Kostenlos für Sie zum Mitnehmen!

atem wege

Deutsche Emphysemgruppe e.V.

Die Zeitschrift der Deutschen Emphysemgruppe e.V.

Ausgabe 1/2024

zephyr®
by pulmonx

Wieder tief durchatmen trotz schwerer COPD / Lungenemphysem

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, ob Lungenventile eine Therapieoption für Sie sind.

Zephyr® Ventile können Patienten helfen, wieder leichter zu atmen und aktiver zu sein, sowie ihre Lebensqualität verbessern.[1]

- Nicht-invasive Tests zeigen die **Erfolgsaussichten**
- **Minimal-invasiv** ohne OP einsetzbar
- Reduziert die **Lungenüberblähung**
- Verbessert die **Lungenfunktion**

Originalgröße der Ventile

„… dass man mit einer COPD-Erkrankung noch eine lange Zeit leben kann, motiviert mich, täglich an meiner Gesundheit zu arbeiten. Und mit den Ventilen habe ich den Grundstein dafür gelegt.“

Birgit M., Patientin mit Zephyr® Ventilen*

Hier zeigen wir Ihnen die Funktion der Lungenventile: www.copdhilfe.de/das-zephyr-ventil/

Weitere Informationen finden Sie unter **www.copdhilfe.de**

Willkommen in der Facebook community unter **www.facebook.com/Zephyr.Ventil/**

Wichtige Sicherheitsinformationen finden Sie unter www.copdhilfe.de/sicherheitsinformationen.

pulmonX®

1 Criner, G et al. Am J Resp Crit Care Med. 2018 Nov 1;198(9):1151–1164.
* Ergebnisse können patientenindividuell unterschiedlich sein.

© 2023 Pulmonx Corporation oder verbundene Unternehmen. Alle Rechte vorbehalten. Alle hier aufgeführten Markenzeichen sind Eigentum von Pulmonx und seinen Tochtergesellschaften. EMEA-DE-1908-v1 August 2023

In dieser Ausgabe:

1. Inhaltsverzeichnis & Impressum 3
2. Vorwort 4
3. Reisebericht aus Norwegen 5-6
4. Disease-Management-Programm COPD 7-16
5. Patienten-Informationssystem AKH Celle Herzschwäche 17-18
6. Patienten-Informationssystem AKH Celle Gewicht abnehmen mit Verstand 19-20
7. Interview aus Kopenhagen 21-22
8. Nachruf 23

Herausgeber: Deutsche Emphysemgruppe e.V.
Schulstraße 9 • 29358 Eicklingen
Telefon 05144 - 4933104
Mail: kontakt@deutscheemphysemgruppe.de
www.deutscheemphysemgruppe.de

Bericht vom Vorstand

Leider müssen wir Ihnen schweren Herzens mitteilen, dass diese Ausgabe unserer „Atemwege 2023/2024“, die letzte ist. Davon sind nicht nur Sie, unsere Mitglieder, sondern auch die von uns belieferten Reha-Zentren, Krankenhäuser sowie etliche Lungenfachärzte in Deutschland betroffen.

Was uns als letzten Vorstand so traurig macht und nicht verständlich ist, dass sich von den vielen Mitgliedern niemand gefunden hat, unsere Arbeit als neugewählter Vorstand weiterzuführen.

Schon während der Corona-Pandemie haben wir alle Mitglieder informiert, dass für den Fortbestand der DEG, eine Mitgliederversammlung mit Vorstandswahlen stattfinden muss.

Die Bundesregierung hatte für diesen Fall eine Regelung geschaffen, dass Vorstände von Vereinen/Verbänden die Möglichkeit haben ihre Arbeit fortzusetzten, ohne gegen rechtliche Vorschriften zu verstossen, bis eine Neuwahl erfolgen kann. Dieser Zeitraum war auf das Ende der Pandemie begrenzt. Nach dieser Zeit galten wieder die Regeln, die in den Satzungen, festgelegt sind. Auch nach dieser Zeit waren die Mitglieder nicht bereit, an einer Versammlung mit Neuwahlen teilzunehmen. Auch der Vorschlag einer Briefwahl wurde von den meisten Mitgliedern nicht angenommen.

Wir hoffen, dass wir Ihnen in der Zeit unserer Tätigkeit als Vorstand, mit Rat und Tat helfen und mit unserer Vereinszeitschrift Informationen und auch manche Anregung geben konnten.

Besonders möchten wir uns bei unserem dänischen Partner der James Lind Care-Stiftung in Kopenhagen für die gute Zusammenarbeit in dieser Zeit bedanken.

Natürlich gilt unser Dank auch der Firma PulmonX für ihre Unterstützung durch ihre Anzeigen und Artikel in all den Jahren.

Wir wünschen Ihnen für die Zukunft alles Gute und Gesundheit.

Der Vorstand

Kreuzfahrt nach Norwegen mit Sauerstoffgeräten

Erfahrungsbericht meiner Kreuzfahrt nach Norwegen mit Sauerstoffgeräten von Insa Pukrop

Ein lang gehegter Wunsch ging in Erfüllung: Eine Kreuzfahrt nach Norwegen vom 04.08. - 11.08.2023.

Zunächst war die Frage der Mitnahme von Sauerstoffgeräten zu klären.

Ergebnis:
Die Mitnahme von Sauerstoffgeräten, die mit Umgebungsluftverfahren arbeiten und das Beatmungsgerät stellten kein Hindernis dar.

Sauerstoffkonzentratoren mit Druckgasflaschen bzw. Flüssigsauerstoff sowie Rollstühle mit Nasszellenbatterien waren nicht erlaubt.
Die technischen Daten der Geräte übergab ich der Mitarbeiterin des Reisebüros, die alles weitere in die Wege leitete. So konnte ich mich in aller Ruhe vorbereiten.

Meine Kinder begleiteten mich auf diese Reise. Ohne ihre Hilfe wäre die Reise wegen Mitnahme von Rollator, Beatmungsgerät, Standkonzentrator und mobilem Konzentrator für mich nicht möglich gewesen.

Wer die Möglichkeit hat, sollte für den mobilen Konzentrator einen zweiten Akku mit einer maximalen Laufzeit von neun Stunden mitnehmen. Der Zeitgewinn ist sehr angenehm.

An Bord wurden Betreuungsmöglichkeiten für Gäste mit körperlichen Einschränkungen nicht angeboten.

Die Anreise erfolgte per PKW. Dieser wurde auf einem bewachten, kostenpflichtigen Parkplatz abgestellt.

Das Shuttle-Personal verstaute die Koffer, die wir erst an Bord wiedersahen. Meine technischen Geräte behielt ich bei mir.

Sodann ging es per Bus zum Hafenterminal.

Das Einchecken verlief problemlos. Der Weg zum Schiff war lang, jedoch ohne Steigung und mit zwei, drei kurzen Pausen gut zu bewältigen.

An Bord angekommen erfolgte zunächst eine Sicherheitsbelehrung. Danach gelangte ich per Fahrstuhl zu meiner gebuchten Kabine.

Kurze Zeit später wurde auch der Koffer gebracht, so dass ich mich häuslich niederlassen konnte.

Ich hatte mangels Einzelkabine eine Doppelkabine mit Balkon gebucht. Tageslicht und Frischluft waren mir sehr wichtig. Die Kabine bot genug Platz für das gesamte Gepäck. Steckdosen waren ausreichend vorhanden.

Nun konnte die Erkundung der verschiedenen Decks erfolgen. Es gab unterschiedliche Restaurants, Bars, Theater, SPA-Bereich und vieles mehr.

Jeden Tag wurden viele Veranstaltungen angeboten.

Die Verpflegung war sehr gut und umfangreich. Es gab die Möglichkeit des Selbstbedienens oder des Bedienens am Platz.
Egal ob der Gast mit Rollator oder Rollstuhl unterwegs war, der Platz war ausreichend.

Um 17.00 Uhr hieß es endlich: Leinen los.

Der erste Hafen wurde am 06.08.errreicht: Bergen.

Landausflüge habe ich nicht wahrgenommen. Das war mir zu anstrengend. Die Natur, der Anblick der Fjorde wasserseitig waren mir wichtiger und Grund meiner Reise. Von den Decks hatte ich einen wunderbaren Aus- und Überblick.

Am 07.08. fuhr das Schiff in den Greiranger Fjord ein. Ein grandioser Anblick: schroffe hohe Felsen, Wasserfälle und Wälder.

Die sieben Schwestern und der Freier (Wasserfälle) wurden natürlich bewundert.

Am 08.08. erreichten wir Alesund und am 09.08. Flam mit dem Aurlandsfjord. Von Flam und der Fahrt durch die Fjorde war ich sehr begeistert. Es ist einfach eine wunderbare Landschaft.

