

# NEWSLETTER



## Selbsthilfegruppe COPD&Lunge Region Oberbayern Standort München

**Unsere Selbsthilfegruppe trifft sich jeweils am 3.Samstag um 14:30 Uhr**

**Adresse: Gasthof „Zur Post“  
Seminarräume im I.Stock  
Kirchenplatz 1,  
85540 Haar**

**Gruppenleiter: Mary-Lou Schönwälder, Arnikaweg 1, 85521Ottobrunn, Tel: 089/6095153**

E-Mail:

[ml.schoenwaelder@copdundlunge.de](mailto:ml.schoenwaelder@copdundlunge.de)

**Stellvertreter: Georg Gerstner, Frühlingsstr. 10, 82008 Unterhaching, Tel: 089/6113520**

E-Mail:

[g.gerstner@copdundlunge.de](mailto:g.gerstner@copdundlunge.de)

Die Termine für das Jahr 2019:

<b>19.1.19</b>	<b>16.2.19</b>	<b>16.3.19</b>	<b>20.4.19</b>	<b>18.5.19</b>	<b>15.6.19</b>
<b>20.7.19</b>	<b>3.8.19</b>	<b>21.9.19</b>	<b>19.10.19</b>	<b>16.11.19</b>	<b>14.12.19</b>

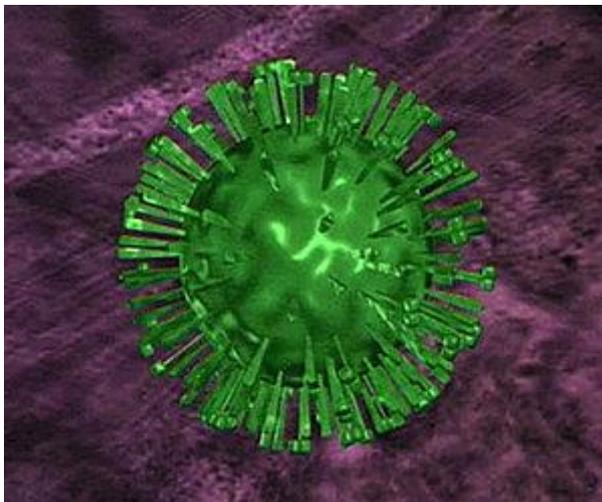


## *Inhalt:*

- Influenza-Viren anpassungsfähiger als gedacht
- Asthmaspray als Dopingmittel?
- Lungenschäden durch Nine-Eleven bei Feuerwehrmännern besser abschätzbar
- Rauchstopp lohnt sich in jedem Alter
- Blutgerinnung beeinflusst offenbar auch die Entstehung von Lungenkrebs
- COPD und Depressionen: Besseres Krankheitsmanagement durch spezielle Programme
- Aktualisierte Leitlinie zur nichtinvasiven Beatmung bei COPD
- Schlechter Schlaf bei interstitiellen Lungenkrankheiten
- Mehrheit der Deutschen für bessere Hilfe beim Rauchstopp
- Was kann helfen, mit einer COPD umzugehen?
- Erfahrungsberichte
- 

## Influenza-Viren anpassungsfähiger als gedacht

Influenza-Viren aus Fledermäusen besitzen eine überraschend hohe Anpassungsfähigkeit. Übertragungseffekte zu anderen Tieren und Menschen sind daher schwer vorherzusehen.



Forscherinnen und Forscher des Universitätsklinikums Freiburg, des Friedrich-Löffler-Instituts und der US-amerikanischen *Colorado State University* und *Kansas State University* haben das Infektionspotential des in Fledermäusen entdeckten [Influenza-Virus H18N11](#) untersucht. Dieser Virustyp weist eine überraschend hohe Anpassungsfähigkeit auf, was die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung

auf weitere Tierarten und Menschen schwer vorhersagbar macht (siehe [Nature Microbiology, Online-Veröffentlichung am 19.9.2019](#)).

„[Influenza-Viren](#) besitzen generell eine hohe Mutationsrate“, berichtet Prof. Dr. Martin Schwemmler, Studien- und Forschungsgruppenleiter am Institut für Virologie des Universitätsklinikums Freiburg. „Dennoch waren wir überrascht, in wie kurzer Zeit Viren des Typs H18N11 in Zellkultur genetische Veränderungen entwickeln.“ Insbesondere stellten die Forscher Genveränderungen fest, die die Verbreitung des Virus fördern. Dabei fanden

sie Belege für die bislang unbekannte Funktion des viralen, [Neuraminidase](#)-ähnlichen Proteins: Indem es die Konzentration des Immunproteins MHC-II an der Zelloberfläche reguliert, ermöglicht es eine effiziente Freisetzung infektiöser Viren aus infizierten Wirtszellen.

Das mögliche Ansteckungsrisiko des Influenza-Virustyps H18N11 für Menschen beurteilt Schwemmler vorsichtig optimistisch: „Frettchen haben sich als Tiermodell für die Übertragungswahrscheinlichkeiten anderer Influenza-Viren auf Menschen bewährt. Wenn das auch für unseren Virus-Typ der Fall ist, gibt es unseres Wissens keine Anzeichen für ein relevantes Infektionsrisiko. Eine natürliche Übertragung ist aber nicht auszuschließen. Besonders schwierig ist die Risiko-Einschätzung aufgrund der hohen genetischen Anpassungsfähigkeit des Virus.“ Die exakte Funktionsweise des Neuraminidase-ähnlichen Proteins, sowie die Anpassungsfähigkeit des Virustyps H18N11 an weitere Rezeptoren, die einen Eintritt in Wirtszellen ermöglichen könnten, untersuchen die Forscher um Schwemmler derzeit in detaillierten Folgestudien.

Quelle: Universitätsklinikum Freiburg

## Asthmaspray als Dopingmittel?

Leistungssportler verwenden häufig Asthma-Sprays. Tun sie das, um sich zu dopen, oder weil sie beim Sport viel kalte oder staubige Luft [einatmen](#), um [asthmatischen](#) Beschwerden vorzubeugen? Das will eine Studie der Sektion Sport- und Rehabilitationsmedizin des Universitätsklinikums Ulm untersuchen.



Inwieweit [Asthma-Medikamente](#) sich auf die Leistungsfähigkeit von ProfisportlerInnen auswirken, untersucht eine neue Studie der Sektion Sport- und Rehabilitationsmedizin des Universitätsklinikums Ulm. „Der häufige Gebrauch von Asthma-Sprays bei Leistungssportlern legt den Verdacht auf

leistungsfördernde Nebenwirkungen nahe“, erklärt Prof. Dr. Jürgen Steinacker, Ärztlicher Leiter der Sektion Sport- und Rehabilitationsmedizin am Universitätsklinikum Ulm. So könnten Asthmasprays Effekte auf den Muskel haben und zum Beispiel das Muskelwachstum anregen. Allerdings gibt es auch spezielle Sportgruppen, wie nordische SkisportlerInnen oder

RadfahrerInnen, die vermehrt unter Asthma leiden, da das häufige Einatmen von kalter oder staubiger Luft Asthma provozieren kann. Bisher sind bestimmte Asthmasprays im Leistungssport zwar nicht verboten, sie stellen aber anwendungsbeschränkte Mittel dar. Die bisherige Studienlage zur Anwendung von Asthma-Sprays im Leistungssport belege keine Nebenwirkungen auf die Muskeln, so Prof. Steinacker. Die Welt-Anti-Doping-Agentur (WADA) fordert eine Aufklärung dieser Thematik und finanziert nach einer internationalen Ausschreibung die Ulmer Studie mit einer Fördersumme von 315.000 Dollar. Kooperationspartner in dieser Studie sind die Arbeitsgruppen von Prof. Dr. Maria Parr (Freie Universität Berlin, Institut für Pharmazie) und Prof. Dr. Patrick Diel (Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin), die ebenfalls große Erfolge in der Anti-Doping-Forschung aufzuweisen haben.

Das Design der geplanten Studie: Insgesamt 24 Probanden - 12 sportliche Männer und 12 sportliche Frauen im Alter von 18 bis 45 Jahren - sollen einmal pro Woche in der Sektion Sport- und Rehabilitationsmedizin unter Beobachtung zehn Minuten mit maximaler Kraft radeln, und zwar im Hinblick auf die Wirkungsweise eines Asthma-Medikaments im Vergleich zu einem Placebo. Dabei sollen die Medikamente Formoterol und Salbutamol sowie ein Placebo in verschiedenen Kombinationen eingesetzt werden. Während der Belastung werden bei den ProbandInnen der Blutdruck, das Herz-Zeit-Volumen und die Sauerstoffsättigung im Blut gemessen. Nach der Belastung wird eine Muskelbiopsie am Oberschenkel entnommen. „Wir schauen auf die molekularen Signaturen unter der Akutbelastung“, erklärt Prof. Steinacker. Durch maximale Anstrengung mit bzw. ohne Medikament werde sich zeigen, ob die Medikamente muskelfördernde Wirkungen haben oder nicht, so Prof. Steinacker.

Die Studie soll zwei Jahre dauern - ein Jahr für den praktischen Teil und ein Jahr für die Auswertung. Das Ergebnis - je nachdem wie es ausfällt - könnte Auswirkungen auf die Doping-Kontrolle dieser Substanzen haben und ein besseres Verständnis von Nebenwirkungen unterstützen.

*Quelle: Universitätsklinikum Ulm*



## Lungenschäden durch Nine-Eleven bei Feuerwehrmännern besser abschätzbar

Bestimmte Stoffwechselprodukte, die beim Abbau von Fetten, Proteinen und Kohlenhydraten im Körper gebildet werden, können vorhersagen, ob Ersthelfer, die im September 2001 am World Trade Center giftigem Staub ausgesetzt waren, später eine Lungenerkrankung entwickeln. Dies hat eine neue Studie ergeben.



