



Luft zum Leben

Das Handbuch zur chronisch obstruktiven Lungenerkrankung COPD

AOK-
Curaplan

AOK. Die Gesundheitskasse.

Impressum

5. Auflage, April 2025

Herausgeber: AOK-Bundesverband, Berlin

Medizinische Beratung:

Dr. Eike Katharina Eymers,

Dr. Gabriele Müller de Cornejo

Text: Ulrike Viegener

Redaktion: Katja Winckler

Creative Director: Nicola Gerndt, KomPart

Grafik: Geertje Steglich

Druck: Albersdruck GmbH & Co. KG, Düsseldorf

Freigabe durch BAS: 28.2.2024

© KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Rosenthaler Straße 31

10178 Berlin

Job-Nr.: 25.0040

Titelfoto: iStock.com/Aleksandar Nakic

Fotos/Bildnachweise: AOK, iStock.com/lucigerma (S. 6), iStock.com/Piksel (S. 24), Ulrich Scholz (S. 29), iStock.com/SeventyFour (S. 46), iStock.com/demaerre (S. 49), iStock.com/Daisy-Daisy (S. 50), iStock.com/MilanMarkovic (S. 53), iStock.com/Tevarak (S. 61), iStock.com/Sinenkiy (S. 65), iStock.com/huettenhoelscher (S. 67), iStock.com/Vilin Visuals (S. 69), iStock.com/Marina Gordejeva (S. 73), iStock.com/gradyreese (S. 74), iStock.com/Tinpixels (S. 79)

Illustrationen/Grafiken: AOK, Ulrich Scholz

Die Texte und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt und dürfen ohne Zustimmung des Verlags nicht reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

ISBN 978-3-940172-59-4

Hinweis: Die Informationen in diesem Buch sind von den Autoren, der Redaktion und dem Herausgeber sorgfältig geprüft, stellen aber keinen Ersatz für eine medizinische Beratung und Betreuung dar. Autoren, Redaktion und Herausgeber übernehmen daher keine Haftung für etwaige Schäden, die sich durch Handlungen auf Basis der Empfehlungen dieses Buches ergeben.



Dieses Druckerzeugnis wurde klimaneutral produziert.

Herzlich willkommen bei AOK-Curaplan COPD!

Am Disease-Management-Programm (DMP) der AOK teilzunehmen, ist eine sehr gute Entscheidung. DMPs sind strukturierte Behandlungsprogramme für Menschen mit einer chronischen Erkrankung. Die AOK nennt dieses Programm AOK-Curaplan. Als Teilnehmerin oder Teilnehmer an AOK-Curaplan können Sie sicher sein, dass Sie rundum bestens betreut werden.

Haben Sie eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder ein Lungenemphysem, ist es sinnvoll, nach einem strukturierten Plan vorzugehen. AOK-Curaplan besteht aus verschiedenen Bausteinen: Medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen wirken zusammen und sorgen dafür, dass Sie gut Luft bekommen. Luft zum Leben.

Die Medikamente, mit denen Sie behandelt werden, haben sich bereits bei vielen Betroffenen bewährt. Aber Medikamente sind nicht alles. Sie selbst können einiges zu Ihrem Wohlbefinden und Ihrer Lebensqualität beitragen. In diesem Buch erhalten Sie viele wertvolle Hinweise dazu.

Sie können dieses Buch, das viele praktische Informationen und Tipps zu Ihrer Erkrankung enthält, in einem Rutsch durchlesen. Oder Sie schlagen gezielt nach, wenn im Alltag Fragen auftauchen.

„Luft zum Leben“ haben wir das Buch überschrieben. Denn darum geht es: um ein aktives, erfülltes und möglichst unbeschwertes Leben mit COPD. Ziel ist es, die Krankheit im Griff zu haben, damit Sie sich wieder stärker den positiven Dingen des Lebens widmen können. Wir würden uns freuen, wenn unser Buch Ihnen dabei hilft.

Alles Gute wünscht
Ihre AOK

Ein barriere- freies PDF

dieses Buches zum
Download finden Sie hier:

aok.de/copd



Scan mich!

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Buch an manchen Stellen die männliche Form verwendet. Gemeint sind jedoch immer alle Geschlechter.

