenen zu finden. Subjektiv erleben die DMP-Teilnehmer ihren Gesundheitszustand als kritisch. Etwa jeder Fünfte benötigte in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal wegen akuter Luftnot ärztliche Hilfe. Jeder zweite davon Betroffene wurde anschließend in ein Krankenhaus eingewiesen.

Ständige Luftnot gehört ab einem bestimmten Schweregrad einer COPD zum Wesen dieser Erkrankung. Zwei weitere sehr häufig gleichzeitig auftretende Symptome sind durchweg Auswurf und Husten. Das Auftreten und die Intensität einer andauernden Luftnot können – unsere Erfahrungen lassen darauf schließen – auch dadurch bedingt sein, dass die medikamentöse Therapie an das jeweilige Stadium der Erkrankung nicht angepasst ist und/oder dass die vom Arzt verordneten (richtigen) Medikamente – bewusst oder unbewusst – nicht wie verordnet und falsch eingenommen werden. Zu diesem Aspekt ergab die Befragung folgendes Bild: Geht man davon aus, dass eine chronische Erkrankung wie die COPD auch einer dauerhaften Behandlung bedarf, dann fällt

auf, dass nur 70 Prozent der DMP-Teilnehmer eine inhalative Dauermedikation erhalten. Warum dies bei den verbleibenden 30 Prozent nicht geschieht, wurde in der Befragung nicht geklärt. Eine inhalative Bedarfsmedikation wendet jeder zweite Befragte an; häufig sogar mehrmals täglich.

Da bei einer COPD die Medikamente eingeatmet werden müssen, hängt deren Wirksamkeit nicht zuletzt von der richtigen Inhalationstechnik ab. Hierzu ergab die Befragung, dass bei etwa 27 Prozent der DMP-Teilnehmer noch nie eine Überprüfung der Inhalation stattfand. Bei 19 Prozent wurde nicht bei jedem Arztbesuch die Richtigkeit der Inhalation kontrolliert. Immerhin war dies aber bei 54 Prozent der Fall, wobei dies bei jedem zweiten Patienten allerdings erst seit seiner Teilnahme am DMP geschah. Hier besteht also noch Verbesserungspotential auf beiden Seiten. Nämlich sowohl auf Seiten der Ärzte/Arztshelfer, die eine Kontrolle anbieten sollten, als auch auf der Seite der Patienten, die ihrerseits bei einem Arztbesuch um eine Kontrolle bitten sollten.

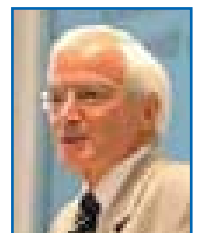
Zum Abschluss noch ein paar Anmerkungen zu Selbsthilfe- und zu Lungensportgruppen. Der Arzt oder sein Praxisteam haben nur einen von fünf Patienten auf eine wohnortnahe Selbsthilfe- oder Lungensportgruppe hingewiesen. Dieses unbefriedigende Ergebnis sollte dadurch verbessert werden, dass die an einem DMP teilnehmenden Ärzte von ihren Helfern klären lassen sollten, ob es ein Selbsthilfe- oder Sportangebot – das gilt übrigens für alle Erkrankungen, für die es ein DMP gibt – in ihrem örtlichen Umfeld vorhanden ist.

Was die COPD-Patienten selbst angeht, so wussten nur etwa 16 Prozent, dass es die Patientenliga Atemwegserkrankungen und etwa neun Prozent, dass es die Selbsthilfegruppe Lungenemphysem-COPD Deutschland gibt. Fünf Prozent der Befragten kannten die „Luftpost“.

Fazit

Insgesamt sind die Teilnehmer an dem Behandlungsprogramm AOK-Curaplan COPD sehr zufrieden mit dem Programm. 65 Prozent bewerten es als gut, ein Viertel sogar als sehr gut oder ausgezeichnet. Mehr als drei Viertel der Befragten würden auch anderen Betroffenen die Teilnahme am Programm auf jeden Fall empfehlen. Die Patientenliga Atemwegserkrankungen schließt sich dieser Empfehlung an.

Dr. rer. pol. Helmut Berck, Mainz
Patientenliga
Atemwegserkrankungen e.V.



Ist die Anschaffung eines Pulsoximeters sinnvoll und falls ja, für welche Patientengruppe?