Laut Forschern der *New York University (NYU) School of Medicine* sind ihre Untersuchungen die ersten, die Hinweise darauf geben, welche Substanzen bei Feuerwehrleuten und Rettungskräften, die am Katastrophentort des *World Trade Centers* am 11.9.2001 eingesetzt waren, Erkrankungen verhindert haben könnten. In ihrer Studie wurden 30 solcher Metaboliten mit

einem erhöhten Schutz vor [obstruktiven Atemwegserkrankungen \(OAD\)](#) in Verbindung gebracht (siehe [Scientific Reports, Online-Veröffentlichung am 3.9.2019](#)). Während die derart geschützten Personen einen niedrigen Spiegel der betreffenden Metaboliten aufwiesen, fanden sich bei Ersthelfern, die in der Folge ihres Einsatzes eine OAD entwickelten, höhere Konzentrationen. Bei den schützenden Stoffen, die in der aktuellen Studie identifiziert wurden, handelt es sich um proteinbildende Aminosäuren und Omega-3-Fettsäuren. Diese seien über eine Ernährung, die reich an Fisch und Olivenöl ist (z. B. Ernährung nach mediterranem Vorbild), leicht verfügbar, betonen die Studienautoren. Daher sind die Forscher zuversichtlich, dass eine Ernährungsumstellung, aber auch bestimmte Medikamente und regelmäßige Bewegung andere Menschen, die in Konsequenz von Bränden und Rauch giftigen Partikeln ausgesetzt sind, einen gewissen Schutz bieten können. Die aktuellen Ergebnisse bauen auf früheren Arbeiten auf, die dasselbe Forscher-Team im vergangenen Jahr veröffentlicht hat. Damals haben die Wissenschaftler mehr als zwei Dutzend andere Metaboliten identifiziert, die bei Feuerwehrleuten ohne [Lungenerkrankungen](#) als Spätfolge in niedrigeren Konzentrationen vorkamen.

„Unsere neue Arbeit zeigt, dass einige Metaboliten die Ersthelfer tatsächlich vor einem [Verlust von Lungenfunktion](#) schützen können“, berichtet Studienleiterin Dr. Anna Nolan vom *Department of Medicine der NYU Langone Health*. „Indem wir die Ergebnisse unserer bisherigen Studien kombinieren,

können wir besser vorhersagen, wer einen Lungenschaden erleidet. Dies bietet wiederum einzigartige Möglichkeiten für eine bessere Diagnose und Vorbeugung von Atemwegsobstruktionen in der Zukunft“, fügt Nolan hinzu. Für die neue Studie analysierten die Forscher Blutproben von 14.000 Ersthelfern vom 11. September 2001 (Feuerwehrleute und Rettungskräfte), bei denen die [Lungenfunktion](#) routinemäßig vor dem Unglück sowie unmittelbar danach und seitdem jedes Jahr getestet wurde. Unter 594 im menschlichen Körper vorkommenden Metaboliten identifizierten die Forscher diejenigen, die am stärksten mit Ersthelfern ohne Anzeichen für eine OAD assoziiert waren. Zu den wichtigsten Ergebnissen der Studie gehört den Forschern zufolge, dass sich durch das Vorhandensein spezifischer Metaboliten mit einer Genauigkeit von 93,3 Prozent eine Prognose für eine Erkrankung an OAD stellen lässt. Nolan hofft, einen Bluttest entwickeln zu können, mit dem Katastrophenopfer und Ersthelfer nach toxischer Exposition untersucht werden können, um diejenigen Personen zu erkennen, bei denen ein großes Risiko für eine Lungenerkrankung besteht. Zu den Testpopulationen könnten diejenigen gehören, in deren näherer Umgebung es zu Waldbränden oder chemischen Explosionen gekommen ist. Würden Personen mit hohem Risiko frühzeitig erkannt, könnte dies zu besseren Behandlungen und einer Minimierung von Lungenschäden führen.

Weitere Forschungsergebnisse des Teams, die ebenfalls in diesem Monat veröffentlicht wurden, zeigen, dass ein Cluster von Risikofaktoren für Herzkrankheiten – das [Metabolische Syndrom](#) – bei Ersthelfern vom 11. September 2001 ebenfalls eine langfristige Entwicklung von [Lungenfunktionsstörungen](#) vorhersagt. Die Ergebnisse zeigten, dass drei der fünf Faktoren des metabolischen Syndroms zu einer Zunahme des Verlustes von [Lungenfunktion](#) um 56 Prozent und damit zur Berufsunfähigkeit führten.

„Der Lebensunterhalt der Rettungskräfte hängt von ihrer Gesundheit ab“, betont Hauptautor George Crowley. Für Ärzte sei es sehr hilfreich, wenn sie das Vorhandensein oder Fehlen bestimmter Metaboliten im Blut dieser Patienten kurz nach einer Katastrophe analysieren könnten, um sie dann gezielter behandeln zu können.

Die Forscher planen als nächstes, sich mit Gefäßverletzungen bei den am *World Trade Center* eingesetzten Rettungskräften zu befassen, um festzustellen, ob diese ein frühes Anzeichen für größere Herzprobleme sind.

Quelle: Pressemitteilung der NYU School of Medicine und Biermann-Medizin.de

#### **Links:**

© psdesign1\_Fotolia.com

## Rauchstopp lohnt sich in jedem Alter

Es gibt zwar weniger junge [Raucher](#), dafür aber mehr alte Menschen, die offenbar nicht von der Zigarette loskommen. Dabei hat der Verzicht auf das [Rauchen](#) immer Vorteile, auch noch in höheren Lebensjahren.



Seit Jahren sinkt die Zahl der jungen [Raucher](#) - eine erfreuliche Entwicklung. Doch gleichzeitig gibt es immer mehr ältere Menschen, die [an der Zigarette hängen](#): Bei den Männern ist der Raucheranteil in der Altersgruppe der 55- bis 74-Jährigen zwischen 2009 und 2017 um fast neun Prozent auf nahezu ein Viertel gewachsen, bei den Frauen sogar um knapp 80

Prozent auf 18,3 Prozent (siehe [Mikrozensus 2017: Rauchgewohnheiten nach Alter und Geschlecht, Statistisches Bundesamt](#)). Aufgrund der [gesundheitlichen Folgeschäden](#) ist das aus Sicht von Gesundheitsexperten ein drängendes Problem.

Grund für die Zunahme älterer [Raucher](#) ist schlicht die demographische Entwicklung: „Die gestiegenen Raucheranteile in den höheren Altersgruppen sind vor allem dadurch zu erklären, dass sich die Raucher der mittleren in höhere Altersgruppen verschieben“, erklärt Ute Mons, Leiterin der Stabstelle Krebsprävention am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg. Denn in höherem Alter fängt kaum jemand von Neuem an, zu [rauchen](#). Die hohe Zunahme bei den Frauen liege daran, dass vor den 1960er, 1970er Jahren Frauen nur ganz selten zum Glimmstängel gegriffen hätten, erklärt Mons.

Manch ein Raucher in seinen 50ern oder 60ern mag denken: „Jetzt ist es eh egal, das [Rauchen Aufhören](#) lohnt nicht mehr.“ Das aber sei ein Irrglaube, meint Mons. Allein Kurzatmigkeit, [Husten](#) und Leistungsschwäche verbesserten sich schon nach Tagen oder wenigen Wochen. Auch bei schweren Erkrankungen dauert es nicht Ewigkeiten, bis sich positive Wirkungen zeigen. „Verbannt ein 60-Jähriger die Kippen aus seinem Leben, ist sein [Schlaganfall](#)- und Herzinfarkt-Risiko schon innerhalb von fünf bis zehn Jahren deutlich geringer“, betont Mons. Nach 20 Jahren sei sein Risiko, solche Herz-Kreislauferkrankungen zu bekommen, fast gleich dem eines Nichtraucherers. Auch bei Krebs wirkt die Abstinenz Wunder: 10 bis 20 Jahre nach der letzten Kippe sinke das Krebsrisiko deutlich, erläutert die Gesundheitswissenschaftlerin. Das Lungenkrebsrisiko halbiere sich innerhalb von 10 Jahren.

Der Lungenfacharzt Robert Loddenkemper ist ebenfalls der Ansicht, dass sich Aufhören auch im höheren Alter noch lohnt: „Es ist nie zu spät aufzuhören.“ Messungen des Ausatemstoßes hätten bereits 1977 gezeigt, dass Abstinenz selbst im Alter von 65 Jahren noch Tod und Behinderung um rund fünf Jahre hinauszögern kann. Bei einem [Rauchstopp](#) mit 45 Jahren beträgt der Aufschub etwa zehn Jahre.

Auch von kardiologischer Seite ist der Abschied vom Qualmen ratsam. Ein [Rauchstopp](#) nach Bypass-Operationen, die in der Regel an älteren Patienten durchgeführt werden, verlängere die Lebenserwartung Studien zufolge um drei Jahre, berichtet Helmut Gohlke vom Vorstand der Deutschen Herzstiftung. „Der Effekt des Aufhörens ist größer als der des Eingriffs.“

Da [Nikotin](#) ein sehr starker Suchtstoff ist, fällt das Aufhören langjährigen Rauchern sehr schwer. Ein Entzug sei mit Reizbarkeit, Schweißausbrüchen und schlechtem Schlaf verbunden - Symptome, die aber nach ein bis zwei Wochen überstanden seien, bekräftigt Mons. Noch mehr Probleme macht die psychische Abhängigkeit. Das Rauchen sei mit bestimmten Alltagssituationen verbunden wie die Zigarette zum Kaffee oder beim Warten auf den Bus, so dass man immer wieder in Verführung gerate. Äpfel oder Kaugummis als Ersatz könnten da helfen. Mons rät zu [Entwöhnungskursen](#). Deren Anbieter und die Hausärzte müssten sich aber besser verzahnen.

Der Verzicht auf den Glimmstängel wird nach Überzeugung von Mons den Rauchern hierzulande nicht leicht gemacht. „Deutschland ist das einzige Land in der EU, in dem noch Kino- und Außenwerbung sowie die Abgabe von Zigaretten bei Events erlaubt sind.“ Als Grund vermutet Mons die Macht der Tabaklobby. Zwar wird in Deutschland kaum Tabak angebaut, doch ist es einer der größten Tabakimporteure und größten Zigarettenexporteure, wie Mons sagt. Zudem gebe es in Deutschland denn größten Maschinenbauer für die Zigarettenfertigung. Der Kardiologe Gohlke pflichtet der DKFZ-Expertin bei. Im Bundestag und im Gesundheitsministerium sei das Engagement gegen Rauchen praktisch nicht vorhanden.