Inhalt

Was ist COPD?	6
Im Fokus:	
An Alpha-1-Antitrypsin-Mangel denken	15
Welche Untersuchungen stehen an?	16
Im Fokus:	
Wenn die Krankheit auf die Stimmung drückt	24
Wie wird COPD behandelt?	26
Im Fokus:	
Wie inhaliere ich richtig?	34
Was kann ich selbst tun?	36
Richtig atmen	
Das Peak-Flow-Meter nutzen	
In Bewegung bleiben	
Ausgewogen ernähren und auf das Gewicht achten	
Energie sparen	
Infekten vorbeugen und Verschlechterungen vermeiden	
Die Krankheit akzeptieren und meistern	

Wie schaffe ich es, mit dem Rauchen aufzuhören?	58
Verschlimmerung der Beschwerden – was tun?	65
Tipps für alle Lebenslagen	69
Inhalatoren pfleglich behandeln	
In den eigenen vier Wänden	
Beim Hausputz	
Im Winter	
Auf Reisen	
Schwerbehindertenausweis beantragen	
Tipps für Angehörige	
Glossar	80
Nützliche Weblinks	84
Stichwortverzeichnis	86



Was ist COPD?

COPD steht für „chronic obstructive pulmonary disease“. Auf Deutsch: chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Sie geht einher mit einer chronisch obstruktiven Bronchitis, einem Lungenemphysem (einer chronisch aufgeblähten Lunge) oder beidem. Die Atemwege – die Bronchien – sind bei dieser Erkrankung chronisch verengt und können zusätzlich durch eine Lungenüberblähung geschädigt sein. Kurzatmigkeit und Atemnot sind typische Symptome. Im ersten Kapitel werfen wir einen Blick ins Innere der Atemwege, und Sie erfahren, was genau bei einer COPD passiert.

Mit Hustenreiz am Morgen fängt es häufig an. Allerdings ist das nicht wirklich das Anfangsstadium der COPD. Im Verborgenen – von den Betroffenen unbemerkt – kann die Atemwegserkrankung zu diesem Zeitpunkt schon längere Zeit geschwelt haben.

Ausgelöst wird die COPD in den meisten Fällen durch eingeatmete Schadstoffe. Viele Jahre waren die Betroffenen diesen Reiz- und Giftstoffen ausgesetzt, die zu Schäden an den Innenwänden der Bronchien führen. Zwar versucht der Körper, die Schäden laufend zu reparieren, er ist damit aber überfordert, wenn die Schadstoffzufuhr nicht unterbunden wird. Die Schleimhaut, mit der die Atemwege innen ausgekleidet sind, entzündet sich, schwillt an und produziert große Mengen Schleim.

Schleimproduktion auf Hochtouren

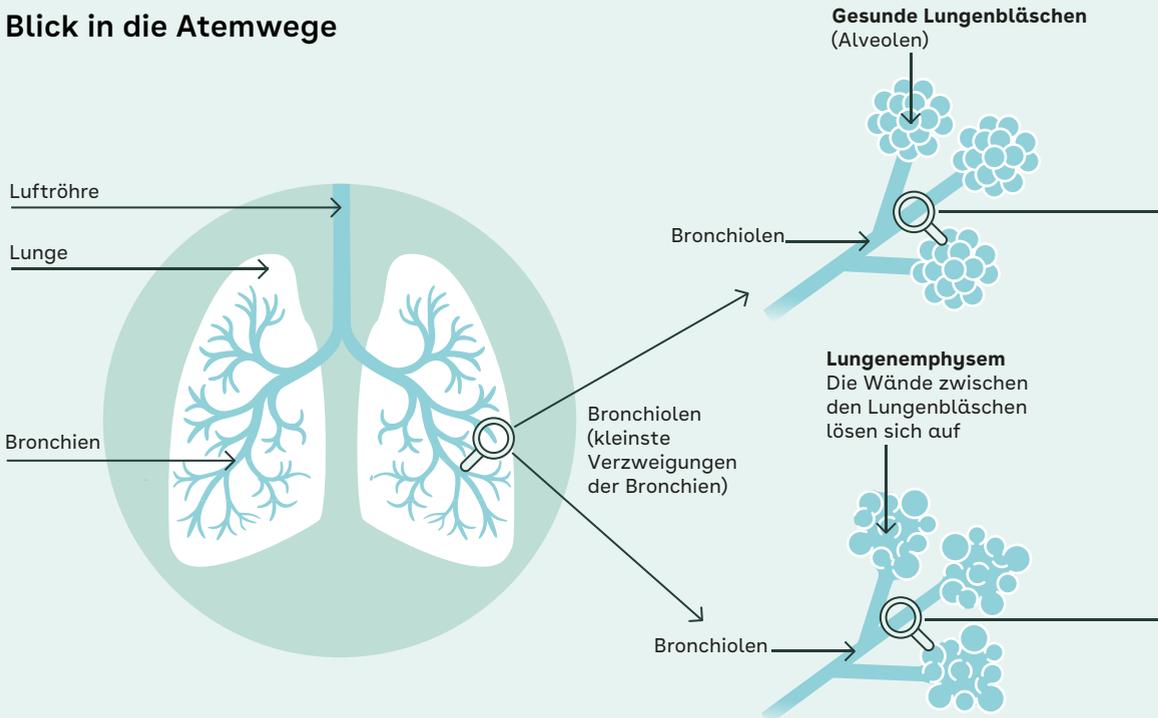
Eigentlich ist die Schleimproduktion eine sinnvolle Abwehrreaktion. Mit dem Schleim sollen die Schadstoffe nämlich aus den Atemwegen heraustransportiert werden. Millionen von Flimmerhärchen, die sich alle im gleichen Takt bewegen, transportieren den Schleim in Richtung Rachen. Dann wird er abgehustet. Dringen jedoch immer wieder neue Partikel, wie zum Beispiel Schadstoffe ein, läuft die Schleimproduktion ständig auf Hochtouren und der Abtransport kommt nicht hinterher. Auch die Flimmerhärchen leiden unter der ständigen Giftstoffbelastung und funktionieren nicht mehr optimal. Schleim sammelt sich an und wird irgendwann zum Problem. Er provoziert den lästigen Hustenreiz, der typisch ist für die COPD. Vor allem morgens und nachts werden die Patientinnen und Patienten von zum Teil heftigen Hustenattacken überfallen. In fortgeschrittenen Stadien kann der Husten dann zum ständigen Begleiter werden.