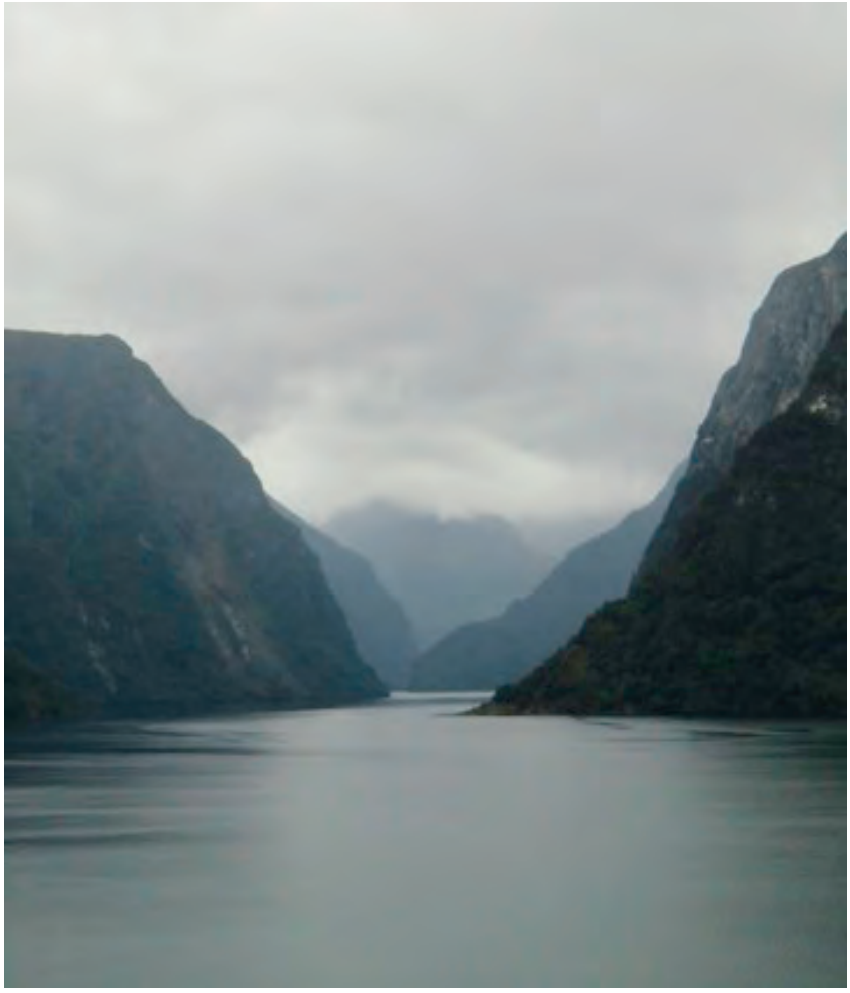
Den 10.08. verbrachten wir auf See. Am 11.08. legte das Schiff wieder in Bremerhaven an.

Fazit:
Es war trotz gesundheitlicher Einschränkungen eine schöne Reise.

Viele Fotos halten die Erinnerung wach. Etliche Aufnahmen konnten an Bord gemacht werden.

Mit meinem Bericht möchte ich allen Mut machen, sich ihre Reiseträume zu Erfüllen.

Insa Pukrop



DISEASE MANAGEMENT PROGRAMM COPD:

Nutzen Sie alle Möglich-keiten!

Nehmen Sie bereits über Ihren Haus- oder Facharzt am Disease Management Programm (DMP) für die chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD) teil? Dieses wird von vielen Krankenkassen in Deutschland angeboten. Ihr Arzt/Ihre Ärztin kann Ihnen sagen, ob Sie dafür in Frage kommen.

Ziel der Disease Management Programme ist die bessere Versorgung chronisch kranker Menschen. Bei COPD-Patienten steht die Steigerung der Lebenserwartung und die Verbesserung der Lebensqualität mit COPD im Vordergrund. Dafür werden entsprechend der wissenschaftlichen Erkenntnisse verschiedene Therapiebausteine und eine regelmäßige Überwachung empfohlen. Aktuell nehmen ca. 800.000 COPD-Erkrankte an dem Programm teil. Haben Sie sich je gefragt, was das Programm alles beinhaltet? Hier erfahren Sie mehr!

BAUSTEIN 1
Ihr Engagement ist gefragt

Sie können viel dafür tun, um die Verschlechterung der COPD möglichst lange hinauszuzögern und ein aktives Leben zu führen. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin über die folgenden Programme und ob diese für Sie in Frage kommen:

Teilnahme an einem strukturierten Schulungsprogramm

Ein erster Schritt Ihre Erkrankung und die Einflussfaktoren zu verstehen, ist die Teilnahme an einem strukturierten Schulungsprogramm. Dabei geht es u.a. um die Selbstkontrolle der Erkrankung, Inhalationstechniken,körperliche Aktivität und die Erstellung eines Notfallplans. Häufig bietet Ihr Arzt selbst ein solches an oder kann Ihnen Schulungsanbieter in der Nähe nennen. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, wenn Sie Fragen zur Infektionsprophylaxe, Ernährung, Arzneimitteln etc. in Verbindung mit Ihrer COPD-Erkrankung haben.

Tabakentwöhnung

Die Inhalation von Tabakrauch, egal ob aktiv, passiv oder mittels E-Zigaretten, ist einer der wichtigsten Faktoren für ein Fortschreiten der Erkrankung. Daher ist es für jeden COPD-Patienten/COPD-Patientin wichtig, Nichtraucher zu werden. Um Sie dabei zu unterstützen kann Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen Zugang zu verhaltensmodifizierenden, strukturierten und evaluierten Tabakentwöhnungsprogrammen verschaffen. Diese können ggf. medikamentös unterstützt werden, wobei nicht alle Medikamente von der Krankenkasse erstattet werden.

Nichtraucher werden ist Ihr bester Schutz. Informationen und Programme finden Sie z.B. unter

- www.rauchfrei-ticket.de
- rauchfrei-info.de
- www.nichtraucherhelden.de
- www.anbieter-raucherberatung.de

Regelmäßiges körperliches Training

Bei den meisten COPD-Erkrankten führt regelmäßiges körperliches Training zu einer Verringerung der COPD-Symptomatik und verbessert die Belastbarkeit und Lebensqualität. Mindestens einmal pro Woche sollten Sie aktiv sein. Lungensportgruppen oder Angebote des Reha-Sports in Ihrer Umgebung helfen dabei.

Allgemeine Krankengymnastik / Atemtherapie

In bestimmten Situationen kann der Arzt Ihnen Krankengymnastik mit Schwerpunkt Atemtherapie verordnen, wenn Sie z.B. Probleme mit dem Abhusten haben oder Atemtechniken erlernen möchten.

Pneumologische Rehabilitation

Eine ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation unterstützt Patientinnen und Patienten mit COPD darin, ihren bestmöglichen physischen und psychischen Gesundheitszustand zu erreichen oder aufrecht zu erhalten. Sie wird unter Einbeziehung verschiedener Fachbereiche und mit verschiedenen inhaltlichen Bausteinen durchgeführt. Ob eine pneumologische Rehabilitation für Sie in Frage kommt, beurteilt Ihr Arzt / Ihre Ärztin anhand Ihres individuellen Gesundheitsstatus und Krankheitsbildes. Sie kann bereits frühzeitig zum Einsatz kommen.

Psychosoziale Betreuung

Psychosoziale Betreuung kann Ihnen dabei helfen, die Krankheit zu bewältigen und Ihre Freunde und Familie mit einbeziehen. In schwereren Fällen kann Ihr Arzt / Ihre Ärztin auch psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten vorschlagen und Sie an den entsprechenden Facharzt überweisen. Selbsthilfegruppen können eine gute erste Anlaufstelle sein, um über Alltagsherausforderungen zu sprechen und Rückhalt zu finden.

BAUSTEIN 2 Medikamentöse Therapie

Schutzimpfungen

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erstellt und aktualisiert die Schutzimpfungs-Richtlinie. Ihr Arzt/Ihre Ärztin empfiehlt Ihnen Impfungen, die für Sie basierend z.B. auf Ihrem Alter und Vorerkrankungen zur Vorbeugung wichtig sind.

Medikamentöse Therapie

Es wird zwischen der Bedarfsmedikation (z.B. bei akuter Atemnot) und der Dauertherapie (regelmäßige Einnahme zur Symptomlinderung) unterschieden. Die wichtigsten Medikamentengruppen sind:

Bedarfsmedikation – kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (SABA) oder Anticholinergika (SAMA) einzeln oder in Kombination; ggf. Mittel zur Schleimlösung oder Inhalation von Salzlösungen.