Der erfolgversprechendste Weg, um das Qualmen zu reduzieren oder zu unterbinden, führt nach Überzeugung Mons' über den Geldbeutel. Die Abgabe für den Konsumenten müssten nach homöopathischen Dosen seit der Tabaksteuererhöhung 2005 schmerzhafter werden. Damals habe sich die Raucherzahl stark verringert und junge Menschen seien gar nicht erst auf Ideen gekommen. Mons plädiert für eine weitere deutliche Erhöhung: „Eine Steuererhöhung von zehn Prozent bringt einen Konsumrückgang um fünf Prozent.“

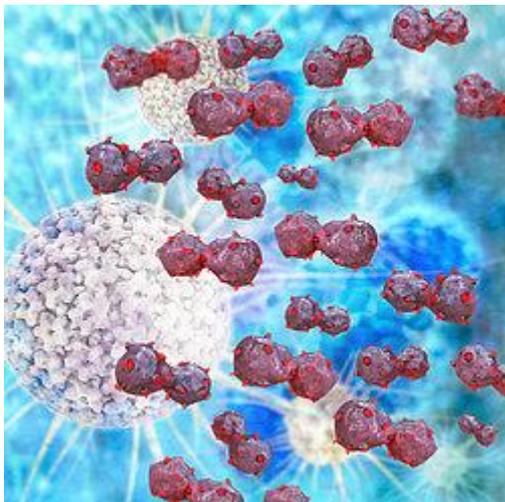
Leider habe der frühere Bundeskanzler und Kettenraucher Helmut Schmidt die Erkenntnisse über die [Gesundheitsschäden infolge des Rauchens](#) stets in den Wind geschlagen, kritisiert Loddenkemper, Ex-Präsident der Deutschen Gesellschaft für [Pneumologie](#) und Beatmungsmedizin (DGP). Seine öffentlichen Auftritte mit der Zigarette in der Hand seien kontraproduktiv

gewesen. „Ich will nicht wissen, wie viele ältere Menschen er vom Aufhören abgehalten hat.“ Schmidt starb 2015 im Alter von 96 Jahren - an den Folgen von Durchblutungsstörungen die umgangssprachlich auch als [Raucherbein](#) bekannt sind.

Quelle: dpa vom 10.9.19

## Blutgerinnung beeinflusst offenbar auch die Entstehung von Lungenkrebs

Eine gesteigerte Gerinnungsaktivität fördert nicht nur einen bereits bestehenden [Lungenkrebs](#), sondern könnte auch an dessen Entstehung beteiligt sein. Das berichten Forscher des Deutschen Krebsforschungszentrums.



Eine erhöhte Blutgerinnungsneigung begünstigt das Fortschreiten und die Bildung von Tochtergeschwülsten (Metastasierung) von [Lungenkrebs](#). Ob die Blutgerinnung darüber hinaus auch die Entstehung der [Tumoren](#) fördert, war bislang unbekannt. Forscher vom Deutschen Krebsforschungszentrum sind nun erstmals einer möglichen Rolle der Blutgerinnung bei der Entwicklung von Lungenkrebs auf der Spur.

Die Wissenschaftler untersuchten in der prospektiven [EPIC-Heidelberg-Studie](#), ob prädiagnostische Marker der Blutgerinnung herangezogen werden könnten, um das [Lungenkrebsrisiko](#) vorherzusagen (siehe [American Association of Cancer Research, Online-Vorabveröffentlichung am 23.4.2019](#)). Dazu bestimmten sie die Menge verschiedener an der Blutgerinnung beteiligter Faktoren, wie z. B. Fibrinogen, lösliche Glykoproteine, lösliches P-Selektin und andere. Diese charakteristischen Eiweiße der Blutgerinnung wurden in Ausgangsblutproben von 2.480 EPIC-Teilnehmern ermittelt. Mit diesen Ausgangswerten wurden dann die Gerinnungsfaktor-Konzentrationen von 190 EPIC-Teilnehmern verglichen, die im Laufe der Nachbeobachtungszeit der EPIC-Studie an Lungenkrebs erkrankt waren.

„Sowohl eine höhere Blutkonzentration von Fibrinogen als auch von löslichem P-Selektin weit vor dem Auftreten der Erkrankung waren in unserer Arbeit signifikant mit einem höheren Lungenkrebsrisiko verknüpft“, beschreibt Erstautorin Mirja Grafetstätter das Hauptergebnis der Studie. „Dies ist der erste Hinweis darauf, dass eine gesteigerte Gerinnungsaktivität nicht nur einen

bereits bestehenden Lungenkrebs fördert, sondern an dessen Entstehung beteiligt sein könnte. Ein ursächlicher Zusammenhang muss jedoch in weiteren Studien noch getestet werden.“

„Mit der aktuellen Arbeit stützten wir erstmals mit einer prospektiven Studie die Hypothese, dass eine gesteigerte Blutgerinnungsneigung die Entstehung von Lungenkrebs fördern könnte“, sagt Studienleiter Tilman Kühn. Der deutlichste Zusammenhang zwischen Krebsrisiko und Blutgerinnung besteht demnach für zwei Proteine der Blutgerinnungskaskade, das Fibrinogen und das lösliche P-Selektin. Ob die Konzentrationen beider Eiweiße zukünftig möglicherweise als prädiagnostischer Marker für das individuelle Lungenkrebsrisiko herangezogen werden können, kann allerdings erst nach Überprüfung der aktuellen Ergebnisse in unabhängigen Studien entschieden werden.

Fibrinogen ist ein Gerinnungsfaktor, der die Aktivierung der Blutplättchen und ihre anschließende Verklumpung auslöst. P-Selektin ist ein wichtiges Oberflächenmolekül der Endothelzellen und aktivierten Blutplättchen, das unter anderem die Interaktion zwischen Plättchen und Tumorzellen ermöglicht und eine besondere Rolle bei der Metastasierung spielt.

Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)

**Links:**

© fotolixrender\_Fotolia.com

## COPD und Depressionen: Besseres Krankheitsmanagement durch spezielle Programme

**Original Titel:**

Two Interventions for Patients with Major Depression and Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Impact on Dyspnea-Related Disability.

**DGP – Spezielle Programme können Menschen mit COPD und Depressionen helfen, ihre Erkrankungen besser zu managen. Zukünftig könnten sie Teil der Versorgung dieser Patienten in Rehasentren sein.**

Bei Menschen mit COPD sind Depressionen eine häufige Begleiterkrankung. Diese sollten entsprechend behandelt werden. Denn die Patienten leiden nicht nur zusätzlich zur COPD an den Symptomen der Depression, auch die COPD kann sich durch die psychische Erkrankung weiter verschlechtern. Menschen, die gleichzeitig von COPD und Depressionen betroffen sind, kann es sehr schwer fallen, ihre Medikamente regelmäßig einzunehmen. Dadurch verschlechtert sich der Gesundheitszustand und

auch die Depressionen können sich durch Ängste, Sorgen und Bewegungsmangel wiederum verschlechtern.

### **Spezielle Programme sollen helfen, den Teufelskreis zu vermeiden**

Mediziner arbeiten daher an gezielten Programmen, um diesen Menschen zu helfen. Amerikanische Wissenschaftler haben zwei dieser Programme verglichen, um zu ermitteln, welches Menschen mit schwerer COPD und Depressionen besser hilft. Das eine Programm nennt sich kurz PID-C, was für *personalisierte Intervention für depressive Patienten mit COPD* steht. Dabei handelt es sich um eine Maßnahme, mit der Patienten darin unterstützt werden sollen, ihre Reha und Versorgung, also Medikamenteneinnahme, Messungen der Atemwegsverengung, Sport, Arztbesuche etc. einzuhalten. Das andere Programm nennt sich kurz PSA (von engl. *Problem-solving Adherence intervention*), hierbei sollen Techniken zur Problemlösung mit Vorgehensweisen, die die Therapietreue verbessern sollen, kombiniert werden. Die Wissenschaftler untersuchten, ob PSA besser geeignet war, Einschränkungen durch Atemnot zu vermindern als PID-C.

### **Hilft PSA besser als PID-C?**

Die Untersuchung wurde in einem stationären Rehaszentrum durchgeführt, in dem Patienten mit einer akuten Verschlechterung betreut wurden. Von 633 Patienten, die in das Rehaszentrum überwiesen wurden, nahmen 101 Menschen mit COPD und Depressionen an der Untersuchung teil. Die Teilnehmer erhielten 14 Stunden PID-C oder PSA über 26 Wochen verteilt. Ihre Lungenfunktion und Atemnot wurden mit einem medizinischen Fragebogen erfasst.

### **Verbesserung oder Stabilisierung bei beiden Programmen**

Die Forscher kommen in ihrer Auswertung zu dem Schluss, dass beide Programme den Patienten helfen. Es zeige sich, dass durch die Maßnahmen bei 39 % der Patienten eine Verbesserung der Einschränkungen durch Atemnot erzielt wurden, bei allen anderen Teilnehmern trat zumindest keine Verschlechterung auf. Das bedeutet, dass beide Programme den Patienten dabei halfen, ihre medizinische Versorgung zumindest soweit wahrzunehmen, dass sich die Beeinträchtigung durch Atemnot durch die COPD nicht vergrößerte. Das ist eine wünschenswerte Richtung der Entwicklung bei COPD-Patienten mit Depressionen. Bei Teilnehmern, bei denen sich eine Verbesserung einstellte, beobachteten die Wissenschaftler, dass ihre Erkrankung schwerer war und sie vor den Maßnahmen seltener das Gefühl hatten, Kontrolle über ihre Erkrankung zu haben.

### **Spezielle Programme als Teil der Rehabilitation**

Obwohl beide Programme gleichermaßen wirksam waren, sehen die Wissenschaftler bei dem Ansatz von PID-C den Vorteil, dass das Programm gut zu den Kenntnissen

der Experten in entsprechenden Rehazentren passt. Nach weiteren Tests könne es in die Versorgung von depressiven COPD-Patienten integriert werden, sind sich die amerikanischen Forscher sicher.