Ein Pulsoximeter ist ein medizinisches Gerät, mit dem man die Sauerstoffsättigung des Bluts und die Pulsfrequenz messen kann. Die Zellen des Körpers benötigen eine bestimmte Menge Sauerstoff, um zu funktionieren. Die roten Blutkörperchen transportieren diesen Sauerstoff über das Blut in die Organe und zu den Zellen. Mit der Sauerstoffsättigung ist der Anteil des gesamten roten Blutfarbstoffs (Hämoglobin) gemeint, an den Sauerstoff gebunden ist. Die Sauerstoffsättigung ist zum Beispiel ein wichtiger Wert bei der Beurteilung der körperlichen Belastbarkeit eines COPD-Patienten. Wir werden immer wieder um Rat gefragt, ob die Anschaffung eines Pulsoximeters sinnvoll ist, um jederzeit die jeweilige Sauerstoffsättigung messen zu können. Meine ganz persönliche Meinung hierzu ist folgende:

Wenn ein Patient, der sich in den Stadien III bis IV einer COPD befindet und dem deshalb von seinem Arzt eine Sauerstofflangzeittherapie verordnet wurde, versucht, durch Lungensport oder medizinisches Gerätetraining seine allgemeine körperliche Situation zu stabilisieren, dann macht eine dauerhafte Kontrolle der Sauerstoffsättigung während des Trainierens sehr wohl Sinn.

Wenn oben genannte Kriterien erfüllt sind, sollte man während des Trainierens, aber auch bei sonstigen Belastungen, im Moment einer ablesbaren Sauerstoffversorgung von unter 90 Prozent die Trainingsaktivitäten beziehungsweise die Belastungen solange einstellen, bis die Sättigung wieder über 90 Prozent gestiegen ist. Erst dann sollte man seine Trainingseinheiten beziehungsweise die Belastung fortführen.

Ich persönlich halte es wie folgt: Wenn meine Sauerstoffsättigung während des medizinischen Gerätetrainings

oder sonstiger Belastung trotz Sauerstoffsubstitution unter 90 Prozent abfällt und diese Tendenz sich weiter nach unten hin fortsetzt, unterbreche ich das Training für 60 bis 120 Sekunden, in den meisten Fällen steigt die Sauerstoffsättigung in diesem Zeitraum wieder auf über 90 Prozent an. Ich achte stets darauf, dass ich die Sauerstoffsättigung von 90 Prozent nicht unterschreite. Es gibt allerdings auch Tage, an denen es aufgrund der Witterung oder des allgemeinen Empfindens unmöglich ist zu trainieren oder sich auch nur minimal zu belasten, da die Sauerstoffsättigung trotz Sauerstoffzufuhr bereits nach drei Minuten auf 85 Prozent Sättigung und weniger abfällt.

Wenig bis keinen Sinn macht die Anschaffung eines Pulsoximeters für Patienten, denen keine Langzeitsauerstofftherapie verordnet wurde.

Besonders ungeeignet sind Pulsoximeter jedoch für solche Patienten, die unsicher und ängstlich im Umgang mit ihrer Erkrankung sind oder die dazu neigen, vieles negativ zu sehen. Von dieser Patientengruppe wird die Sauerstoffsättigung zumeist so oft gemessen, dass sich die Betroffenen mit einem Pulsoximeter mehr verrückt machen als alles andere.

Ich habe in den zurückliegenden Jahren während meiner RehaMaßnahmen immer wieder Betroffene kennengelernt, die bei einem Schweregrad I oder II der COPD ohne verordnete Sauerstofflangzeittherapie und mit verhältnismäßig akzeptablen Lungenfunktionswerten von über 80 Prozent die teuersten Pulsoximeter besaßen. Egal, wo man diese Patienten in der Rehaklinik antraf, es wurde fast kontinuierlich mit dem Pulsoximeter die Sauerstoffsättigung gemessen.

Anzeige

Pulsoximetrie - flexibel und mobil



MINOLTA

PULSOX-1

Aktionspreis für Selbsthilfegruppen

✓ **199,- EURO** inkl. MwSt.

3-Jahre Herstellergarantie!



NEU!