Dauertherapie – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (LABA) oder Anticholinergika (LAMA) einzeln oder in Kombination; bei häufigen Exazerbationen oder gleichzeitigem Asthma Bronchiale sind zusätzlich Kortikosteroide (ICS) möglich; bei ausgeprägter Bronchitis und häufigen Exazerbationen kann der Wirkstoff Roflumilast verschrieben werden.

Multimedikation

Bei Patientinnen und Patienten, die dauerhaft fünf oder mehr Medikamente einnehmen ist ein strukturiertes Medikamentenmanagement notwendig, bei dem jährlich alle eingenommenen Arzneimittel – inklusive der Selbstmedikation – erfasst und auf Interaktionen beurteilt werden. Sie haben einen Anspruch auf die Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach § 31a SGB.

BAUSTEIN 3 Verbesserung der Sauerstoffversorgung

Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT)

Ihr Hausarzt wird Sie ggf. zur Prüfung, ob eine Langzeit-Sauerstofftherapie

bei Ihnen notwendig ist, an den Lungenfacharzt überweisen. Diese ist bei einem schweren, chronischen Sauerstoffmangel im Blut (Hypoxämie) und bestimmten Begleiterkrankungen angezeigt. Wenn Sie diese Therapie verordnet bekommen, muss sie für mindestens 15 Stunden/Tag angewendet werden.

Außerklinische, nicht-invasive Beatmung

Haben Sie einen chronisch erhöhten Kohlendioxidgehalt im Blut (Hyperkapnie) kann dies ebenfalls mit einer zeitweisen nicht-invasiven Beatmung therapiert werden. Sie haben dann ein Recht auf eine umfassende Patientenberatung für die Anwendung.

BAUSTEIN 4
Wenn Medikamente und physische Aktivität nicht ausreichen

Lungenvolumenreduktion

Manchmal reichen medikamentöse und andere nicht-invasive Therapieoptionen nicht aus, um Ihre Symptome zu lindern. In diesen Fällen kann, sofern Sie unter einem schweren Lungenemphysem (Überblähung der Lunge) leiden, eine Lungenvolumenreduktion erfolgen. Dazu stehen verschiedene Methoden zur Verfügung, z.B. minimal-invasive Lungenventile oder eine chirurgische Lungenvolumenreduktion. Ihr Arzt kann Sie an ein Zentrum mit Erfahrung mit diesen Optionen überweisen – sprechen Sie Ihren Arzt aktiv darauf an.

Lungentransplantation

Als letzte Möglichkeit kommt eine Lungentransplantation in Frage. In spezialisierten Kliniken kann überprüft werden, ob Sie dafür geeignet sind und auf die Warteliste für eine Spenderlunge gesetzt werden.

BAUSTEIN 5
Behandlung von Begleiterkrankungen

Verschiedene psychische oder körperliche Begleiterkrankungen können in Verbindung mit COPD auftreten. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, wenn Sie z.B. unter Angststörungen oder Depressionen leiden, damit er Sie an einen Facharzt überweisen kann oder diese im Rahmen einer pneumologischen Rehabilitation mit behandelt werden können. Eine frühe Diagnose und Therapie ist bei folgenden Begleiterkrankungen besonders wichtig und kann je nach Untersuchung bei Ihrem koordinierenden Arzt oder durch Überweisung an einen Facharzt erfolgen:

- *Kardiovaskuläre Erkrankungen*
- *Osteoporose*
  jährliche klinische Untersuchung
- *Diabetes*
  Blutzuckerwerte prüfen insbesondere bei schweren Exazerbationen
- *Schlafbezogene Atemstörungen*
- *Lungenkarzinom*

Wichtig bei dem Programm ist die Zusammenarbeit der Ärzte aus verschiedenen Fachbereichen und verschiedenen Einrichtungen. Sie können mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin immer darüber sprechen, ob eine Überweisung zu einem Spezialisten zur weiteren Diagnostik oder Therapie möglich und in Ihrem persönlichen Fall sinnvoll ist.

Die Checkliste auf der nächsten Seite kann Ihnen dabei helfen, Informationen zusammenzutragen, die für eine ausführliche Beurteilung Ihrer COPD hilfreich sind.

Jennifer Disper-Wilmsen
Medizinkommunikation

Auch wenn wir zugunsten einer besseren Lesbarkeit nicht ausdrücklich alle Geschlechter nennen, sind jedoch alle Personen gemeint und inkludiert.

Es wird keine Haftung für die Inhalte der genannten Internetseiten übernommen.

Quelle: Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie: Änderung der Anlage 11 (DMP COPD) und der Anlage 12 (COPD-Dokumentation), BAnz AT 03.02.2023 B2, Veröffentlicht am Freitag, 3. Februar 2023

CHECKLISTE **DMP COPD**

Name _____

DMP COPD über:

Arztname _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Meine Lungenfunktionswerte: FEV_1 _____ RV _____

Programme, die ich selbst in der Hand habe:

☐ Teilnahme an einem strukturierten Schulungsprogramm

Veranstalter

_____

_____

Datum _____

☐ Tabakentwöhnung

Tabakentwöhnungprogramm:

_____

_____

Nichtraucher

☐ nein ☐ ja, seit

_____

☐ Regelmäßiges, körperliches Training

Wann/Wo

_____

_____

☐ Allgemeine Krankengymnastik/Atemtherapie

Wann/Wo

_____

_____

Pneumologische Rehabilitation

☐ notwendig ☐ nicht notwendig

Psychosoziale Betreuung

☐ notwendig ☐ nicht notwendig

Selbsthilfegruppe:

_____

_____

Medikamentöse Therapie

Schutzimpfungen

☐ Vollständig

☐ Überprüfung/Auffrischung notwendig

Bedarfsmedikation

☐ SABA ☐ SAMA

☐ SABA/SAMA ☐ Schleimlöser

Dauertherapie

☐ LABA ☐ LAMA

☐ LABA/LAMA ☐ plus ICS

☐ Roflumilast

Sauerstoffversorgung

Sauerstoffmangel im Blut

☐ nein ☐ ja

☐ LTOT Verschreibung (prüfen)

Kohlendioxidüberschuss im Blut

☐ nein ☐ ja

☐ nicht-invasive Beatmung (prüfen)

Ausreichender Therapieerfolg

☐ nein ☐ ja

Optionen

☐ Lungenvolumenreduktion prüfen

Überweisung an:

_____

☐ Lungentransplantation prüfen

Überweisung an:

_____

Regelmäßige Prüfung auf Begleiterkrankungen

Kardiovaskuläre Erkrankungen

☐ ja ☐ nein

Datum _____

Osteoporose (jährlich)