© Alle Rechte: [DeutschesGesundheitsPortal.de](http://DeutschesGesundheitsPortal.de)

## Aktualisierte Leitlinie zur nichtinvasiven Beatmung bei COPD

19. Sep 2019

**Menschen mit einer fortgeschrittenen chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) erhalten oft eine Sauerstofftherapie, um den Sauerstoffmangel im Blut auszugleichen. Darüber hinaus können sie aber auch von einer längerfristigen, häuslich durchgeführten, nicht-invasiven Beatmungstherapie (NIV) profitieren. Zur NIV hat die Europäische Atemwegsgesellschaft (European Respiratory Society, ERS) jetzt eine aktualisierte Leitlinie veröffentlicht.**



Die Wirksamkeit der nicht-invasiven Beatmung (NIV) für die akute Behandlung von Patienten mit schwerer COPD wurde in den letzten Jahren mit zunehmender Sicherheit belegt. Für den langfristigen Einsatz der NIV im häuslichen Umfeld war die Wirksamkeit noch nicht so deutlich belegt. Die Europäische Atemwegsgesellschaft ERS hat nun eine aktualisierte evidenzbasierte Leitlinie für die langfristige Heim-NIV insbesondere bei hyperkapnischen COPD-

Bild: ©blauviolette / Fotolia.com

Patienten, also Patienten mit erhöhtem Kohlendioxid-Gehalt im Blut, herausgegeben. Die Leitlinie wurde in der Fachzeitschrift `European Respiratory Journal` veröffentlicht.

Die Autoren geben Empfehlungen für verschiedene Punkte, darunter:

- Langzeit-NIV zu Hause bei COPD-Patienten mit erhöhtem Kohlendioxid-Gehalt im Blut
- Langzeit-NIV zu Hause bei COPD-Patienten nach einer COPD-Exazerbation
- NIV-Einstellungen, die auf eine Reduzierung des Kohlendioxidgehalts im Blut abzielen

# Begleiterkrankungen, Alter und Einhalten der Behandlung beeinflussen Wirksamkeit der NIV

In der Leitlinie werden auch Schlüsselfaktoren diskutiert, die sich auf die Wirksamkeit der langfristigen Heim-NIV auswirken können: So können das Alter der COPD-Patienten, die Therapietreue und das Vorhandensein von Komorbiditäten eine Rolle spielen, aber auch gerätebezogene Faktoren und Therapien, die zusätzlich zur NIV eingesetzt werden.

Die Autoren der Leitlinie kommen zu dem Schluss, dass es ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit sein kann, mit einer NIV den Kohlendioxidgehalt bei COPD-Patienten zu reduzieren. Sie empfehlen Ärzten, die routinemäßig COPD-Patienten mit erhöhtem Kohlendioxid-Gehalt betreuen, die Empfehlungen in ihrem klinischen Praxisalltag anzuwenden. Zudem erklären sie, dass Fortschritte auf dem Gebiet der langfristigen Heim-NIV in Zukunft eine Neubewertung der Empfehlungen erforderlich machen werden.

## Quelle:

Ergan, B. et al.: [European Respiratory Society Guideline on Long-term Home Non-Invasive Ventilation for Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease](#). – In: European Respiratory Journal 2019; DOI: 10.1183/13993003.01003-2019

European Respiratory Society: 2019 [ERS guidelines on long-term home NIV for management of COPD available](#). – online 30.08.2019

## Schlechter Schlaf bei interstitiellen Lungenkrankheiten

**Viele Menschen mit interstitiellen Lungenerkrankungen (ILD) schlafen schlechter als andere Menschen. Oft ist eine schlechte Schlafqualität mit Depressionen und Angstzuständen verbunden, so das Ergebnis einer Studie, die im European Respiratory Journal veröffentlicht wurde.**



Menschen mit interstitiellen Lungenkrankheiten schlafen laut einer Studie schlechter

Die Forschenden analysierten für die Studie die Schlafqualität von über 100 Patienten mit [interstitiellen Lungenkrankheiten](#). Hierfür nutzten sie den Pittsburgh Schlafqualitätsindex (PSQI), einen international anerkannten Fragebogen zur Schlafqualität. Des Weiteren untersuchten sie, welche Faktoren die Schlafqualität

. © Rido - Fotolia.com

beeinflussen und wie sich schlechter Schlaf auf das allgemeine Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten auswirkt.

Ihr Ergebnis: Schlechte Schlafqualität ist bei Menschen mit ILD üblich. 67 von 101 Befragten - also etwa zwei Drittel - gaben an, schlecht zu schlafen. Sie brauchten länger um einzuschlafen, wachten nachts oft auf und schliefen generell kürzer als Personen mit guter Schlafqualität. Die Analyse ergab außerdem, dass Betroffene mit schlechtem Schlaf eher Anzeichen von Depressionen und Angstzuständen zeigen und nach eigener Aussage tagsüber oft schläfrig sind. Andere Faktoren wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Body-Mass-Index oder [Lungenfunktionswerte](#) beeinflussen die Qualität des Schlafs nicht unterschiedlich.

Auf Grundlage ihrer Ergebnisse sprechen sich die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler dafür aus, dass Ärzte routinemäßig die Schlafqualität ihrer ILD-Patientinnen und Patienten beurteilen sollten. Bei jenen mit schlechtem Schlaf könnten geeignete Maßnahmen zum Beispiel zur Behandlung von Depressionen nicht nur die Schlafqualität, sondern letztlich auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbessern. Um herauszufinden, was genau die Ursachen für schlechten Schlaf bei Menschen mit interstitiellen Lungenkrankheiten sind, und welche Behandlungen hilfreich sein könnten, müssen aber weitere Studien mit mehr Teilnehmenden folgen.

## Was sind interstitielle Lungenkrankheiten?

Interstitielle Lungenerkrankungen, kurz ILD, werden mitunter auch als parenchymatöse Lungenerkrankungen bezeichnet und umfassen eine ganze Reihe verschiedener Krankheitsbilder der Lunge. Bei allen „vernarbt“ die Lunge durch krankhafte Gewebsveränderungen. Durch diese, auch als „Fibrose“ bezeichnete Vernarbung, wird die [Atmung](#) deutlich erschwert.

### Quellen:

Cho, J.-G. et al.: The prevalence of poor sleep quality and its associated factors in patients with interstitial lung disease: a cross-sectional analysis. In: European Respiratory Journal Open Research, 2019 DOI: 10.1183/23120541.00062-2019

European Lung Foundation: Poor sleep Quality is common in people with interstitial lung disease. Meldung vom 5.8.2019

**Mein Arzt hat mir Seeluft verschrieben  
Nach einem Blick in meine Briefftasche  
Hab ich einen Hering vor den  
Ventilator gehängt.**

# Mehrheit der Deutschen für bessere Hilfe beim Rauchstopp

16. Sep 2019

**Aktuelle Ergebnisse aus der „Deutschen Befragung zum Rauchverhalten“ (DEBRA Studie) zeigen, dass viele Menschen in Deutschland Maßnahmen gegen die Nikotinsucht befürworten. Die Mehrheit der Befragten wünscht sich eine Kostenübernahme für nachweislich wirksame Therapien. Bisher müssen Raucherinnen und Raucher die Kosten für diese Angebote meist selbst tragen.**



Viele Deutsche befürworten Maßnahmen gegen die Nikotinsucht. © Knut Wiarda - Fotolia.de

Die DEBRA-Studie ist eine der umfangreichsten Untersuchungen rund um das Thema Rauchen in Deutschland. Von insgesamt 2.080 Befragten sprachen sich 50 bis 68 Prozent für verschiedene standardisierte Behandlungsangebote aus, die Menschen beim [Rauchstopp](#) unterstützen. Damit ist die allgemeine Akzeptanz für solche Angebote in der deutschen Bevölkerung hoch. Mehr als jeder Zweite unterstützt zudem den Vorschlag, dass alle Raucherinnen und Raucher wirksame Therapien zur [Tabakentwöhnung](#) und die Betreuung durch geschultes Gesundheitspersonal kostenlos erhalten. Diese Einstellung haben sowohl Raucher als auch Nicht- und Ex-Raucher.

## Raucherentwöhnung in Deutschland

Noch immer raucht in Deutschland etwa eine von drei Personen Tabak (28 Prozent) – ein relativ hoher Wert, im Vergleich zu anderen Ländern wie Großbritannien (17 Prozent), den Niederlanden (19 Prozent) oder Schweden (7 Prozent). Gleichzeitig ist das Tabak-Rauchen in Deutschland mit Abstand der wichtigste gesundheitliche Risikofaktor. Erst im Juli wies die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrem Welt-Tabak-Bericht drauf hin, dass es in Deutschland Nachholbedarf bei der Tabakentwöhnung gäbe.

Anhaltende Raucherentwöhnung gelingt nur dann optimal, wenn nachweislich wirksame Methoden eingesetzt werden, wie Nikotinersatz oder ärztliche Beratung. Momentan erhalten in Deutschland jedoch nur vier Prozent der Raucherinnen und Raucher eine ärztliche Kurzberatung zur Tabakentwöhnung und ein Therapieangebot. Grund hierfür ist auch, dass die medikamentöse Unterstützung beim Rauchstopp bisher gesetzlich von der Erstattung ausgenommen ist. Laut Gesetz zählen diese Medikamente zu den ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, bei deren Anwendung nur die Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund stehe. So versuchen über 80 Prozent der rauchenden Deutschen immer noch auf eigene Faust, allein oder mit Hilfe nachweislich wirksamer Behandlungen aufzuhören – und das häufig vergeblich.

**„Kosten für Raucherentwöhnung sollten übernommen werden“**

Nach Ansicht der Studien-Autoren zeigen die Daten der DEBRA-Studie, dass die gesetzlichen Vorgaben aus suchtmmedizinischer Sicht unbedingt abgeschafft werden sollten. Mangelnde Akzeptanz gegenüber Behandlungsangeboten - auch unter Raucherinnen und Rauchern - stelle ihrer Meinung nach kein Hindernis für den Einsatz bewiesener wirksamer Maßnahmen zur Tabakentwöhnung dar. Mit Hilfe standardisierter Behandlungsangebote könnte Deutschland den gesundheitlichen Risikofaktor Tabakrauchen mit all seinen Folgekosten effektiver verringern, betonen sie. Andere europäische Länder hätten dies bereits geschafft.