SpO₂-Messung mit Fingerclip

- ✓ klares LCD-Display
- ✓ ideal für Unterwegs
- ✓ Falltest-geprüft
- ✓ optimierter Algorithmus für Spot-Check Messung

PULSOX-300

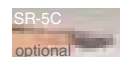
Aktionspreis für Selbsthilfegruppen

✓ **399,- EURO*** inkl. MwSt. *Pulsox-300 mit Wickelsensor-SD-5C



SpO₂-Messung am Handgelenk

- ✓ bis zu 4000 Messungen mit nur 1 Batterie
- ✓ große leuchtende LED-Anzeige
- ✓ optimaler Tragekomfort
- ✓ alternative Sensoren verfügbar
- ✓ optional: P-300i mit Speicher und Analysesoftware



MINOLTA PULSOX Distribution Deutschland
Beethovenstrasse 7/2

ANANDIC AG - Vertriebsbüro Deutschland
D-72336 Balingen

Phone 07433 - 997 4 282
FAX 07433 - 997 4 999

www.pulsoxminolta.ch
info@anandic.com

Jede noch so geringe Schwankung zwischen 93 Prozent und 98 Prozent Sättigung bot dann für die Betroffenen Anlass, sich Sorgen zu machen und Zweifel hervorzurufen, was denn nun wieder sei oder was wohl gleich passieren könnte oder würde. Nicht selten wurde vollkommen aufgelöst der Arzt aufgesucht. Für diese Gruppe von Patienten wird ein Pulsoximeter eher zu einer dauerhaften Belastung der Psyche führen als zu einem zur richtigen Zeit eingesetzten Hilfsmittel.

Die sachgemäße Anwendung und Einschätzung der ermittelten Ergebnisse eines Pulsoximeters setzt voraus, dass der betreffende Patient ein solides Grundwissen über seiner Erkrankung besitzt, seine Krankheit zu managen weiß, sie angenommen und gelernt hat, mit ihr zu leben.

Pulsoximeter sind verordnungsfähig insofern sie eine Hilfsmittelnummer haben. Manche Krankenkassen übernehmen die Kosten für einen Pulsoximeter, die meisten jedoch nicht.

In jedem Fall sollte man, wenn der Arzt einen Pulsoximeter verordnet hat, vor der Anschaffung mit der Krankenkasse bezüglich der Kostenübernahmebestätigung Kontakt aufnehmen, sonst besteht die Gefahr, dass man auf den Kosten sitzen bleibt.

Die Frage, die sicherlich von jedem anders beantwortet werden wird, ist die nach einem geeigneten Pulsoximeter. Es ist sicherlich unmöglich hierzu eine Aussage zu machen, mit der alle einverstanden sein werden. Ich will trotzdem versuchen, auch auf diese Fragestellung möglichst objektiv einzugehen. Technisch und qualitativ hochwertige mobile Pulsoximeter finden sich in der Preisklasse zwischen 500 bis 1.000 Euro. Es gibt selbstverständlich im Internet auch Geräte für 40 Euro.

Ich verfare folgendermaßen, wenn solche Anschaffungsentscheidungen anstehen. Zuerst lese ich alle Testberichte, die es im Internet in großer Anzahl zu finden gibt. All diese Berichte und Tests stelle ich gegenüber

und werte sie aus. Ich versuche Informationen aus erster Hand, also von Nutzern, zu bekommen.

Die meiner persönlichen Auffassung nach drei besten Geräte liste ich dann auf und beginne im Internet nach den günstigsten Anbietern zu suchen. Dieser Findungsprozess kann auch mal einige Tage gegebenenfalls auch Wochen dauern.

Ich achte zudem darauf, nur da zu kaufen, wo ich sicher sein kann, im Fall eines Problems schnell Ersatz zu bekommen. Zudem kaufe ich solche Geräte ausschließlich im Land, das heißt nicht, nur in Deutschland hergestellte Produkte, aber zumindest solche, die auch in Deutschland durch einen Vertrieb – oder besser ein flächendeckendes Vertriebsnetz – angeboten werden.

Qualitativ hochwertig verarbeitete Pulsoximeter aus entsprechend stoß- und bruchfestem Material und einer sehr hohen Messgenauigkeit, die man anhand der Bauart auch während des Trainierens (am Handgelenk zu tragen wie eine Armbanduhr) nutzen kann, ohne dass sie runterfallen, kosten zwischen 500 und 1.000 Euro.