☐ ja ☐ nein

Datum _____

Diabetes

☐ ja ☐ nein

Datum _____

Schlafbezogene Atemstörungen

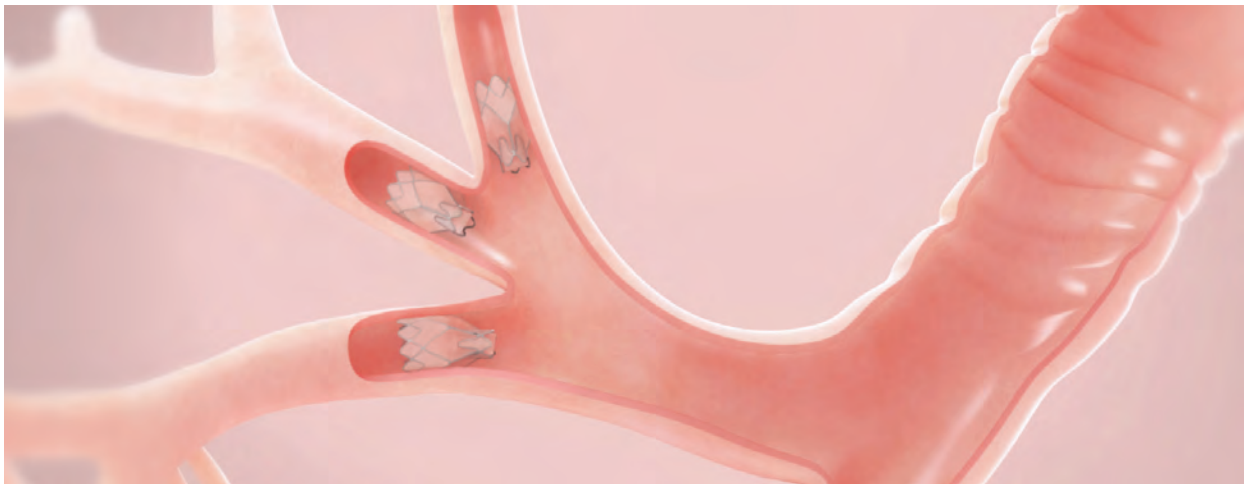
☐ ja ☐ nein

Datum _____

Lungenkarzinom

☐ ja ☐ nein

Datum _____



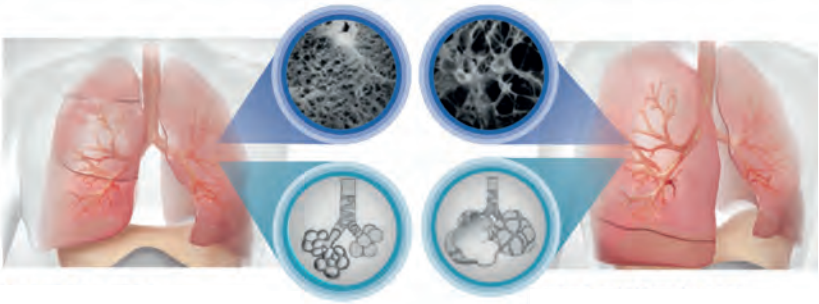
IM FOKUS

Lungenvolumenreduktion mit Ventilen

Die Lungenvolumenreduktion ist nun fester Bestandteil des Disease Management Programms für COPD. Doch der aktuelle Wissensstand um die Therapie ist gerade erst dabei, sich bei Patienten und Hausärzten zu verbreiten. Herr Dr. Andreas Fertl, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin/Pneumologie am Krankenhaus Martha Maria München, gibt im Interview einen Einblick in die minimal invasive Form der Lungenvolumenreduktion mit Zephyr® Ventilen.

Herr Dr. Fertl, wie führt ein Lungenemphysem zu Kurzatmigkeit?

In der Lunge muss man zwei Systeme unterscheiden. Das eine System, die Kanäle der Atemwege haben die Aufgabe, die eingeatmete Luft ins Lungengewebe zu transportieren. Sie beginnen mit der Luftröhre und setzen sich mit den Bronchien fort. Das zweite System ist das Lungengewebe. Es besteht aus vielen kleinen, feinen Bläschen, den Alveolen. Dies ist der Ort, wo der Sauerstoff, den wir einatmen, ins Blut abgegeben wird.



Gesunde Lunge
Gesunde Lungenbläschen sind klein und schließen die eingeatmete Luft nicht ein.

Lunge mit Emphysem
Geschädigte Lungenbläschen sind größer, die eingeatmete Luft kann aus den großen Blasen nicht mehr vollständig entweichen.

Was passiert nun beim Lungenemphysem? Die Alveolen mit ihren dünnen Wänden können platzen, es entstehen größere Blasen, die Emphysemblasen. Dies wird meist durch Schadstoffe verursacht.

Hier ist in erster Linie der Nikotinkonsum zu nennen, aber auch Umweltnoxen, berufsbedingte Schadstoffe oder z.B. das Wohnen in schadstoffbelasteten Gegenden können zu einem Emphysem führen.

Aber natürlich gehört auch die genetische Disposition dazu. Nicht jeder, der solchen Schadstoffen ausgesetzt ist, entwickelt einen Lungenschaden.

Die Kurzatmigkeit beim Lungenemphysem besteht aus zwei Gründen. Zum einen wird durch die geschädigten Alveolen die Fähigkeit verschlechtert, den eingeatmeten Sauerstoff ins Blut abzugeben. Daraus resultiert eine Sauerstoffunterversorgung des Bluts, die letztendlich zur Atemnot führt.

Punkt 2: Die Emphysemblasen haben die Neigung, sich immer weiter

auszudehnen. Das Problem: Die Lunge ist durch die Rippen seitlich wie in einem Korsett eingebunden und kann sich praktisch nur in Richtung Bauchraum ausdehnen. Zwischen Bauch- und Brustraum liegt eine Muskelplatte, unser Zwerchfell, das unser Atemmotor ist. Beim Einatmen geht das Zwerchfell nach unten, die Lunge kann sich ausdehnen, sie kann sich mit Luft füllen. Beim Ausatmen geht das Zwerchfell nach oben, die Luft wird aus der Lunge herausgepresst. Durch das Lungenemphysem wird diese Muskelplatte immer weiter in Richtung Bauchraum gedrückt, so dass die Beweglichkeit verloren geht und sich dadurch die Atemmechanik massiv verschlechtert. Auch dieser Punkt führt letztendlich zur Belastungsatemnot.

Zusammengefasst entsteht die Atemnot durch die strukturellen Veränderungen der Alveolen in Emphysemblasen, wodurch die Lunge die Möglichkeit verliert, den Sauerstoff ins Blut abzugeben und die Volumenzunahme, die die Atemmechanik verschlechtert.

Wie wirkt die Lungenvolumenreduktion mit Ventilen?

Bei der Ventilimplantation werden Ventile in Lungenbereiche mit Emphysemblasen eingesetzt die verhindern, dass Luft in die bereits überblähten Bereiche gelangt.
Aber, und jetzt kommt der Ventilmechanismus zum Tragen, beim Ausatmen öffnet sich das Ventil, so dass die Luft abströmen kann.

Die Blase verliert an Volumen, wodurch die Lunge dekomprimiert und der Druck vom Zwerchfell genommen wird. Vor allem die Atemmechanik verbessert sich. Die Patienten spüren, dass sie, wenn sie spazieren gehen oder Treppensteigen, plötzlich mehr leisten können.

Welche Patienten eignen sich für die Ventilimplantation und sollten bei spezialisierten Lungenzentren für die Therapie vorgestellt werden?

Der FEV1-Wert sollte mindestens 15 % und kleiner als 45% sein. Wir befinden uns dann in einem GOLD-Stadium 3 bis 4. Im Stadium 4 werden in der Klinik auch Begleitumstände wie die Diffusionskapazität, die Sauerstoff- und vor allen Dingen auch die Kohlendioxid-Werte im Blut, berücksichtigt.

Begleiterkrankungen, wie eine schwerwiegende Herzerkrankung und weitere Kontraindikationen werden mit eingegrenzt. Der Patient hat die konservativen Therapiemaßnahmen bereits ausgeschöpft, d.h. alle möglichen inhalativen Sprays bekommen, er hat schon ein Rehabilitationsprogramm durchlaufen, er erhält eventuell schon eine Sauerstofftherapie und ganz wichtig: er stellt das Rauchen vor der Ventilimplantation ein.

Bieten Sie Programme zur Raucherentwöhnung an?

Ja, wir bieten Hilfe an. Wir haben Kurse zur Raucherentwöhnung, die wir an unserem MVZ anbieten und die der Patient nutzen kann. In der Regel führen wir die Gespräche so, dass wir den Patienten

empfehlen, ein stationäres Rehabilitationsprogramm zu durchlaufen, bei dem Raucherentwöhnungsprogramme mit angeboten werden. Rauchen ist eine Sucht. Wir verurteilen keinen, der raucht. Und wir wissen, wie schwer es ist, im eigenen häuslichen Umfeld das Rauchen aufzugeben. Man ist es einfach gewohnt zu rauchen und es fällt vielen Patienten leichter, wenn sie aus diesem gewohnten Umfeld rausgenommen werden und zum Beispiel im Rahmen eines Rehabilitationsaufenthalts die Raucherentwöhnung starten. Dann ist oftmals der erste entscheidende Schritt getan und das Programm kann ambulant fortgesetzt werden.

Können Sie den Ablauf beschreiben, wenn ein Patient wegen einer Lungenvolumenreduktion in Ihre Sprechstunde kommt?

In der Regel wird der Patient vom Lungenfacharzt – seltener auch direkt vom Hausarzt – geschickt und bringt eine Überweisung mit. Die Patienten sind bei uns mit Termin angemeldet und wir organisieren bereits im Vorfeld, dass wenn der Patient kommt alle Untersuchungen bereits geplant sind.

Wir machen hier noch einmal die Diagnostik um zu testen, ob ein Patient wirklich für das Verfahren geeignet ist. Als Erstes erfolgt eine Lungenfunktionsprüfung in der berühmten Lungenfunktionskabine für die Bodyplethysmographie, wo die Vital- und Flussparameter der Lunge, also die Leistungsfähigkeit der Lunge, gemessen wird. Es wird geprüft, ob die Parameter der Einsekundenkapazität (FEV1) im richtigen Bereich liegen und eine ausgeprägte Überblähung, also ein hohes Residualvolumen, vorliegt. Die Patienten dürfen einerseits nicht zu gut sein, weil das Verfahren dann noch zu verfrüht ist, andererseits dürfen sie aber auch nicht zu schlecht sein, weil ansonsten so ein Verfahren als zu riskant anzusehen ist.