#### Quellen:

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf: Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland für bessere Unterstützung bei der Tabakentwöhnung. Pressemeldung vom 28.8.2019

Kastaun, S. et al.: Public attitudes towards healthcare policies promoting tobacco cessation in Germany: results from the representative German study on tobacco use (DEBRA study). In: BMJ Open, online publiziert am 27.8.2019 doi: 10.1136/bmjopen-2018-026245

## Was kann helfen, mit einer COPD umzugehen?



(Jupiterimages / Photos.com)

**Eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist für viele Menschen über Jahre hinweg nur mit kleinen Einschränkungen des Lebens verbunden. Mit der Zeit nehmen die Beschwerden aber zu. Es gibt verschiedene Wege, die es erleichtern können, so lange wie möglich ein normales Alltagsleben aufrechtzuerhalten.**

Wie sich eine COPD auf die Lebensqualität auswirkt, hängt sehr vom Stadium der Krankheit ab. Manche Menschen kommen lange Zeit recht gut mit ihrer Erkrankung zurecht und wissen, wie sie sich bei akuten Verschlechterungen helfen können. Andere erleben sie als Belastung, die ihre Lebensqualität stark einschränkt. Sie sind auf die Hilfe anderer angewiesen. Viele erleben die Erkrankung als ständiges Auf und Ab und Wechsel von guten und schlechten Tagen.

Im Alltag erfordert die Krankheit, seine Aktivitäten stets an die aktuelle Leistungsfähigkeit anzupassen. Deshalb ist es wichtig, den eigenen Körper zu kennen, die Erkrankung zu verstehen und auf Beschwerden angemessen zu reagieren. So kann es gelingen, mit den Beschwerden besser umzugehen und Problemen vorzubeugen.

## Frühes Krankheitsstadium

Im Anfangsstadium einer COPD ist bis auf kleinere Einschränkungen oft noch ein normaler Alltag möglich. Zunächst treten meist nur bei stärkeren Belastungen Atemprobleme auf. Viele Erkrankte vermeiden dann Aktivitäten, die sie in Atemnot bringen könnten, und passen Aufgaben im Beruf oder Haushalt sowie ihre Hobbys an.

Viele Menschen mit COPD suchen erst ärztliche Hilfe, wenn sie eine akute Atemnot erlebt haben. Akute Atemnot kann Angst bis hin zur Panik auslösen, vor allem wenn man noch wenig über die Erkrankung weiß. Mit der Zeit sammeln Betroffene Erfahrungen mit möglichen Atemnot-Auslösern und damit, wie ihr Körper reagiert. Sie passen nach und nach ihr Verhalten und ihr Alltagsleben an. Viele Menschen können lange aktiv bleiben, auch wenn manche Tätigkeiten vielleicht länger dauern und mehr Planung erfordern als vor der Erkrankung.

---

## Wenn die Krankheit voranschreitet

Wenn sich die COPD verstärkt, kann die Atemnot zu einem ständigen Begleiter werden. Mit fortschreitender Erkrankung fällt es immer schwerer, den Alltag selbstständig zu bewältigen. Einkaufen gehen, Schuhe zubinden oder Haare waschen können anstrengend werden. Auch das Essen kann schwerfallen, wenn man ohnehin schon kurzatmig ist und während des Schluckens den Atem anhalten muss. Zudem baut sich aufgrund des Bewegungsmangels Muskulatur ab. Aus all diesen Gründen kann es passieren, dass Menschen mit schwerer COPD stark abnehmen. Eine Unterernährung kann wiederum die Beschwerden verstärken. Deshalb ist es sinnvoll, bei beginnendem Gewichtsverlust besonders auf die Ernährung zu achten. Eine Ernährungsberatung kann dann hilfreich sein.

Es kommt vor, dass sich Menschen mit schwerer COPD schlecht konzentrieren können oder auch vergesslich werden. Dies kann auch an anderen Erkrankungen liegen. Viele Betroffene können zum Beispiel nachts nicht gut schlafen und sind häufig erschöpft und müde.

Um alltägliche Aufgaben erledigen zu können, wird eine genauere Planung nötig, spontane Entscheidungen werden schwieriger. Andererseits ist auch langfristiges Planen erschwert, da die Gestaltung des Tages oft von der „Tagesform“ abhängt.

Menschen mit COPD benötigen nicht nur dauerhaft bestimmte Medikamente und später auch Sauerstoff. Viele von ihnen sind irgendwann auf regelmäßige Hilfe angewiesen. Eine umfassende Betreuung bedeutet zudem, dass Privatsphäre und Intimität verlorengehen können. Das zu akzeptieren, fällt zunächst meist schwer. Auch das Selbstwertgefühl leidet häufig darunter.

---

## Bewältigungsstrategien

Es gibt unterschiedliche Strategien und Möglichkeiten, eine COPD zu bewältigen. Manchen Menschen hilft es, ihren Lebensstil und Tagesablauf ganz bewusst an die Bedürfnisse ihres Körpers anzupassen. Sie planen ihre Aktivitäten genauer und wissen zugleich, dass sie ihre Pläne umwerfen müssen, falls die Beschwerden plötzlich stärker werden.

Viele lernen mit der Zeit, ihre Kraft zu dosieren. Sie gehen ihre Aufgaben langsamer oder im Sitzen an, um Energie zu sparen. Manche konzentrieren sich sehr bewusst auf die Dinge, die ihnen besonders wichtig sind. Wer bisher in der Freizeit eher körperlich aktiv war, kann

weniger anstrengende Aktivitäten wählen. Einige Menschen wenden Atem- und Entspannungstechniken an und gönnen sich regelmäßige Ruhezeiten. Statt Familie und Freunde regelmäßig zu besuchen, greifen sie häufiger auf Telefon oder Internet zurück.

Angepasst an die körperliche Belastbarkeit, kann der Behandlungsplan neben Medikamenten auch regelmäßige Bewegungsübungen oder leichten Sport beinhalten. An vielen Orten gibt es Lungensportgruppen, die Bewegung speziell für Menschen mit COPD anbieten.

---

## Notfallplan

Notfallpläne listen typische Symptome auf und beschreiben unter anderem, wann es günstig ist, die Einnahme oder Dosierung von Medikamenten zu verändern, ärztliche Hilfe zu suchen oder ins Krankenhaus zu gehen.

Manchen Betroffenen hilft es, wenn sie und ihre Angehörigen solch einen Notfallplan griffbereit haben, der erklärt, was bei akuter Atemnot zu tun ist. Der Plan wird am besten mit einer Ärztin oder einem Arzt abgesprochen.

Oft kündigt sich ein akuter Atemnot-Anfall durch zunehmende Beschwerden an. Ein Notfallplan kann dabei helfen, einen bevorstehenden Anfall rechtzeitig zu erkennen und richtig zu reagieren. Zum Beispiel können bestimmte Atemtechniken und Körperhaltungen wie die Lippenbremse oder der Kutschersitz angewendet werden, um einer Panik vorzubeugen und das Atmen zu erleichtern.

---

## Offen mit der Krankheit umgehen

Häufig gewinnen Menschen mit COPD Kraft und Lebenswillen durch die Familie, Freunde oder den Austausch mit anderen Betroffenen. Ihre Würde zu bewahren, obwohl sie von der Hilfe anderer abhängig sind, ist ihnen wichtig. Dazu gehört, die Krankheit soweit es geht selbst zu bewältigen, Privatsphäre zu bewahren und den eigenen Interessen nachgehen zu können.

Manche Menschen möchten zunächst nur so wenig wie möglich über die Erkrankung sprechen und versuchen, ihre Beschwerden zu verbergen. Für Familie, Freunde und Arbeitskollegen ist es dann schwer, die Belastung der Erkrankung zu erkennen und zu verstehen.

Zum Umgang mit der Krankheit gehört auch, irgendwann über die Zukunft zu sprechen – sei es mit einer Ärztin oder einem Arzt, oder mit Angehörigen, Freunden und Bekannten. Das bedeutet bei einer COPD auch die Auseinandersetzung mit dem Lebensende, denn die Krankheit geht mit einer verminderten Lebenserwartung einher. Es gibt die Möglichkeit, eigene Vorstellungen über eine Behandlung in einer Patientenverfügung schriftlich festzulegen. Eine Ärztin oder ein Arzt kann dazu beraten. Hilfreiche Informationen zur Patientenverfügung finden sich auf der Themenseite des Bundesministeriums der Justiz, außerdem Links zu Formularvorlagen und Broschüren zum kostenlosen Download.

## Familie, Partner und Freunde

Eine schwere Erkrankung wie die COPD beeinflusst auch das Verhältnis zu Familie, Freunden und Bekannten. Sie erleben mit, wie sich der Alltag eines erkrankten Menschen verändert. Viele versuchen, zu helfen und zu unterstützen, wo sie können. Die meisten Erkrankten haben das Gefühl, dass sie bei ihren Angehörigen und Freunden auf Verständnis stoßen und schätzen ihre Unterstützung. Doch auch nahestehende Personen wissen anfangs meist nur sehr wenig über die Erkrankung. Umso wichtiger sind gute Informationen.

Für gesunde Menschen kann es schwierig sein, sich vorzustellen, wie es ist, wegen der Atemnot jede Tätigkeit planen und dem Erkrankungszustand anpassen zu müssen. Es ist deshalb kein Wunder, wenn auf beiden Seiten gelegentlich Frustration und Spannungen entstehen können, die die Beziehung belasten.

Wenn ein Familienmitglied, die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner die Betreuung und Pflege übernimmt, verändert sich auch das Leben der betreuenden Person: Sie übernimmt mehr Aufgaben als bisher, auch neue und ungewohnte. Am Anfang sind es vielleicht nur kleinere Hilfeleistungen. Später, wenn die Atembeschwerden zunehmen, kann die Pflege jedoch immer mehr in den Mittelpunkt des Lebens rücken.

Diese Veränderungen wirken sich auch auf die Paarbeziehung aus. Partnerinnen oder Partner fühlen sich zeitweise mehr als Betreuende. Aufgrund der eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit des Erkrankten verändert sich meist auch die sexuelle Beziehung. Manche Paare finden jedoch neue Wege der körperlichen Liebe. Zudem kann die chronische Erkrankung eines Partners die Beziehung zueinander auch vertiefen und verfestigen.