Meist ist Rauchen der Auslöser

Sie ahnen schon, von welchen Schadstoffen hier die Rede ist: von den Inhaltsstoffen des Zigarettenrauchs. Die meisten Menschen mit COPD sind langjährige Raucher, und es ist unstrittig, dass eine chronische Atemwegserkrankung und Zigarettenkonsum ursächlich zusammenhängen. Das Rauchen setzt den Krankheitsprozess in Gang und heizt ihn täglich neu an. Rauchverzicht ist deshalb die wichtigste Maßnahme, um ein Fortschreiten der Atemwegserkrankung zu verhindern. Wenn Sie es schaffen, mit dem Rauchen aufzuhören, können Sie Ihre Prognose entscheidend verbessern.

COPD ist eine sehr häufige Erkrankung, wobei von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist. Laut Schätzungen sind aktuell mindestens zehn Prozent aller Erwachsenen jenseits des 40. Lebensjahres betroffen. Und

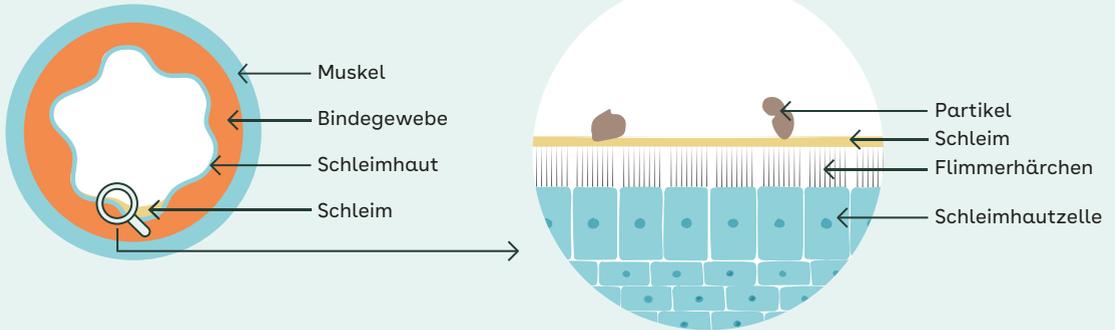
Blick in die Atemwege



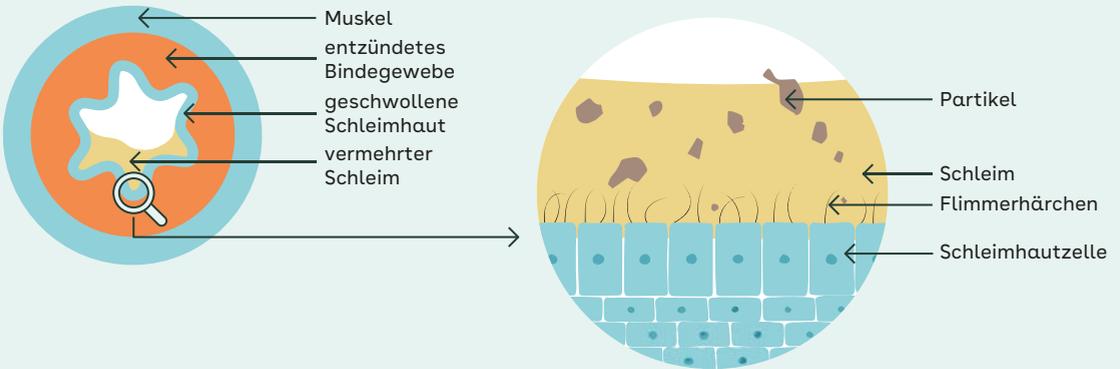
die Erkrankungszahlen steigen weiter an. Laut Statistischem Bundesamt hat sich zwischen 2009 und 2017 die Anzahl der COPD-Diagnosen um 25 Prozent erhöht. Bislang erkranken in erster Linie ältere Menschen, weil die COPD eine längere Vorlaufzeit hat und sich meist erst nach langjährigem Rauchen entwickelt. Männer erkranken deutlich häufiger als Frauen. Im Zuge des verstärkten Rauchverhaltens von Frauen werden sich die Zahlen aber in den nächsten Jahren voraussichtlich weiter angleichen.

Ganz allein schuld an den COPD-Erkrankungen ist das Rauchen nicht. Auch andere Reiz- und Giftstoffe, mit denen Menschen vor allem berufsbedingt in Kontakt kommen, können eine COPD auslösen. Dazu zählen quarzhaltige Stäube, Getreidestäube, Schweißrauch und Chlorgas. COPD-Erkrankungen werden auch bei Menschen beobachtet, die nie geraucht haben und auch im Beruf keinen inhalativen Schadstoffen