Zusätzlich benötigt der Patient ein qualitativ hochwertiges CT des Thorax (Computertomographie), das wir hier vor Ort machen. Dies ist ein bildgebendes Verfahren um nachzuweisen, ob ein Emphysem vorliegt und vor allen Dingen, wo genau in der Lunge. Die Emphysembildung kann sich über die Lunge ganz gleichmäßig homogen verteilt darstellen oder eben, wie es häufig der Fall ist und was auch für die Ventilbehandlung sehr günstig ist, sehr ungleichmäßig heterogen verteilt sein. Das heißt, es gibt Bezirke, wo sehr viele Emphysemblasen sind und es gibt noch Bezirke, wo die Lunge noch relativ intakt ist.

Der Eingriff an sich ist relativ einfach. Er wird in der Regel in einer kurzen Narkose, die wenig belastend für den Patienten ist, durchgeführt. Es handelt sich um eine Bronchoskopie, ein endoskopisches Verfahren, bei dem man mit einem flexiblen Gerät über die Luftwege, also über die Luftröhre, in den Bereich der Bronchien geht, wo sich die Emphysemblasen befinden und legt dort die Ventile ein.

Der Eingriff dauert etwa 60 Minuten. Das Ganze erfolgt während eines stationären Aufenthalts von 4-5 Tagen.

Wie gut ist die Therapie bereits wissenschaftlich untersucht und belegt?

Die endoskopische Lungenvolumenreduktion gibt es bereits seit 15 Jahren, das heißt man hat schon ein großes Patientenkollektiv und viel Erfahrung sammeln können. Es gibt viele Studien zur endoskopischen Volumenreduktion. Daher weiß man heute: Um eine effektive Volumenreduktion zu erzielen, muss man grundsätzlich immer den gesamten betroffenen Lungenlappen mit Ventilen behandeln, weil sonst dieser volumenreduzierende Effekt nicht eintritt. Ebenfalls ist das Phänomen der kollateralen Ventilation jetzt bekannt – eine Kurzschlussverbindung zwischen den Lappen, die zur Folge hat, dass der volumenreduzierende Effekt nicht eintritt. Dies kann man im Vorfeld anhand einer CT-Analyse erkennen. Für diese Patienten kommen Ventile nicht in Frage und man muss über Alternativen wie Coils oder Dampfbehandlung oder die chirurgische Volumenreduktion nachdenken. Das alles hat Vor- und Nachteile, aber die beste Expertise hat man bei Ventilen.

Patienten kommen immer wieder und fragen, ob es sich hier um eine experimentelle Methode handelt, ob die Kassen diese Methode bezahlen. Die Ventilimplantation ist klinisch bewiesen und fester Bestandteil der nationalen und internationalen Leitlinien. Sie wird von den Kassen bezahlt.

Wie entscheiden Sie, ob ein Patient für eine Ventilimplantation geeignet ist?

Es ist so, dass Patienten mit einem schweren Lungenemphysem, die sämtliche konservativen Therapiemaßnahmen ausgeschöpft haben, in Frage kommen. Es gibt ein sogenanntes Emphysemboard, an dem der Pneumologe, der Thoraxchirurg und der Radiologe teilnehmen.

In diesem gemeinsamen Gremium wird jeder Patient individuell besprochen und es wird dann entschieden, was die beste Methode für diesen Patienten ist. Das heißt, es wird niemals eine Entscheidung von einer Person getroffen, sondern es wird immer im Rahmen eines sogenannten Emphysemboards für alle nachvollziehbar entschieden.

Als Arzt muss man dann auch die Courage haben, den Patienten zu sagen, nein, du bist für diese Methode nicht geeignet, auch wenn das natürlich oftmals mit einer Riesenenttäuschung verbunden ist. Aber letztendlich macht es keinen Sinn, einem Patienten eine Methode anzubieten, bei der von vornherein klar ist, dass er dafür nicht geeignet ist.

Welcher Anteil der Patienten, die Sie evaluieren, ist für Ventile geeignet?

Es kommen ca. 40 % der Patienten, die wir testen, letztendlich für dieses Verfahren in Frage.

Was sind die häufigsten Gründe dafür, dass Patienten nicht in Frage kommen?

Das Verfahren ist manchmal noch zu früh. Es ist ein Emphysem mit Überblähung da, auch der FEV1-Wert ist im richtigen Bereich, aber der Patient hat z.B. noch keinen Rehabilitationsaufenthalt durchlaufen, oder er ist noch gut belastbar und kommt noch sehr gut im Alltag zurecht. Bei diesen Patienten würde man diese Methode zu einem späteren Zeitpunkt andenken.

Einige Patienten weisen Kontraindikation auf, weil sie schwerwiegende Begleiterkrankungen meistens kardialer Ursache aufweisen, so dass der Eingriff zu riskant ist.

Manche Patienten haben so ein schweres Emphysem, dass diese Methode zu spät kommt.

Gibt es noch Alternativen für Patienten, für die Ventile nicht in Frage kommen?

Im Grunde genommen kann man bei diesen Patienten nur noch palliativ symptomatisch reagieren, das heißt, man kann eine zusätzliche Gabe von Sauerstoff oder ein Beatmungsgerät zur Unterstützung in der Nacht einsetzen.

Wie schnell erfährt der Patient eine Verbesserung der Symptome?

Bei der Ventilimplantation tritt der Effekt, wenn er eintritt, sehr rasch ein. Wenn keine Komplikationen auftreten, spürt der Patient in der Regel bereits zum Entlassungszeitpunkt nach ca. fünf Tagen in der Klinik eine signifikante Verbesserung der Leistungskapazität. Die Patienten merken, sie können wieder freier durchatmen und sie können wieder weitere Strecken zurücklegen.

Die Patienten sagen vorher, dass ihr Alltag massiv eingeschränkt ist und sie kleinste Aktivitäten nicht mehr durchführen können, sei es zum Beispiel mit den Enkeln zu spielen, sei es in der Früh mit dem Hund spazieren zu gehen. So dass sich praktisch das Leben auf ein Minimum reduziert. Dies wieder zu können, ist für diese Patienten ein absolutes Glücksgefühl.

Die Patienten müssen jedoch wissen, dass die Ventilimplantation nicht die vorherigen Therapiemaßnahmen ersetzt, das heißt, der Patient muss auch weiterhin seine inhalativen Medikamente nehmen, er muss häufig weiterhin seinen vorher bereits verordneten Sauerstoff nutzen und sollte die empfohlenen Impfungen erhalten. Nichtrauchen ist ein absolutes Muss. Auch den Lungensport müssen sie fortführen, aber sie werden sehen, dass sie auch den Lungensport besser durchführen können als zuvor. Die Ventiltherapie ist kein Ersatz. Was sich verbessert ist die Atemmechanik und damit die Belastbarkeit.

Wie lange hält aus Ihrer Erfahrung der positive Effekt bei den Patienten an?

Das ist unterschiedlich. Wir haben Patienten, die bereits vor vielen Jahren Ventile bekommen haben und die nach wie vor davon profitieren. Was man ehrlicherweise sagen muss: das Lungenemphysem ist eine dynamische Erkrankung, das heißt mit der Ventilimplantation hat man zwar zunächst eine Stabilisierung erzielt, doch das Lungenemphysem ist quasi ein Alterungsprozess der Lunge, der weiter voranschreitet. Wir haben durchaus auch Patienten, bei denen wir anfangs einen sehr guten Therapieeffekt erzielen konnten, der über die Jahre wieder nachlässt, weil eben das Lungenemphysem weiter voranschreitet und sich damit die Lungensituation wieder kontinuierlich verschlechtert.

Was sind die häufigsten Nebenwirkungen?

Mit Ventilen kommt es zur Volumenreduktion, die manchmal so rasch eintritt, dass es kurzfristig zu einem sogenannten Pneumothorax, die häufigste Komplikation bei diesem Verfahren, kommt. Das heißt, die überblähten Bezirke schrumpfen und die übrige Lunge, die zunächst zusammengedrückt war, kann sich wieder ausdehnen. Wenn dieser Vorgang sehr schnell auftritt, kann es dazu führen, dass es zu einem Riss an der Lungenoberfläche und damit einem Pneumothorax kommt. Dabei sammelt sich Luft im Thoraxraum und drückt auf die Lunge.

Teilweise muss dann eine sogenannte Pleuradrainage eingesetzt werden, die dazu dient, diese Luft abzusaugen, damit sich die Lunge wieder ausdehnt.

Man muss den Patienten diesbezüglich aufklären, dass sich die Lungensituation durch den Pneumothorax kurzfristig massiv verschlechtern kann. Aber man muss den Patienten auch darauf hinweisen, dass wenn ein

Pneumothorax auftritt, dies häufig mit einem sehr günstigen längerfristigen Verlauf – einer Verbesserung der Leistungskapazität – verbunden ist.