---

### Bei intensiver Pflege ist fachliche Hilfe nötig

Die Betreuung eines Menschen mit schwerer COPD kann zeitintensiv und körperlich wie emotional anstrengend sein. Manche Angehörige fühlen sich dadurch sehr belastet oder ihrerseits nicht ausreichend unterstützt. Deshalb ist es wichtig, zum Beispiel Pflege- und Betreuungsangebote durch Fachkräfte zu nutzen und sich selbst regelmäßig Erholungsphasen zu gönnen.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Entlastung, wie zum Beispiel die Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege, die für bis zu sechs beziehungsweise acht Wochen im Jahr in Anspruch genommen werden kann. Mehr Informationen zu Pflegeleistungen finden sich auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit.

Zudem gibt es verschiedene Selbsthilfe- und Angehörigengruppen sowie Beratungsstellen. Der Austausch mit anderen Betroffenen ist für viele Menschen eine wichtige Hilfe. Sie erfahren dort oft viel Verständnis und Unterstützung – mehr, als von Menschen in einer ganz anderen Lebenssituation erwartet werden kann.

---

## Ambulante Palliativversorgung und ambulante Hospizdienste

Wenn man seine letzte Lebensphase zu Hause verbringen möchte, können ambulante Dienste die medizinische Begleitung übernehmen. Es ist aber wichtig, vorher mit den Angehörigen zu klären, ob dies für sie möglich und für alle Beteiligten vorstellbar ist. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) bietet eine besonders intensive Form der medizinischen Palliativversorgung und -pflege. Ihr Ziel ist, die Lebensqualität und Selbstbestimmung von Menschen am Lebensende zu erhalten und zu fördern und es zu ermöglichen, den letzten Lebensabschnitt zu Hause zu verbringen. Dies entspricht dem Wunsch vieler Menschen. Sogenannte Palliative-Care-Teams bestehen aus ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Fachkräften. Die SAPV ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und muss von einer Ärztin oder einem Arzt verordnet werden. Sie kann für die Betreuung zu Hause und auch im Hospiz beansprucht und oft schon im Krankenhaus vermittelt werden.

---

## Betreuung in der Klinik oder im Hospiz

Nicht immer ist eine Versorgung und Pflege zu Hause möglich, und nicht jeder Mensch möchte von seinen Angehörigen gepflegt werden. Mancher zieht es vor, die körperliche Pflege professionellen Kräften zu überlassen, und fühlt sich in einer Einrichtung mit Rund-um-die-Uhr-Betreuung besser aufgehoben. Auch für Angehörige kann das eine große Entlastung sein. Durch diese Entlastung kann wiederum mehr Raum für intensive Begegnungen und Gespräche in der letzten Lebensphase entstehen.

Eine stationäre Betreuung ist in der Klinik (Palliativstation), in einem Hospiz oder Pflegeheim möglich. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, der Kliniksozialdienst und auch die Krankenversicherung sowie die Pflegeversicherung helfen bei der Auswahl einer geeigneten Einrichtung und bei der Klärung der Kostenübernahme.

Palliativstationen sind Spezialabteilungen von Kliniken, in der unheilbar Erkrankte mit starken Beschwerden über einige Tage bis Wochen intensiv betreut werden.

Die Therapie soll die Symptome der Erkrankung begrenzen und Beschwerden lindern – meist mit dem Ziel der Entlassung nach Hause oder in ein Hospiz. Im Gegensatz zu Intensivstationen stehen auf Palliativstationen nicht medizinische Technik, sondern Pflege und Zuwendung im Mittelpunkt.

Ein Hospiz ist keine Klinik, sondern eine Einrichtung, in der Menschen in ihrer letzten Lebensphase von einem Team aus unter anderem ärztlichen, psychologischen und Pflegefachkräften versorgt und begleitet werden. In der Regel arbeiten Hospize mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zusammen.

Auch in Hospizen kommt nur sehr wenig Technik zum Einsatz und keine Maßnahmen, die das Leben um jeden Preis verlängern. Die Therapie konzentriert sich auf eine ausreichende Behandlung von Luftnot und anderen Beschwerden. Es wird viel Wert auf Zuwendung und Anteil nehmende Begleitung gelegt. Da Hospize oft eine Warteliste haben, ist es sinnvoll, sich frühzeitig anzumelden.

Gesundheitsinformationsdienst

## Erfahrungsberichte:

Ich habe Kontakt zu Menschen, die auch diese Erkrankung haben



(PantherMedia / Phovoi R.) Katharina, 65 Jahre

**„Zu diesem Zeitpunkt konnte ich es nicht erfassen. Ich habe gedacht, wenn ich aufhöre zu rauchen und gut trainiere, dann geht es wieder weg.“**

Vor mehr als 15 Jahren hat mich ein Arzt das erste Mal auf ein Lungenemphysem aufmerksam gemacht. Ich wusste damals gar nichts damit anzufangen. Er meinte nur, dass ich damit uralt werden könnte und ob ich rauche oder nicht, würde keine Rolle spielen. Das habe ich damals sehr gerne gehört und habe mich nicht mehr darum gekümmert. Ich war immer sportlich sehr aktiv und hatte bis dahin keine gesundheitlichen Beschwerden. Die Entwicklung dieser Krankheit ging ganz langsam und schrittweise. Ich habe das gar nicht so richtig bemerkt.

Bis zum Jahr 1999. Ich bin morgens bei feuchtem und kaltem Wetter Fahrrad gefahren und musste zwischendurch absteigen, weil ich keine Luft mehr bekam. Zuerst habe ich gedacht, dass ich erkältet bin. Das ging aber nicht weg, sondern wurde immer schlimmer. Dann kam ich nach dem Radfahren die Treppen nicht mehr hoch. Wenn ich es dann geschafft hatte, war ich völlig ausgepumpt und vollkommen fertig. Dann bin ich zum Arzt gegangen. Er hat die Lungenfunktion gemessen und gemeint, dass das wohl Asthma sein wird und mich zu einer Kur geschickt. Die Ärzte haben dort jedoch ein Lungenemphysem und COPD bei mir festgestellt. Sie haben mich darüber aufgeklärt, was ein Lungenemphysem und eine COPD sind und mir deutlich gesagt, dass das nicht mehr rückgängig zu machen ist und immer weiter fortschreitet.

**Was COPD bedeutet, war mir lange nicht klar**

Zu diesem Zeitpunkt konnte ich es nicht erfassen. Ich habe gedacht, wenn ich aufhöre zu rauchen und gut trainiere, dann geht es wieder weg. Ich konnte es nicht verstehen. Ich bekam dort Medikamente, auch inhalatives Kortison. Damit habe ich mich wieder besser gefühlt.

So richtig aufgeklärt wurde ich aber erst bei einer Selbsthilfegruppe im Internet. Da ist mir erst bewusst geworden, was ich eigentlich habe.

Mein persönliches Leben hat sich durch die COPD sehr verändert. Jetzt bin ich sauerstoffabhängig. Für immer, wie man so sagt. Ich hänge mit meiner Krankheit an der Leine und daran wird sich nichts mehr ändern. Mein Sauerstoffmann kommt einmal in der Woche zum Auffüllen des Sauerstoffvorrates. Mit dem tragbaren Sauerstoffgerät kann ich

mich vier Stunden außerhalb des Hauses bewegen. Dann muss ich es wieder auffüllen. Ich habe ein größeres Gerät in der Wohnung. Für diesen Sommer habe ich einen Tank für mein Auto gemietet. Damit kann ich dann ein wenig länger unterwegs sein.

## Sauerstoff brauche ich vor allem bei Belastungen

Gestern war ja so schönes Wetter. Da bin ich raus und lange in der Stadt gewesen, bis der Tank leer war. Als der Tank dann leer war, habe ich doch ein wenig Angst bekommen. Sauerstoff brauche ich vor allem bei Belastungen, und Gehen ist die größte Belastung für mich. Radfahren kann unter Umständen für mich sogar weniger belastend sein.

Mit dem Pulsoximeter kann ich die Sauerstoffsättigung im Blut messen. Wenn sie zu niedrig ist, dann merke ich das. Ich habe keine Kraft und fange an, nach Luft zu japsen und zu keuchen. Ich merke dann auch, dass ich nicht mehr so gut denken kann und auch die Schließmuskeln funktionieren nicht mehr so gut. Ich hab dann das Gefühl, dass ich meine Körperfunktionen nicht mehr richtig beherrsche.

Anderer merken das vielleicht sogar eher als man selber. Dass ich beispielsweise immer hustete, das habe ich selber gar nicht so wahrgenommen. Anderen ist das aufgefallen und ich wurde darauf angesprochen. Es dauerte bei mir sehr lange, bis ich die Einsicht hatte. Man kann das gut verdrängen. Es gibt viele andere Erklärungen für sich: Man ist müde, man ist abgeschlagen, man hat Raucherhusten. Deshalb wird ja oft nicht erkannt, wie viele diese Erkrankung haben. Bei mir war es ja auch so, dass ich körperlich sehr fit war, fitter als viele andere. Ich habe immer gedacht, dass ich ja alles kann und auch noch fitter als die anderen bin. Ich habe es einfach verdrängt.

Eigentlich dreht sich sehr viel um die Erkrankung. Das ganze Leben dreht sich darum. Ich habe jetzt eine Putzfrau. Sie kommt alle 14 Tage. Ich kann so schwere Dinge wie Teppichsaugen nicht mehr. Das ist mir zu anstrengend. Ich lasse mir da helfen und muss mich aber erst daran gewöhnen. Ich muss mich auch dran gewöhnen, dass man mir ansieht, dass ich nicht mehr gesund bin, zum Beispiel wenn mir die Verkäuferin im Supermarkt die Tasche einräumen möchte. Aber ich gehe trotzdem raus und sperre mich nicht ein. Also ich schaffe noch sehr viel, weil ich mich bemühe in Bewegung zu bleiben. Ich hoffe, dass ich das noch sehr lange kann.

Ohne Medikamente könnte ich gar nicht leben. Am Morgen nehme ich ein Medikament zur Erweiterung der Bronchien. Das inhaliere ich. Dann nehme ich noch etwas zum Schleimlösen. Ich nehme täglich zweimal inhalatives Kortison.

## Ich kann mich sehr gut beruhigen

Diese Erkrankung kann psychisch sehr belastend sein. Das bekomme ich bei anderen mit.