Gesunde Bronchiole



Entzündete Bronchiole



ausgesetzt waren. Umweltverschmutzung, insbesondere Luftschadstoffe, können hier ebenfalls eine Rolle spielen.

Raucherhusten ist keine Bagatelle

Die meisten COPD-Fälle gehen jedoch auf das Konto des Zigarettenkonsums. Passivrauchen, besonders in der Kindheit, kann ebenfalls ein Auslöser sein. Oft wird die Erkrankung lange als Raucherhusten verharmlost und verschleppt. Viele Betroffene ahnen nicht, dass ihre Atemwege schon erheblich geschädigt sind, wenn sich die COPD mit Husten bemerkbar macht. Wenn sie schließlich zum Arzt oder zur Ärztin gehen, sind die Schäden oft schon nicht mehr rückgängig zu machen. Ein unverzüglicher Rauchverzicht ist aber immer ratsam. Denn wenn die Zufuhr der Giftstoffe gestoppt wird – und nur dann – bestehen gute Chancen, dass die Krankheit nicht weiter fortschreitet. Diese Chance sollten Sie nutzen!

Täglich ein Päckchen Gift: Warum Rauchen so schädlich ist

Haben Sie das gewusst? Zigarettenrauch enthält mehr als 5.000 verschiedene Substanzen, von denen einige Hundert als giftig einzustufen sind. Es ist also keineswegs das Nikotin allein, das den Tabakrauch so gefährlich macht. Und auch Passivrauchen oder andere Formen des Rauchens, wie zum Beispiel E-Zigaretten, sind schädlich für die Lunge.

Sie sollten sich klarmachen: Rauchen ist pures Gift. Besonders gefährdet sind die Atemwege, denn sie bekommen die „volle Dröhnung“ ab. Aber aus der Atemluft gelangen die Giftstoffe auch ins Blut und können im ganzen Körper Schäden anrichten. Nicht nur Lungen- oder Kehlkopfkrebs kann durch Inhaltsstoffe des Zigarettenrauchs ausgelöst werden, auch das Risiko für andere Krebsarten wie Bauchspeicheldrüsenkrebs und Brustkrebs ist bei Rauchern erhöht. Ursächlich sind Schäden an der Erbsubstanz, die durch das Rauchen verursacht werden.