Natürlich muss nicht jeder Patient zwangsläufig einen Pneumothorax entwickeln, um von dieser Maßnahme zu profitieren.

Weitere Komplikationen können eine vorübergehende akute Reizung der Bronchien sein, die eine sogenannte Exazerbation auslösen, so dass vorübergehend möglicherweise Kortison oder Antibiotika verabreicht werden muss. Diese Komplikation ist in der Regel als sehr leicht und gut beherrschbar zu werten.

Ich habe Patienten, die seit über 10 Jahren Ventile haben, denen geht es gut. Natürlich hat man auch Patienten, bei denen mussten die Ventile zwischenzeitlich wieder entfernt werden, weil der Effekt wieder nachgelassen hat oder nicht eingetreten ist. Dann macht es natürlich wenig Sinn diese Ventile zu belassen. Die Entfernung der Ventile ist ein sehr einfaches Verfahren und erfolgt endoskopisch, damit wenig belastend für den Patienten. In diesem Fall kann der Patient für alternative Therapieverfahren evaluiert oder die medikamentösen bzw. nicht-medikamentösen Optionen nochmals überprüft werden.

Wie sieht grundsätzlich die Nachsorge aus?

Lungenventile sind „wartungsfrei“, sie müssen in der Regel nicht ersetzt oder besonders nachgesorgt werden. Die Hauptbetreuung und Koordination der Therapie bleibt beim niedergelassenen Pneumologen oder auch zum Teil beim Hausarzt.

Wir sind Teil eines deutschlandweiten Verbunds, dem sogenannten Lungenemphysem-Register.

Daher werden unsere Patienten zusätzlich ambulant nachbetreut, um mit deren Einverständnis Daten zu sammeln. Im ersten Jahr im 3-Monats-Rhythmus, danach halbjährlich bzw. jährlich wird ein Lungenfunktionstest gemacht und eine Befragung zur Lebensqualität durchgeführt. Unser Ziel ist es, alle Patientendaten zu sammeln, um die Erfahrung zur Therapie weiter zu verbreitern.

Gibt es noch etwas, das Sie den Patienten sagen möchten?

Ich kann Patienten nur ermutigen, fragen Sie Ihre Ärzte nach diesen Methoden. Leider Gottes haben wir immer wieder Patienten, die schon ein viel zu schweres Lungenemphysem aufweisen, wo man sich im Nachhinein fragt: „Warum sind sie denn nicht schon früher gekommen?“. Lieber kommt ein Patient mal zu früh als zu spät.

Wir sind glücklich, dass wir dieses Verfahren unseren Patienten anbieten können. Wir haben hier häufig erstaunliche Ergebnisse. Es handelt sich um eine exzellente Therapie, man muss diese jedoch bewusst und gezielt anwenden.

Dr. Andreas Fertl
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin/ Pneumologie

Krankenhaus
Martha-Maria München

Im Gespräch mit
Jennifer Disper-Wilmsen
Medizinkommunikation

Kliniken mit Erfahrung in der Therapie mit Zephyr® Lungenventilen finden Sie unter:

www.copdhilfe.de/arztsuche-emphysem-deutschland/

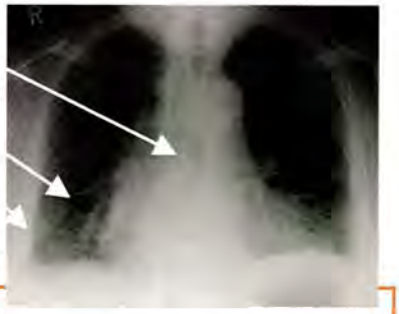
Patienten-Informations-System

Wir möchten, dass Sie Bescheid wissen!

AKH GRUPPE
AKH CELLE
Ganz bei Ihnen.

Klinik für Pneumologie und Beatmungsmedizin
Chefarzt Dr. med. Peter Hannemann

Herzschwäche



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben festgestellt, dass Sie unter einer Herzschwäche leiden.

I. Was versteht man unter einer Herzschwäche?

Das Herz hat beim gesunden Menschen die Aufgabe, das Blut durch den Körper zu pumpen, damit die Organe ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt werden. Bei einer Schwäche des Herzens (medizinisch auch Herzschwäche genannt) ist das Herz nicht mehr in der Lage, die für eine optimale Körperfunktion erforderliche Blutmenge durch den Körper zu pumpen. Wenn die Herzschwäche plötzlich innerhalb weniger Tage oder sogar Stunden auftritt, spricht man von akuter Herzschwäche. Andererseits kann sich eine Herzschwäche auch schleichend über Monate und Jahre entwickeln; dann sprechen Ärzte von einer chronischen Herzschwäche.

II. Mit welchen Beschwerden macht sich eine Herzschwäche bemerkbar?

Bei der chronischen Herzschwäche machen sich Beschwerden erst nach und nach bemerkbar. Eine Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit kann beispielsweise erster Hinweis sein: Bei körperlicher Anstrengung kommt es schneller zu Erschöpfung, Müdigkeit oder auch Atemnot. Andere Hinweise für eine Herzschwäche können Wassereinlagerungen, sogenannte Ödeme, vor allem in Füßen und Unterschenkeln sein. In der Nacht kann der Körper diese Flüssigkeit aufgrund der waagerechten Liegeposition leichter ausscheiden, was zu vermehrtem nächtlichen Harndrang führt. Durch vermehrte Wassereinlagerung in die Lunge werden Atembeschwerden verursacht, die unter Belastung und beim flachen Liegen zunehmen, so dass viele Patienten von sich aus mit erhöhtem Oberkörper schlafen. Ein „brodelndes" Atemgeräusch kann auf eine beträchtliche Flüssigkeitsansammlung in der Lunge hindeuten; in diesem Fall muss der Patient sofort ärztlich behandelt werden.
Wassereinlagerungen können jedoch auch in anderen Geweben und Organen auftreten: Wassereinlagerung im Bauchraum bezeichnet man als Aszites; staut sich das Blut aufgrund der reduzierten Pumpfähigkeit des Herzens in den Gefäßen der Verdauungsorgane wie Magen oder Leber, kann sich eine Herzschwäche auch in Form von Übelkeit, Oberbauchschmerzen, Völlegefühl oder allgemeiner Appetitlosigkeit äußern.
Bei der akuten Herzschwäche treten die Symptome plötzlich innerhalb kurzer Zeit auf. Dabei kann es innerhalb kurzer Zeit zu ausgeprägter Luftnot und Husten kommen. Häufig lassen sich auch Herzrasen und Kaltschweißigkeit beobachten. Da es sich bei einer akuten Herzschwäche um einen medizinischen Notfall handelt, sollte auch hier sofort ein Arzt gerufen werden.

III. Welche Ursachen hat eine Herzschwäche?

Eine Herzschwäche kann unterschiedliche Ursachen haben, zum Beispiel:

- **Koronare Herzkrankheit (KHK):**
  Durch eine Verengung der Blutgefäße, die das Herz versorgen (Herzkranzgefäße), zum Beispiel aufgrund einer Arteriosklerose („Gefäßverkalkung"), kann es zu einem Sauerstoffmangel im Herzmuskelgewebe und dadurch zu einer Herzschwäche kommen.
- **Erkrankungen des Herzmuskels (Kardiomyopathien):**
  Nicht nur die Verengung der Herzkranzgefäße, auch zahlreiche andere Krankheiten können den Herzmuskel schädigen und zu einer Herzschwäche führen. Bei solchen schädigenden Einflüssen kann es sich beispielsweise um einen langjährigen unbehandelten Bluthochdruck, eine Narbenbildung nach akutem Herzinfarkt, um Folgen eines chronischen Alkoholkonsums oder einer Infektion handeln. Auch angeborene familiäre Ursachen, Autoimmunerkrankungen oder Nebenwirkungen einzelner Medikamente (z.B. Chemotherapie) sind möglich.
- **Herzklappenerkrankungen:**
  Herzklappenfehler können zu zunehmender Belastung des Herzens führen und letztlich ebenfalls eine Herzschwäche nach sich ziehen.

- **Herzrhythmusstörungen:**
  Auch Herzrhythmusstörungen können die Pumpleistung des Herzens vermindern und so eine Herzschwäche verursachen.
- **Herzschwäche auf dem Boden einer Lungen- oder Bronchialerkrankung:**
  Sauerstoffmangel in den Lungenbläschen führt zu einer Verengung der Blutgefäße der Lunge. Das Herz muss dann mehr Druck beim Pumpen aufwenden, was zu einer Schwäche der rechten Herzkammer führen kann.