Wenn ein Betroffener grenzwertige Sauerstoffsättigungswerte, also im Ruhezustand um 90 bis 92 Prozent hat, das Pulsoximeter nur ein bis zwei Prozentpunkte falsch misst und anzeigt, dann führt dies unter Belastung zu einer extremen Fehleinschätzung seiner Situation. Die Entscheidung für oder gegen einen bestimmten Gerätetyp oder Hersteller bleibt stets eine Einzelfallentscheidung, die jeder nur für sich allein treffen kann.

Jens Lingemann, Hattingen
SHG Lungenemphysem-COPD
Deutschland



Anzeige

Von den Krankenkassen als Hilfsmittel anerkannt

IMMER GENÜGEND ATEM BEI ALLEN AKTIVITÄTEN – WIE GEHT DAS?

Ganz einfach – mit den energiesparenden Geräten zur Sauerstoff-Langzeittherapie von INVACARE®AQUATEC. Die tragbaren Zylinder einfach befüllen und schon können Sie Ihre Mobilität mit jedem Atemzug genießen!

Möchten Sie erfahren, wie sich Johanna optimal mit Sauerstoff versorgt? Rufen Sie einfach an und fordern Sie den kostenlosen Prospekt an: 0 75 62 / 7 00-0

INVACARE®AQUATEC GmbH
Alemannenstraße 10
88316 Isny
www.invacare-aquatec.de




INVACARE | **AQUATEC**

JOHANNA, 64 Jahre

Anzeige

Pulsoximeter SPO 6000™

- *Einfach zu bedienen, Ein/Aus Automatik
- *Robustes und attraktives Design
- *LCD mit bidirektionaler Ablesemöglichkeit
- *AutoSpot Technologie
- *Geringer Energieverbrauch
- *Universelle Fingerringe

DIE NEUE GENERATION



Pulsoximeter SPO 6100™

- *Speichermöglichkeit der Messergebnisse
- *Pädiatrische Sensoren erhältlich
- *Beleuchtetes LCDDisplay
- *Niedriger Energieverbrauch
- *Extrem leicht, wiegt nur 85g

SOL Medizintechnik GmbH&Co.KG Telefon: 05261-667702 Telefax: 05261-667704

Online-Umfrage soll Therapietreue von Patienten mit einer chronischen Atemwegserkrankung verbessern

Das Ausmaß der Therapietreue eines Patienten – auch Compliance genannt – hängt maßgeblich von drei Faktoren ab: Der Patient sollte Vertrauen zu seinem Arzt haben, den Sinn seiner Behandlung und der therapeutischen Maßnahmen verstehen und die Bereitschaft mitbringen, seinen eigenen Beitrag zum Therapieerfolg zu leisten, indem er aktiv bei der Durchführung der Therapie mitwirkt und die Verordnungsvorschriften einhält.

Therapieanweisungen vom Arzt werden jedoch nicht immer konsequent befolgt. Auch manche Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen wie etwa einer COPD verhalten sich nicht immer zuverlässig. Dadurch nimmt allerdings die Erkrankung meist einen schlechteren Verlauf als bei therapietreuen Patienten. Der Behandlungserfolg, der eigentlich noch möglich wäre, wird erheblich beeinträchtigt. Mögliche Lebensqualität wird „verschenkt“.

Nun soll eine Online-Umfrage bei Patienten mit einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung, insbesondere mit einer chronisch obstruktiven Bronchitis mit oder ohne Lungenemphysem, klären, wann und warum sie besonders dazu neigen, ihre Therapieanweisungen zu vernachlässigen.

Diese Umfrage wurde von den Selbsthilfeorganisationen Lungenemphysem-COPD Deutschland und dem COPD-Deutschland e.V. konzipiert und organisiert. Das Projekt wird von der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V., den großen Fachverbänden und zahlreichen Lungenfachärzten unterstützt.

Unter www.lungenemphysem-copd.de/pages/umfragen/compliance/ oder über die Homepage der Patientenliga Atemwegserkrankungen e. V. (www.patientenliga-atemwegserkrankungen.de) kann jeder Patient mit einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung anonymisiert an der Umfrage teilnehmen. Die Teilnahme an der Umfrage ist vorerst auf jeden Fall bis zum 31. März 2011 möglich.