Bei der COPD dagegen spielen andere Mechanismen eine Rolle. Viele Inhaltsstoffe von Zigaretten, E-Zigaretten und Co. sind hochaggressiv. Sie reizen und schädigen die Atemwege und provozieren so eine Entzündung der Schleimhaut, mit der die Atemwege innen ausgekleidet sind. Die entzündete Schleimhaut schwillt an und produziert große Mengen Schleim.

Der Schleim soll eigentlich helfen, Schadstoffe aus den Atemwegen herauszubefördern. Die Atemwege verfügen nämlich über eine ausgeklügelte Selbstreinigungsmaschinerie: In der Schleimhaut der Atemwege sitzen Zellen, die mit haarfeinen, beweglichen Flimmerhärchen (Zilien) ausgestattet sind und einen dichten Teppich bilden. Millionen von Härchen schlagen unermüdlich im selben Takt und bewegen so laufend – wie auf einem Fließband – einen Schleimfilm in Richtung Rachen. In dem Schleimfilm befinden sich eingedrungene Schmutzpartikel, Schadstoffe und Krankheitserreger. Durch einen Hustenstoß werden diese nach draußen katapultiert. Bei Menschen mit COPD ist jedoch die Reinigungsmaschinerie heillos überfordert und die Flimmerhärchen können zugrunde gehen. Unter dem Mikroskop sehen sie dann wie abraziert aus.

Eine pro Tag ist auch zu viel

Nicht nur starke Raucher, die täglich ein Päckchen Zigaretten und mehr inhalieren, setzen ihre Gesundheit aufs Spiel. Es ist ein Trugschluss zu glauben, ein „Zigarettenchen“ ab und zu sei ungefährlich. Bereits eine einzige Zigarette pro

Tag erhöht das Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle. Auch für die Atemwege ist jede Zigarette eine zu viel.

Solange „nur“ Funktionsverluste eingetreten sind, können sich die Flimmerhärchen eventuell wieder erholen. Voraussetzung ist ein konsequenter Rauchverzicht (auch das Vermeiden von Passivrauchen). Es dauert zwar etwas, bis sich der Zustand der Flimmerhärchen normalisiert. Aber mit der Zeit werden Sie es spüren: Der Schleim sitzt nicht mehr so fest und lässt sich besser abhusten. Sie können wieder freier atmen.

Und noch etwas sollten Sie bedenken: Mit dem Rauchverzicht tun Sie nicht nur sich selbst etwas Gutes, Sie schützen auch andere. Vor allem Ihre Familie – Ihre Partnerin oder Ihr Partner, die Kinder und Enkelkinder – werden durch Ihren Zigarettenqualm gefährdet. Es gilt als erwiesen, dass Passivrauchen bei Menschen, die selbst nie geraucht haben, eine COPD hervorrufen kann. Jahrelanges Passivrauchen in der Kindheit erhöht das Risiko, im Erwachsenenalter an einer COPD zu erkranken.

So funktioniert der Gasaustausch

Mit jedem Atemzug atmen wir sauerstoffreiche Luft ein. In der Lunge wird der Atemluft Sauerstoff entnommen, der ins Blut übertritt und im ganzen Körper verteilt wird. Im Gegenzug wird Kohlendioxid – ein gasförmiges Abfallprodukt – aus dem Blut entfernt und ausgeatmet. Dieser Gasaustausch findet in den Lungenbläschen (Alveolen) statt. Das sind winzige kugelige Gebilde, die jeweils von einem Gespinnst aus haarfeinen Blutgefäßen umgeben sind (eine Abbildung dazu finden Sie auf den Seiten 8 und 9). Jeder Mensch verfügt über 300 Millionen solcher Lungenbläschen – eine geniale Erfindung der Natur, die die Oberfläche für den Gasaustausch auf mehr als 100 Quadratmeter erweitert.

So ist sichergestellt, dass alle Organe und Gewebe ausreichend mit lebenswichtigem Sauerstoff versorgt werden. Mehr noch: Dank der riesigen respiratorischen Oberfläche ist die Lunge in der Lage, sehr viel mehr Sauerstoff bereitzustellen, als wir tatsächlich brauchen. Jede Minute werden etwa sieben Liter Atemluft in der Lunge verarbeitet, wobei etwa ein Zehntel davon unter Ruhebedingungen völlig ausreichend wäre. Selbst wenn wir uns anstrengen, ist noch viel Luft nach oben. Das ist der Grund, warum Menschen mit COPD anfangs kaum

unter Atemproblemen leiden, obwohl der Atemfluss in den Bronchien schon eingeschränkt ist.