IV. Wie wird eine Herzschwäche festgestellt?

Wichtige Untersuchungen sind die Röntgenaufnahme der Lunge, die „Wasseransammlungen" zwischen Lunge und Brustwand (= Pleuraerguss) oder in den Lungenbläschen (=Lungenstauung) zeigt, außerdem die Ultraschalluntersuchung des Herzens (Echokardiographie), die neben einer Einschätzung der Pumpfunktion auch Aussagen zu möglichen Veränderungen des Herzmuskels oder der Herzklappen zulässt und ein erhöhter BNP-Wert im Blut, der die Spannung des Herzmuskels anzeigt. Weitere Untersuchungen können notwendig werden, um die Ursache der Herzschwäche zu klären.

V. Wie wird eine Herzschwäche behandelt?

Ist eine Herzschwäche nachgewiesen, dann sollten – wenn möglich - die auslösende Erkrankung und die Herzschwäche als solche behandelt werden. Dazu werden mehrere Medikamente kombiniert, die zum einen die Beschwerden lindern und zum anderen verhindern sollen, dass sich die Herzschwäche wieder verschlimmert.

Medikamente zur Beschwerdelinderung:

- **Diuretika („Wassertabletten", wie z.B. Furosemid, Torasemid, Xipamid, HCT)**
  fördern die Wasser- und Salzausscheidung der Niere. Dabei entlasten sie das Herz und schwemmen Wasser aus Lunge und Beinen aus. Dadurch bessern sich die Beschwerden. Diese Medikamente wirken sehr schnell und werden so dosiert, dass der Patient in der Akutphase 1/2 bis 1 Liter Wasser pro Tag verliert; in der Dauertherapiephase soll das Gewicht des Patienten konstant bleiben. Hierbei sind tägliche Körpergewichtskontrollen, wie unten beschrieben, zur Therapiesteuerung hilfreich.
- **Digitalispräparate**
  können dazu beitragen, die Pumpkraft des Herzens zu steigern. Digitalispräparate können ab dem Krankheitsstadium 3 eingesetzt werden. Da Digitalispräparate jedoch auch schwerwiegende Nebenwirkungen, wie Herzrhythmusstörungen, auslösen können, muss die Therapie gut überwacht werden.

Medikamente, die eine weitere Verschlechterung der Herzfunktion verhindern sollen:

- **ACE-Hemmer (z.B. Ramipril, Enalapril)**
  helfen, den Blutdruck zu optimieren und dem Umbau des Herzmuskelgewebes vorzubeugen. Sie werden in allen Erkrankungsstadien empfohlen und über Wochen schrittweise auf die gewünschte Zieldosis gesteigert. Alternativ können z.B. bei Unverträglichkeiten auch Sartane (z.B.Candesartan / Losartan / Valsartan) eingesetzt werden.
- **Beta-Blocker (z.B. Bisoprolol, Metoprolol, Nebivolol, Carvedilol)**
  blockieren die Andockstellen unserer Stresshormone (wie Adrenalin) am Herzen und helfen so, das Herz vor schädigenden Stressfolgen zu schützen. Sie verlangsamen den Pulsschlag, senken den Blutdruck und halten den Herzrhythmus stabil. Sie werden ebenfalls in allen Erkrankungsstadien empfohlen und sehr langsam in der Dosis gesteigert, bis die gewünschte Zieldosis erreicht ist.
- **Aldosteronantagonisten (z.B. Spironolacton)**
  wirken geringgradig wassertreibend und verlangsamen das Fortschreiten der Herzschwäche.

VI. Was können Sie selbst zur Therapieoptimierung tun ?

Reduzieren Sie Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen:

- Tägliche Kontrolle des Körpergewichts: Sollte es zu rascher Zunahme des Körpergewichts kommen, empfehlen wir eine Kontaktaufnahme mit Ihrem behandelnden Arzt, um ggf. die entwässernde Therapie anzupassen
- Fragen Sie bitte Ihren Arzt nach der täglichen Trinkmenge, die Sie zu sich nehmen sollten
- unbedingt das Rauchen einstellen
- ausgewogene Ernährung im „mediterranen" Stil (Obst, Gemüse, regelmäßig Fisch, Olivenöl, Reduzieren tierischer Fette)
- Pflegen Sie körperliche Aktivität inkl. ärztlich betreutes Körpertraining bei stabiler Erkrankung

Patienten-Informations-System

Wir möchten, dass Sie Bescheid wissen!

AKH GRUPPE
AKH CELLE
Ganz bei Ihnen.

Klinik für Pneumologie und Beatmungsmedizin
Chefarzt Dr. med. Peter Hannemann

Gewichtabnehmen mit Vernunft

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Krankheit, deretwegen Sie in unserem Krankenhaus behandelt werden, könnte durch Gewichtsabnahme deutlich gebessert werden.
Wer Gewicht abnimmt, tut sich etwas Gutes: 10 kg weniger vermindert die Sterblichkeit um 20 %, den Blutdruck um 10 bis 20 %, das Cholesterin um 10 %, die Blutfette um 30 % und bei Diabetikern den Nüchternblutzucker um 50 %. Beim Schlafapnoe-Syndrom führt eine Gewichtsabnahme von 10 % zu einer durchschnittliche Abnahme der Apnoe-Häufigkeit von 50 %.

Gewichtsreduktionsprogramme werden von vielen Krankenkassen unterstützt

Den meisten Menschen fällt es leichter, Gewicht abzunehmen, wenn sie an einem Gewichtsreduktionsprogramm teilnehmen. Viele Krankenkassen haben erkannt, wie wichtig vorbeugende Maßnahmen für die Gesundheit sind und unterstützen daher solche Programme. Es empfiehlt sich daher, mit seiner Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und nach entsprechenden Kursen zu fragen, die in der Region angeboten werden. In diesen Kursen werden neben einer Diätberatung häufig ein spezieller Gewichtsreduktionsplan und ein Bewegungsplan für die Teilnehmer erarbeitet. Wenn die Pfunde purzeln, steigt die Motivation: Eine Erfolgskontrolle gehört zu jedem Gewichtsreduktionsprogramm.

Übergewicht ist eine Zivilisationskrankheit, die es in der Geschichte in diesem Ausmaße nie gegeben hat. Die Wissenschaft hat zwar inzwischen nachgewiesen, dass erbliche Anlagen unseren Stoffwechsel beeinflussen, so dass es manchem besonders schwer fällt, Gewicht abzunehmen. Aber schaffen kann es jeder, auch wenn es den Einen oder Anderen mehr Mühe kostet.

Tipps zum Abnehmen:

1. Setzen Sie sich ein Ziel und überwachen Sie den Erfolg

Legen Sie fest, wann Sie mit dem Abnehmen beginnen wollen. Stecken Sie sich ein realistisches Ziel: Patienten mit mäßigem Übergewicht sollten innerhalb von 3 Monaten 5 % Gewicht abnehmen (Beispiel: Bei 100 kg Körpergewicht sollten 5 kg in den ersten 3 Monaten abgenommen werden). Patienten mit starkem Übergewicht sollten in den ersten 3 Monaten 10 % Gewichtsabnahme anstreben (Beispiel: Bei einem Gewicht von 130 kg sollten 13 kg Gewicht in den ersten 3 Monaten abgenommen werden).
Machen Sie ein Foto von sich vor Beginn der Gewichtsabnahme und hängen Sie es an den Kühlschrank.
Schaffen Sie sich eine digitale Waage an, mit der Sie Ihr Körpergewicht in 100-g-Schritten messen können (diese Waagen gibt es in jedem Supermarkt für wenig Geld). Wiegen Sie sich täglich. Protokollieren Sie die Messwerte.

2. Gewicht abnehmen heißt, gegen alle Verführungen anzukämpfen

Essen sollten Sie nur dann, wenn der Körper wirklich mit Nachdruck danach verlangt und auch nur so lange, bis der Hunger gestillt ist. Dazu müssen Sie in Ihrem tgl. Speiseplan und in Ihrem Kühlschrank aufräumen. Was ist zu tun?
Kaufen Sie an Lebensmitteln nur ein, was Sie wirklich brauchen. Legen Sie keine großen Vorräte an und machen Sie keine Hamsterkäufe. Hände weg von Großpackungen! Ihr Kühlschrank soll gut aufgeräumt aussehen!

3. Forschen Sie nach versteckten „Kalorienbomben"

Eine Banane enthält genauso viel Kalorien wie 3 Pralinen. Aber während die Banane satt macht, könnte man nach den ersten 3 Pralinen ohne Schwierigkeiten die ganze Packung plündern, weil es so gut schmeckt. Daher sollten Sie alles, was nicht richtig satt macht, aber reichlich Kalorien enthält, von Ihrem Speiseplan streichen.