Jens Lingemann, Hattingen
SHG Lungenemphysem-COPD
Deutschland



Abonnement der „Luftpost – Zeitschrift für Atemwegskranke“

Hiermit abonniere ich die „Luftpost – Zeitschrift für Atemwegskranke“. Die „Luftpost“ erscheint zweimal jährlich (Ausgabe „Frühjahr“ erscheint zum DGP-Kongress, Ausgabe „Herbst“ erscheint zum „Lungentag“). Der Bezugspreis pro Jahr beträgt 7,50 Euro inklusive Porto und Versand innerhalb Deutschlands. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, falls es nicht schriftlich bis jeweils sechs Wochen vor Jahresende gekündigt wird.

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Abobetreuung:

Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.
Berliner Straße 84 • 55276 Dienheim
Telefon: (0 61 33) 35 43 • Fax: (0 61 33) 92 45 57
E-Mail: pla@patientenliga-atemwegserkrankungen.de

Gewünschte Zahlungsweise:

bargeldlos durch Bankeinzug

Konto

Bankleitzahl

Geldinstitut

gegen Rechnung (keine Vorauszahlung leisten, Rechnung abwarten)

Datum, Unterschrift

Rücktrittsrecht:

Diese Bestellung kann innerhalb von acht Tagen (Datum des Poststempels) schriftlich widerrufen werden. Diesen Hinweis habe ich zur Kenntnis genommen und bestätige dies durch meine zweite Unterschrift.

Datum, Unterschrift



Mitgliederversammlung der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. am 12. Juni 2010 in Mainz

In der Mitgliederversammlung wurde unter anderem entsprechend der Satzung der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. der Vorstand des Vereins turnusmäßig neu gewählt:

Vorsitzender: Dr. med. Michael Köhler
Stellvertender Vorsitzender: Lothar Wern, Ortsverband Wiesbaden
Schatzmeister: Dieter Kruse, Ortsverband Fellbach/Waiblingen/Backnang
Schriftführer: Holger Nißen, Ortsverband Bad Kreuznach-Gensingen

Der bisherige Vorsitzender der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V., Dr. rer. pol. Helmut Berck, der seine Funktion 18 Jahre ausgeübt hatte, wurde zum Ehrenvorsitzenden der Patientenliga gewählt. Herr Dr. Berck wird weiterhin vor allem die „Luftpost“ redaktionell betreuen.

Neue aktualisierte Auflage „Atemwegserkrankungen – Hilfe zur Selbsthilfe“

Bitte beachten Sie auch die übrigen Broschüren für Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen auf unserer Internetseite www.patientenliga-atemwegserkrankungen.de.

Dort finden Sie auch – bis auf das jeweils aktuellste Exemplar der „Luftpost“ – alle bisher erschienen Hefte als pdf-Datei zum Nachlesen oder zum Ausdrucken.



Neue aktualisierte Leitlinie „Husten“

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. hat eine neue aktualisierte Leitlinie „Husten“ veröffentlicht, die sich an Ärzte und andere Akteure im Gesundheitswesen richtet. Eine Patientenversion wird vorbereitet.

Sie finden die Leitlinie „Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit akutem und chronischem Husten“ bei www.pneumologen.de unter „Publikationen“ und dort unter „Leitlinien“.

Abobestellung
Passend für DIN-Lang-Fensterumschlag

Zeitschrift „Luftpost“
c/o Patientenliga
Atemwegserkrankungen e.V.
Berliner Straße 84
55276 Dienheim



Atemtherapiegruppen der Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.

Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.

Geschäftsstelle

Frau Platacis, Frau Kunze

Berliner Straße 84

55276 Dienheim

Telefon: (0 61 33) 35 43, Fax: (0 61 33) 92 45 57

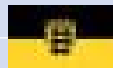
Internet: www.patientenliga-atemwegserkrankungen.de