Einige fallen dann in eine Art Keller und kommen da nicht mehr heraus. Ich versuche, dass mir das nicht passiert. Ich habe viel Humor, das hilft und man muss die Eitelkeit abbauen, besonders als Frau. Jetzt wird man nicht nur alt, sondern hat auch noch das Sauerstoffgerät mit den Schläuchen. Ich kann mich nicht mehr so bewegen, wie ich das gerne möchte. Ich kenne diese Zustände, wenn man auf die Straße geht und nicht mehr weiterkann, weil man keine Luft mehr bekommt. Da graust es einem vor jedem längeren Weg in der Kälte. Das ist

ganz klar, dass das einen traurig stimmt. Diese Zeiten kenne ich auch. Aber ich bin immer noch neugierig auf das, was außerhalb meiner Wohnung passiert.

Von der psychischen Seite bin ich in manchen Bereichen ganz gut gepolstert. Wenn es mir in einer Situation nicht so gut geht, dann findet bei mir mental sehr viel statt. Wenn ich merke, dass ich Panik bekomme, halte ich inne, sammle mich und dann kann ich einen Atemnotanfall verhindern. Ich muss immer erst zur Ruhe kommen, versuchen ruhig zu atmen. Ich stehe dann lieber, als dass ich sitze. Ich kann mich selber sehr gut beruhigen. Ich brauche dazu immer ein wenig Zeit, aber das klappt sehr gut.

Aber solche Atemnotanfälle kenne ich trotzdem. Beispielsweise hatte ich einmal nachts im Bett das Gefühl, dass ich den Notarzt rufen muss. Ich bekam keine Luft und konnte nicht mehr liegen, ich habe da gesessen und mein Herz raste. Atemnot ist schon was Grauenhaftes.

Bei mir trat die Atemnot besonders oft auf, wenn ich mich aufgereggt habe, besonders als ich noch gearbeitet habe. Dann blieb mir einfach die Luft weg. Manchmal regen mich auch Sachen auf, von denen wusste ich vorher gar nicht, dass ich mich darüber aufrege. Irgendetwas läuft nicht so, wie es laufen sollte und dann verdrängt man dieses negative Gefühl und dann macht sich das mit Atemnot Platz.

## Atmen ist für mich Schwerarbeit

Ich habe viele Jahre geraucht. Aber ich war immer fitter als die anderen, die nicht geraucht haben. Ich habe mir gedacht, dass es nicht gut ist, aber schaden wird es mir bestimmt auch nicht. Als ich immer schlechter Luft bekam, habe ich mit dem Rauchen aufgehört. Und dann brauchte ich künstlichen Sauerstoff. Ich rauche jetzt ungefähr ein halbes Jahr nicht mehr. Es ist furchtbar schwer aufzuhören, ich komme immer noch hin und wieder in Verführungssituationen. Wenn ich Verlangen nach einer Zigarette habe, dann versuche ich, etwas zu essen, aber ich habe oft keinen Appetit. Manchmal mache ich auch ein wenig Gymnastik und bewege mich. Das hilft dann erstmal, die Situation zu überstehen. Es ist sehr schwierig für mich. Irgendwie wird es immer ein Problem für mich bleiben.

Ich nehme sehr schnell ab. Wenn ich zwei Tage nicht richtig esse, dann sind gleich zwei Kilo weg. Das Atmen ist für mich Schwerarbeit – und das am Tag und in der Nacht. Ich kann nicht so viel essen, weil das auf die Lunge drückt. Wenn ich so richtig viel essen würde, dann wäre mir sehr schnell schlecht. Ich habe oft gar keinen Hunger und keine Lust zu essen. Deshalb gehe ich jeden Tag einkaufen, dabei hole ich mir Appetit. Dann sehe ich verschiedene Sachen und denke, dass ich das jetzt essen könnte. Ich koche auch sehr gerne. Aber ich koche nicht gern für mich allein. Deshalb lade ich mir Leute ein. Dann lohnt es sich zu kochen.

## Meine Freunde sind sehr teilnehmend und rücksichtsvoll

Meiner Tochter erzähle ich eigentlich nicht, wie schlecht es mir manchmal geht. Ich möchte sie nicht noch mehr belasten. Meine Freunde sind sehr teilnehmend und rücksichtsvoll.

Und in meinem Haus, zu den Leuten habe ich auch guten Kontakt. Dadurch fühle ich mich nicht einsam oder verlassen. Obwohl die Krankheit einen von vielem ausschließt.

Manchen Freunden fällt es schwer die Krankheit zu verstehen. Sie möchten mir gern alles abnehmen. Aber ich muss rausgehen und mich belasten. Die Dinge, die ich noch kann, muss ich pflegen. Das Einzige, was ich wirklich tun muss, ist mich zu bewegen. Es gehört aber auch eine großes Maß an Disziplin dazu, die Dinge, die ich alleine schaffe, dann auch allein zu machen. Ich mache jeden Tag Gymnastik. Ich bewege den Körper einmal durch. Ich möchte mir auch noch Hanteln kaufen, damit ich ein wenig stärker werde. Jetzt freue ich mich auf den Sommer. Mich wieder mehr zu bewegen! Neulich bin ich wieder mit dem Fahrrad gefahren. Es ist mir schwer gefallen, aber es geht.

Bei mir hat sich eine Art Fatalismus eingestellt: Ich bin jetzt 65 und habe ein körperlich sehr aktives Leben führen dürfen. Und irgendwann muss jeder sterben. Ich habe Kontakt zu Menschen, die auch diese Erkrankung haben, und sehe, wie das weitergeht, und bin darauf auch ein bisschen vorbereitet. Es ist nichts Angenehmes, was da auf mich zukommt.

Ich erlebe oft, wenn ich etwas über diese Krankheit erzähle, dass Leute erschrecken. Dass es denen unheimlich ist, weil es sie an ihre eigene Sterblichkeit erinnert.

Mit dem Thema Tod musste ich mich aufgrund meiner Lebensgeschichte öfter auseinandersetzen. Ich sehe das Leben jetzt anders. Ich habe viel Schmerzhaftes, aber auch viel Wunderbares erlebt. Irgendwann ist es dann genug. Mit dieser Einstellung ist für mich vieles angenehmer und leichter. Ich habe mich schon um einen Beerdigungsplatz gekümmert. Eine Frau aus meinem Haus sagte zu mir, als sie den Prospekt bei mir liegen sah: „Damit dürfen Sie sich überhaupt nicht beschäftigen, da dürfen Sie überhaupt nicht daran denken!“ Aber genau daran muss ich denken. Es betrifft ja mich. Ich denke, dass ich das für mich regeln muss. Ich habe auch schon ein Patiententestament aufgesetzt, und meine Beerdigung geregelt. Wenn man sich bewusst damit beschäftigt, verliert es seinen Schrecken. Ich finde es auch das abenteuerlichste Ereignis außer der Geburt (lacht).

## Sprechstundenhilfe im Wartezimmer:

„Leider dürfen wir Sie aus Datenschutzgründen nicht  
namentlich aufrufen.

Wer ist der Herr mit Syphilis?“

# Man lernt auch so einige Tricks mit der Zeit

Medioimages / Photodisc / Thinkstock



*Helmut, 63 Jahre*

**„Bei COPD ist die Belastung immer durchgängig. Wir haben bei bestimmten Tätigkeiten oder Belastungen immer Probleme, genug Luft zu bekommen und das Tag für Tag. Nur wenn wir sitzen, dann könnten wir Bäume ausreißen.“**

Die Erkrankung zeigte sich schon vor ungefähr zehn Jahren. Aber ich wollte das irgendwie nicht wahrhaben. Mit der Zeit habe ich gemerkt, dass meine Leistungsfähigkeit langsam abnahm. Ich habe öfters gehustet und es damit abgetan, dass ich wahrscheinlich eine Erkältung bekomme. Nicht nur meine Ausdauer ließ erheblich nach, sondern auch das Treppensteigen wurde schwieriger und ich konnte auch weniger Gewicht tragen. Ich konnte mich generell weniger belasten und hatte sehr schnell Probleme, ausreichend Luft zu bekommen.

Mir ging es aber noch relativ gut. Ich hatte zwar hin und wieder Infekte und wurde krank, aber das habe ich immer wieder in den Griff bekommen. Anfang 2003 hatte ich dann einen schweren Infekt und musste ins Krankenhaus. Dort haben mir die Ärzte gesagt, dass ich ein Lungenemphysem habe.

Nach dem Krankenhausaufenthalt bin ich in eine Rehaklinik gefahren. Ich hatte mir das Ziel gesetzt, mit dem Rauchen aufzuhören und gesund wieder nach Hause zu fahren. Ich hatte es in der Klinik auch geschafft, mit dem Rauchen aufzuhören und konnte wieder kurze Strecken gehen. Dann bekam ich jedoch eine schwere Lungenentzündung und musste von der Rehaklinik in eine Akutklinik verlegt werden. Dort wurde mir vom Chefarzt gesagt, dass ich COPD habe. Aber was dies bedeutet, das habe ich nicht erfahren.

Als ich dann wieder zu Hause war, hat mir mein Hausarzt ein stationäres Sauerstoffgerät verschrieben. Das war ein Konzentrator, den ich in die Wohnung gestellt habe. Dieser Konzentrator saugt Luft an und reichert den Sauerstoff an. Das brauchte ich dann vor allem nachts. In dieser Zeit ging es mir wieder relativ gut. Und ich habe wieder mit dem Rauchen angefangen.

## Ich habe die restlichen Zigaretten aus dem Zugfenster geworfen

Dann bekam ich aber erneut eine schwere Infektion und musste ins Krankenhaus. Auf dem anschließenden Weg in eine Reha-Klinik ging es mir sehr schlecht. Da bin ich wütend geworden und habe beschlossen, endgültig mit dem Rauchen aufzuhören. Ich habe das

Feuerzeug und die restlichen Zigaretten aus dem Zugfenster geworfen und von da ab habe ich auch nie wieder geraucht.

In der Kurklinik ging es mir dann weiter sehr schlecht und ich musste erneut in eine Akutklinik verlegt werden. Dort haben sie mich langsam aufgepäppelt. Ich habe Kortison bekommen und dann ging es mir wieder gut. Seit diesem Krankenhausaufenthalt benötige ich jedoch ständig zusätzlichen Sauerstoff.