Worauf Sie achten sollten:

1. **Die unsichtbaren Kalorien – Süßgetränke und Alkohol**
   1 Glas Bier enthält soviel Kalorien wie ein klug zusammengestelltes Frühstück. Auch bei Limonaden und Cola ist es nicht anders. Daher alkoholische und gesüßte Getränke aus dem Kühlschrank verbannen! Erlaubt sind Mineralwasser, Kaffee oder Tee, die bei Bedarf mit Süßstoff gesüßt werden, oder Süßgetränke, die mit Süßstoff gesüßt sind. Achten Sie dabei auf die Kalorienangaben! Manche Zuckerersatzstoffe, die bei Diabetikern eingesetzt werden, haben einen hohen Brennwert. Limonaden sind nur erlaubt, wenn sie mit Süßstoff hergestellt sind: Kalorienarme Limonaden sollten nicht mehr als 5 kcal. pro 100 ml enthalten!

2. **Tauschen Sie Brot durch Knäckebrot aus**
   Knäckebrot enthält deutlich weniger Kalorien als Brot. Der Austausch hilft abnehmen.

3. **Kaloriensparen beim Mittagessen**
   „Schlankmacher" sind Suppen und Eintöpfe, die gut sättigen und deutlich weniger Kalorien enthalten als die übliche Mittagsmahlzeit mit Fleisch, Gemüse, Kartoffeln und Soße. Insbesondere Soßen sind Dickmacher.

4. **Wechseln Sie auf fettarme Produkte**
   1 g Fett enthält doppelt so viele Kalorien wie 1 g Kohlehydrate oder 1 g Eiweiß. Fett ist ein „Dickmacher". Daher sollten Sie sich fettarm ernähren. Fettreich sind Wurstwaren und viele Käsesorten. Achten Sie auf die Kalorienangaben auf den Verpackungen. Sie werden feststellen, dass magerer Schinken oder Geflügelaufschnitt sehr kalorienarm ist, während Käse (der außerdem dicker geschnitten ist), kalorienreicher ist.

5. **Trinken Sie reichlich**
   Kalorienfreie Getränke mindern für kurze Zeit das Hungergefühl. Deswegen sollte man bei einer Diät reichlich trinken.

6. **Obst und Gemüse für den kleinen Hunger zwischendurch**
   Ein kleines Schälchen mit Radieschen, Tomaten oder in Streifen geschnittenen Paprikaschoten dämpfen den kleinen Hunger zwischendurch und sind rundum gesund. Das gleiche gilt für andere Obst- und Gemüsesorten. Manchen hilft auch Kaugummi, der allerdings nicht gezuckert sein darf.

4. Stellen Sie sich Ihre Mahlzeiten so zusammen, dass Sie zufrieden sind

Es macht wenig Sinn, sich alle Freuden des Lebens zu versagen, um Gewicht abzunehmen, weil dann die Rückfallgefahr in alte Gewohnheiten groß ist. Gönnen Sie sich am Wochenende ruhig ein kleines Stück Schokolade, aber die Betonung liegt auf „klein". Genießen Sie eine halbe Scheibe Brot mit fettreichem Käse, aber die Betonung liegt auf „halb". Belohnen Sie sich für Ihre Erfolge, aber belohnen Sie sich klug!

5. Suchen sie „Verbündete"

Nehmen Sie gemeinsam mit ab: mit Ihrem Ehepartner, guten Bekannten oder Freunden. Oder schließen Sie sich einer Gruppe an. Tauschen Sie sich über Ihre Erfolge, Ihre Misserfolge und über Ihre Kniffe und Tricks aus. Gemeinsam fällt das Abnehmen leichter!

© Pneumos-Verlag Dr. Peter Hannemann, Göttingen 2015

Engagement und Erinnerungen: Ein Rückblick auf die Arbeit der Deutschen Emphysemgruppe

Der Verein Deutsche Emphysemgruppe e.V. hat sich seit 1998 der Selbsthilfe für Menschen mit Atemwegserkrankungen verschrieben. Aufgrund eigener gesundheitlicher Einschränkungen und fehlender Nachfolge steht der Verein nun kurz vor seiner Schließung. Aus diesem Anlass traf sich Forschungspanel mit Vorstandsmitglied Hans-Jürgen Bode, um über Höhepunkte der vergangenen Vereinsarbeit und eine neue Online-Selbsthilfegruppe zu sprechen.

Seit 2019 leiten Hans-Jürgen und Anette Bode gemeinsam als Vorstand den Verein. Ihr Fokus liegt auf der Beratung und Betreuung im Bereich von Lungenerkrankungen wie Asthma, COPD, Alpha-1-Antitrypsin-Mangel, Lungenemphysem oder NTM-Lungenerkrankungen.

Herr Bode selbst hat eine lange Krankheitsgeschichte hinter sich. Als betroffener Patient liegt ihm die Arbeit und sein Engagement in der Selbsthilfegruppe besonders am Herzen. Auf die Frage, wie er die letzten Jahre mit solch schweren gesundheitlichen Einschränkungen überstanden hat, antwortet er, dass er stets genau auf seinen Körper hört, um zu verstehen, was er leisten kann.

Sein Motto: *"Frag deinen Körper, was er von dir will, und dann können wir gut zusammenarbeiten."*

Arbeit geprägt von Hingabe und Engagement

Die Tätigkeit bei der Deutschen Emphysemgruppe e.V. war maßgeblich vom Einsatz der beiden Vorstandsmitglieder geprägt. Ihr Ziel war es, Menschen, die unter Atemwegserkrankungen leiden, umfassend zu informieren und sie bei der Bewältigung ihrer gesundheitlichen Herausforderungen zu unterstützen.

Veranstaltungen

Der Verein organisierte Fachveranstaltungen mit Medizinern, Vorträge und Kongresse. Eines der herausragenden Ereignisse der vergangenen Jahre war ein Kongress in Celle. Besonders beeindruckend waren die Aussagen eines befreundeten Arztes, der die Zuhörer mit unkonventionellen Ratschlägen überraschte und begeisterte.

Die Worte "*Warum fragt ihr nicht, muss die Operation sein? Ihr seid diejenigen, die entscheiden müsst, über euren Körper, nicht der Arzt!"* bleiben in Erinnerung und veranschaulichen die gewünschte Patientenzentriertheit in der Medizin sowie die Bedeutung der Beziehung zum eigenen Körper.

„Atemwege“

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Deutschen Emphysemgruppe e.V. war die Zeitschrift "Atemwege", die dreimal im Jahr veröffentlicht wurde. Die zuvor fachlich ausgerichtete Zeitschrift wurde von den neuen Vorständen etwas aufgelockert, um eine ausgewogene Mischung zwischen medizinischem Fachwissen und einer gewissen Leichtigkeit zu schaffen. So wurden neben medizinischen Artikeln auch lebensnahe Reiseberichte von Mitgliedern und eigens verfasste Weihnachtsgeschichten zu Highlights der letzten Jahre.

Forschung

Eine neu erworbene Errungenschaft war die Zusammenarbeit mit der Forschung. Durch einen Partner in Köln wurde die Deutsche Emphysemgruppe e.V. Teil eines Projektes, das sich mit NTM-Erkrankungen auseinandersetzte. Dabei halfen sie unter anderem bei der verständlichen Aufbereitung der Forschungsergebnisse für Nicht-Mediziner.

Engagement und Erinnerungen: Ein Rückblick auf die Arbeit der Deutschen Emphysemgruppe

Die Zukunft der Deutschen Emphysemgruppe e.V.

Während unserer Unterhaltung wurde offensichtlich, dass viel Herzblut in das Projekt sowie die Betreuung der Mitglieder geflossen sind. Daher ist es besonders bedauerlich, dass der Verein vor dem Aus steht. Gemeinsam mit Hans-Jürgen Bode hat Forschungspanel daher beschlossen, eine neue Online-Selbsthilfegruppe auf facebook ins Leben zu rufen: **Emphysem – Gemeinsam Durchatmen**

Diese soll bestehenden, aber auch neuen Mitgliedern als Ort für Austausch und Informationen dienen. Der beigefügte QR-Code führt Sie direkt zur neuen Plattform. Herr Bode wird die Rolle des Administrators übernehmen und somit weiterhin für Fragen und Austausch zur Verfügung stehen.

Wir bedanken uns recht herzlich bei Herr Bode für das Gespräch und die Zusammenarbeit der letzten Jahre!

Falls Sie Fragen haben sollten oder sich für eine Weiterführung des Vereins interessieren schreiben Sie uns gerne ein Mail unter info@forschungspanel.de. Wir freuen uns auf Ihre Nachricht und hoffen Sie bald in unserer Online-Gruppen begrüßen zu dürfen.

Hiermit möchten wir auch in dieser

für alle schwierigen Zeit

nicht vergessen an die Mitglieder zu denken,

die leider von uns gegangen sind.

Unser aufrichtiges Mitgefühl

gilt ihren Angehörigen.