E-Mail: pla@patientenliga-atemwegserkrankungen.de

Baden-Württemberg

Fellbach

Heidenheim - in Vorbereitung



Bernkastel-Wittlich

Idar-Oberstein/Birkenfeld

Koblenz

Linz am Rhein

Mainz

Montabaur/Westerwald

Trier

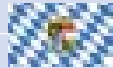
Vulkaneifel

Worms

Bayern

Fürth

Weiden/Neustadt/Vohenstrauß



Saarland

Homburg/Saar



Hessen

Baunatal - in Vorbereitung

Frankfurt am Main

Fulda

Marburg

Schwalmstadt

Wiesbaden



Sachsen

Coswig



Niedersachsen

Hannover



Schleswig-Holstein

St. Peter-Ording



Nordrhein-Westfalen

Bad Lippspringe

Dortmund

Duisburg

Düsseldorf - in Vorbereitung

Essen

Gelsenkirchen

Hagen

Lüdenscheid

Moers-Niederrhein

Rheda-Wiedenbrück

Wuppertal



Befreundete Selbsthilfegruppen

ANAH Allergie-, Neurodermitis- und Astmahilfe Hessen e.V.

www.anah-hessen.de

Selbsthilfegruppe Asthma & Allergie Kronberg im Taunus e.V.

www.asthma-und-allergie.de

SHG Asthma- und COPD-Kranke Würzburg

www.asthma-copd-wuerzburg.selbsthilfe-wue.de

Selbsthilfegruppe Asthma Rielasingen und Konstanz

www.shg-asthma.de

Rheinland-Pfalz

Alzey

Bad Kreuznach-Gensingen



Selbsthilfegruppe Rund um die Lunge im Idsteiner Land

rund-um-die-lunge1@gmx.de



Regional aktive Selbsthilfegruppen der Organisation Lungenemphysem-COPD Deutschland

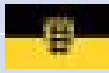
Koordinationsstelle der Selbsthilfegruppe Lungenemphysem – COPD Deutschland

Ansprechpartner: Jens Lingemann

Telefon: (0 23 24) 99 90 00, Fax: (0 23 24) 68 76 82

Internet: www.lungenemphysem-copd.de, E-Mail: shg@lungenemphysem-copd.de

Baden-Württemberg



Bodensee-Oberschwaben-Allgäu/Ravensburg
Hohenlohekreis/Künzelsau
Neckar-Franken/Heilbronn
Nordbaden/Karlsruhe
Nordbaden/Mannheim
Nordschwarzwald/Bad Teinach
Nordschwarzwald/Pforzheim
Südbaden/Weil am Rhein
Südwestbaden/Freiburg
Württemberg/Nürtingen

Bayern



Oberbayern/München
Oberfranken/Bamberg

Berlin



Berlin-Buch
Berlin-Charlottenburg
Berlin-Friedrichshain
Berlin-Neukölln
Berlin-Reinickendorf
Berlin-Zehlendorf

Brandenburg



Brandenburg/Potsdam
Brandenburg/Cottbus

Land Bremen



Bremen

Hamburg



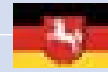
Nord/Hamburg-Barmbek
Nord/Hamburg-Bergedorf
Nord/Hamburg-Harburg

Hessen



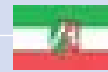
Nordhessen/Immenhausen
Rhein-Main/Darmstadt
Rhein-Main/Langen
Rhein-Main/Rüsselsheim

Niedersachsen



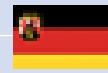
Emsland/Meppen
Friesland/Sande-Sanderbusch
Mittelweser/Nienburg
Nordostniedersachsen-Wendland/Lüchow
Südniedersachsen/Göttingen
Weser-Ems/Leer

Nordrhein-Westfalen



Bergisches Land/Engelskirchen
Niederrhein/Krefeld
Niederrhein/Mönchengladbach
Ostwestfalen-Lippe/Bielefeld
Ostwestfalen-Lippe/Herford
Ostwestfalen-Lippe/Minden
Ruhrgebiet/Hattingen
Ruhrgebiet/Mülheim
StädteRegion/Aachen
StädteRegion Aachen/Simmerath
StädteRegion Aachen/Würselen
StädteRegion Aachen/Würselen (Angehörigengruppe)

Rheinland-Pfalz



Mittelrhein-Wied/Neuwied
Südwestpfalz/Pirmasens
Westpfalz/Kaiserslautern

Sachsen



Sachsen/Hohenstein-Ernstthal

Schleswig-Holstein



Nord/Großhansdorf
Schleswig-Holstein/Fehmarn
Schleswig-Holstein/Rendsburg
Schleswig-Holstein/Schleswig