Wieder zu Hause hatte ich dann aber Probleme, mich mit den Geräten zurechtzufinden und überhaupt damit zurecht zu kommen, dass ich zusätzlichen Sauerstoff brauche. In der Klinik hatte alles sehr gut geklappt. Ich wurde von den Ärzten und Schwestern versorgt und ich bekam mein Essen. Zu Hause fiel ich in ein tiefes Loch und wusste nichts mit mir anzufangen. Ich habe gedacht, dass ich nichts mehr kann. Mit den ganzen Geräten habe ich mich nicht auf die Straße getraut, weil ich mich geschämt habe. Wenn ich nach Hause gekommen bin und habe da vorne irgendwo eine Nachbarin am Zaun stehen gesehen – da habe ich mich hinter einem Baum versteckt und die Nasenbrille abgemacht und bin dann ohne Nasenbrille vorbeigegangen. Das ist mit der Zeit aber immer besser geworden. Diese Probleme habe ich heute nicht mehr.

## Gespräche mit Leidensgenossen waren mir wichtig

Nach einer gewissen Zeit bin ich aufgrund von Atemproblemen an einem Wochenende wieder in ein Krankenhaus eingeliefert worden. Heute weiß ich, dass ich wahrscheinlich keinen Infekt hatte, sondern dass die Atemnot seelisch bedingt war. Dort haben es die Ärzte geschafft, mir in drei Wochen wieder Lebensmut zu geben.

Ich habe dort an einer Asthma- und COPD-Schulung teilgenommen. Dabei habe ich Menschen kennengelernt, denen es ähnlich ging wie mir. In dieser Schulung habe ich erst gelernt, was COPD eigentlich bedeutet, was es für Behandlungen gibt, welche Medikamente helfen und wie es mit der Sauerstoffversorgung ist. Dieser Kurs hat mich angeregt, mir wieder Ziele in meinem Leben zu stecken. Ich bin dann mit dem Ziel nach Hause gegangen, in der Selbsthilfe aktiv zu werden und anzufangen, Sport zu treiben. Jetzt gibt es eine Selbsthilfegruppe und eine Sportgruppe an meinem Wohnort und mir macht das Leben wieder Spaß.

Nach der Schulung habe ich mich dann um Informationen bemüht und viel gelesen, viel mit meinem Lungenfacharzt und meinem Hausarzt gesprochen. Aber auch die Gespräche mit Leidensgenossen in der Selbsthilfegruppe waren wichtig. Das hat mir geholfen, meine Krankheit anzunehmen.

## Ich gehe zweimal in der Woche zum Lungensport

Asthma und COPD wird ja oft ein wenig durcheinander geworfen. Bei COPD ist die Belastung immer durchgängig. Wir haben bei bestimmten Tätigkeiten oder Belastungen immer Probleme, genug Luft zu bekommen und das Tag für Tag. Nur wenn wir sitzen, dann könnten wir Bäume ausreißen. Es gibt Einschränkungen, mit denen wir leben müssen. Zum Beispiel bei Veranstaltungen mit vielen Menschen, wo vielleicht geraucht wird. Aber die stärkste Einschränkung für mich ist, dass ich nicht mehr so mobil bin. Ich habe kein Auto,

mache alles mit Bussen und der Bahn oder eben so weit wie es geht zu Fuß. Aber es ist auch gut, denn ich muss somit laufen und Treppensteigen – ich wohne im dritten Stock. Ich gehe zweimal in der Woche zum Lungensport für eineinhalb Stunden. Da trainiere ich an den Geräten, auf dem Fahrrad und dem Laufband. Der Schwerpunkt liegt auf dem Ausdauer- und dem Muskeltraining. Wir machen mit dem Trainer auch Atemgymnastik und Atemtherapie. Nach dem Training spüre ich dann, dass es mir besser geht. Ziel ist es nicht unbedingt, neue Muskeln zu bilden, sondern vorhandene Muskeln zu erhalten. Die Gefahr besteht ja darin, dass man keine Probleme hat, wenn man in Ruhe ist. Aber sobald man sich belastet, hat man diese Atemnot. Dann besteht die Gefahr, dass man sich ruhig verhält und dadurch die Muskulatur vernachlässigt. Und nach dem Training sitzen wir noch zusammen und erzählen. Das ist unwahrscheinlich wichtig.

## Atemtechniken helfen mir, zur Ruhe zu kommen

Ich nehme täglich meine Medikamente. Das ist ja auch von Patient zu Patient unterschiedlich. Ich nehme morgens und abends zwei Sprays und am Morgen noch zusätzlich ein Pulver zum Inhalieren. Eine Zeitlang habe ich Kortison genommen. Mein Arzt hat dann aber aufgrund meines Gesundheitszustandes entschieden, es abzusetzen. Die einzigen Nebenwirkungen, die ich durch das Kortison habe, sind Flecken auf der Haut. Aber die kann ich ja abdecken, das ist nicht so schlimm für mich.

Wir haben ein Notfallpaket mit Medikamenten geschnürt, sodass ich sofort reagieren kann, wenn etwas passiert. Wenn sich ein Infekt ankündigt, dann kann ich schon mal mit Medikamenten beginnen, um es nicht ganz so schlimm werden zu lassen. Ich weiß dann, was ich nehmen soll. Ich habe auch verschiedene Atemtechniken gelernt. Das hilft mir, wenn ich nervös bin und Atemprobleme habe. Damit komme ich zur Ruhe. Wir haben das so abgesprochen: Wenn es mit der Luft eng wird, die Notfallmedikamente nehmen, wie es mit dem Lungenfacharzt abgesprochen ist. Eine gewisse Zeit abwarten und versuchen, nicht in Panik zu geraten, das wäre das Schlimmste. Wenn die Medikamente nicht helfen, dann muss der Notarzt gerufen werden.

Ich messe auch die Peak-Flow-Werte regelmäßig und schreibe sie auf. Mittlerweile mache ich das elektronisch. Ich kann mir dann die Werte am Ende des Monats ausdrucken oder mir alle im Verlauf des Jahres ansehen. Das ist ganz praktisch.

Ich habe früher drei bis vier Packungen Zigaretten am Tag geraucht. Also im Schnitt so 60 Zigaretten. Ich habe öfters versucht, aufzuhören - ohne Erfolg. Ich weiß, wie schwer das ist. Als ich dann wirklich aufgehört habe, habe ich ein Gelübde abgelegt, dass ich keine Zigarette mehr anfassen werde. Heute habe ich damit keine Probleme mehr. Seitdem ich aufgehört habe zu rauchen, habe ich weniger Probleme mit dem Husten. Ich muss nur noch selten husten und habe auch weniger mit Schleim zu tun.

## Mittlerweile lasse ich es langsamer angehen

Ich habe bei mir festgestellt, dass ich schneller Atemnot bekomme, wenn ich mich ärgere, wenn ich aufgeregt bin und wenn ich mich selber unter Stress oder Zeitdruck setze. Ich nehme mir jetzt nur noch wenige Vorhaben pro Tag vor. Wenn das geschafft ist, kann ich

immer noch entscheiden, ob ich noch etwas mache. Andere Dinge müssen dann an anderen Tagen erledigt werden bzw. bleiben liegen. Man lernt dies aber mit der Zeit und irgendwann sind die Dinge auch automatisiert.

Man lernt auch so einige Tricks mit der Zeit. Wenn ich rausgehe, nehme ich mir oft einen Stockschirm mit, auch wenn das Wetter schön ist. Der hilft mir beim Gehen oder wenn ich eine Pause machen muss, sodass ich die Arm- und die Beinmuskulatur dadurch ein wenig entlasten kann. Dieser Schirm kann auch eine seelische Stütze sein, dass ich weiß, wenn es mir nicht so gut geht, dann habe ich ihn zur Sicherheit dabei.

Mir geht es in der letzten Zeit relativ gut. Ich bin sehr gut eingestellt. Ich nehme die Medikamente, so wie es mit dem Arzt abgesprochen ist. Dadurch hat sich die Erkrankung nicht so sehr verschlimmert. In den letzten beiden Jahren brauchte ich nicht ins Krankenhaus, das war nicht erforderlich.

**Gerade 1000 kcal.**

**Verbrannt.**

**Pizza im Ofen vergessen.**

**Ich wünsche Euch tollen, sonnigen Monat, genug Wind  
um die Nase und jeden Tag ein Lächeln**

*Mary-Lou Schönwälder*



# Mitteilungen:



## Wer will kegeln?

Montags vom 18.00 -21.00 Uhr hättet Ihr die Möglichkeit zu kegeln.

Im Sportpark Neubiberg, Zwergerstr.

Ruf mich an!

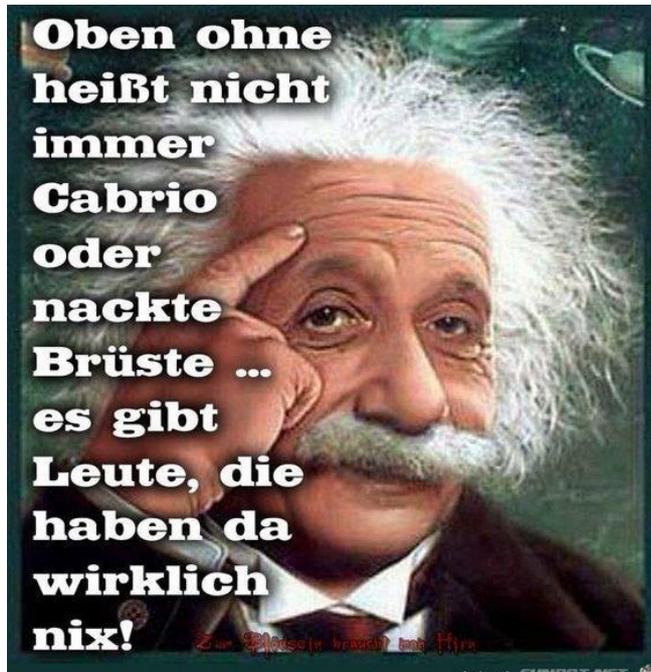
## *Spielenachmittag*

*Unser Spielenachmittag lies sich schon ganz gut an!*

*Wir können es auf Euren Wunsch wiederholen.*

*Bitte melden wer Lust hat.*

*Freitag 8.11. ???*



Warum spielen Frauen über 30 kein Verstecken?

Weil niemand eine Frau über 35 sucht.

DEBESTE