Thüringen



Thüringen/Gera
Thüringen/Nordhausen

Herausgeber:

Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.
 Berliner Straße 84
 55276 Dienheim
 Telefon: (0 61 33) 35 43 · Fax: (0 61 33) 92 45 57
 E-Mail: pla@patientenliga-atemwegserkrankungen.de

Kooperationspartner:

COPD-Deutschland e.V.
 Fabrikstraße 33
 47119 Duisburg
 Telefon: (02 03) 7 18 87 42 · Fax: (02 03) 7 18 87 43
 E-Mail: verein@copd-deutschland.de

Redaktion:**Die Adresse:**

„Luftpost“-Redaktion
 c/o Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V.
 Berliner Straße 84
 55276 Dienheim
 Telefon: (0 61 33) 35 43 · Fax: (0 61 33) 92 45 57
 E-Mail: pla@patientenliga-atemwegserkrankungen.de

Das Team:

Dr. rer. pol. Helmut Berck (verantwortlich)
 Dr. med. Michael Köhler
 Frank Laschinski

Verlag und Anzeigenvertrieb:

Verlag Patient und Gesundheit e.K.
 Molkestraße 25
 42799 Leichlingen
 Telefon: (0 21 75) 16 82 79 · Fax: (0 21 75) 16 84 30
 Internet: www.vpug.de · E-Mail: info@vpug.de

Gestaltung:

SCHULZ Agentur für Werbung und Kommunikation
 53773 Hennef (Sieg)

Druck:

Druckhaus Verlag Friedr. Schmücker GmbH
 49634 Lönning
 Qualitätszertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2000
 Umweltvalidiert nach Verordnung (EG)761/2001 (EMAS)

Bildnachweise:

Patientin/Ärztin Titel, Seite 5: Katarzyna Leszczynska – Fotolia.com
 Erschöpfte Seite 5, 17: Jenny Solomon – Fotolia.com
 Schlaflose Seite 5, 23: fred goldstein – Fotolia.com
 Luftballon Seite 17: bilderbox – Fotolia.com
 Mittagsschlaf Seite 23: Kai Koehler – Fotolia.com
 Dr. Peter Spork Seite 28: Manfred Witt
 Krankenwagen Seite 29: Maria P. – Fotolia.com
 EKG Seite 29: Jason Winter – Fotolia.com
 Lindenblütentee Seite 33: silencefoto - Fotolia.com
 Hausstaubmilben Seite 35: Juan Gärtner – Fotolia.com
 Katze Seite 35: Walter Sauermann – Fotolia.com

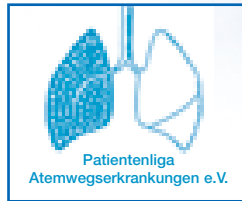
Die namentlich gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors wieder.

Anzeigen müssen nicht die Meinung der Herausgeber wiedergeben.

Die Luftpost erscheint halbjährlich. Die nächste Ausgabe der „Luftpost“ erscheint im März 2011.

ISSN: 1868-9329

Die „Luftpost – Zeitschrift für Atemwegskranke“ wird herausgegeben von



Patientenliga
 Atemwegserkrankungen e.V.

in Kooperation mit



COPD-Deutschland e.V.

unterstützt durch



Deutsche Atemwegsliga e.V.

4. Symposium Lunge



2011

COPD und Lungenemphysem

Von der Diagnose bis zur Lungentransplantation
Welche Behandlungsmöglichkeiten stehen den Betroffenen heutzutage zur Verfügung?

Am Samstag, 07. Mai 2011
 9:00 bis 18:00 Uhr

Westfälisches Industriemuseum
 Henrichshütte - Gebläsehalle
 in Hattingen - Ruhr/NRW

Eintritt frei!

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

www.lungenemphysem-copd.de

Veranstalter:





Soledum® Kapseln forte – Die Intensiv-Therapie bei entzündeten Atemwegen.



Reines Cineol – bisher vor allem bekannt aus der effektiven Behandlung von Nebenhöhlenentzündungen und Bronchitis – ist der einzige natürliche Wirkstoff, der jetzt auch in der Zusatzbehandlung von chronischen und entzündlichen Atemwegserkrankungen, wie Asthma und COPD, zugelassen ist.