Bleibt die Schadstoffbelastung bei Betroffenen mit COPD bestehen, ist irgendwann der Punkt erreicht, an dem diese natürliche Reserve erschöpft ist. Wenn sich die Erkrankung verschlechtert, ist es absehbar, dass der Gasaustausch nicht mehr optimal stattfinden kann. Die Betroffenen leiden vermehrt an Luftnot.

Zunehmende Atemnot

Häufig schreitet die Krankheit fort. Über Jahre hinweg wird es immer enger in den Bronchien, und die Lungenfunktion verschlechtert sich schleichend. Irgendwann sinkt die Sauerstoffausbeute unter die kritische Schwelle und es steht nicht mehr genug Sauerstoff zur Verfügung, um den Körper ausreichend zu versorgen. Kurzatmigkeit und Atemnot (Dyspnoe) sind typische Symptome einer COPD. Zunächst tritt Atemnot bei starker körperlicher Anstrengung wie sportlichen Aktivitäten und Treppensteigen auf. Später kommen die Patientinnen und Patienten schon bei leichteren Alltagstätigkeiten im Haushalt und bei der Körperpflege aus der Puste. Und bei sehr weit fortgeschrittener COPD muss auch in Ruhe mit Luftnot gerechnet werden. Die körperliche Leistungsfähigkeit ist jetzt massiv reduziert.

Leitsymptome bei COPD: AHA

Menschen mit einer COPD haben verschiedene Beschwerden. Typisch sind die sogenannten AHA-Symptome:

- **A**uswurf
- **H**usten
- **A**temnot (anfangs nur bei Belastung, später auch in Ruhe)



Körperliche Anstrengung wie Treppensteigen kann auch bei einer leichten COPD schon zu Luftnot führen.

Wenn die COPD fortschreitet

Bei manchen Patienten entwickelt sich im Laufe der Jahre ein Lungenemphysem. Die Wände der Lungenbläschen verlieren an Elastizität und dehnen sich immer weiter aus. Schließlich gehen sie zugrunde und es bilden sich Narben oder auch größere funktionslose Blasen, die beim Ausatmen in sich zusammenfallen. Die für den Gasaustausch nutzbare Oberfläche verkleinert sich, und die Lungenkapazität nimmt ab. Luft staut sich in der Lunge und blockiert die Aufnahme frischer, sauerstoffreicher Atemluft in die noch intakten Lungenbläschen. Blaue Lippen infolge eines Sauerstoffmangels sind typisch für dieses Krankheitsstadium. Auch „Trommelschlägelfinger“ mit rundlich aufgetriebenen Fingerkuppen sowie große, gewölbte Uhrglasnägel können Zeichen von Sauerstoffmangel sein.

Nicht nur die Lunge, auch das Herz ist bei fortgeschrittener COPD in Gefahr. Es kann sich ein sogenanntes Lungenherz (Cor pulmonale) entwickeln: Der Druckanstieg im Lungenkreislauf führt zu einer chronischen Überforderung der rechten Herzkammer. Die rechte Herzhälfte vergrößert sich unter der Belastung und kann nicht mehr mit voller Kraft arbeiten. Betroffene leiden häufig unter Wassereinlagerungen (Ödemen), die sich vor allem an den Fußknöcheln, aber auch im Bauchraum bilden.

Einteilung in Schweregrade

Bei der Beurteilung des COPD-Schweregrades werden verschiedene Aspekte berücksichtigt: Basis ist die Lungenfunktion. Außerdem gehen die Beschwerden und der bisherige Krankheitsverlauf in die Bewertung ein.

Für die Prognose bedeutsam sind die sogenannten Exazerbationen, die durch eine plötzliche Zunahme von Husten, Auswurf und/oder Atemnot gekennzeichnet sind. Je mehr Exazerbationen ein Patient bereits durchgemacht hat, desto schwerer der Krankheitsverlauf und ungünstiger die Prognose. Meist werden Exazerbationen durch Atemwegsinfekte, seltener durch Luftschadstoffe ausgelöst. Viren und Bakterien haben bei COPD-bedingten Vorschäden leichtes Spiel und können die Entzündung der Bronchialschleimhaut massiv befeuern. Oft dauert es einige Zeit, bis sich Menschen mit COPD von einem Infekt erholt haben.

Anhand der Lungenfunktion, der Beschwerden und des Krankheitsverlaufes wurde ein Raster entwickelt, das es erlaubt, die Behandlung auf das individuelle Krankheitsbild zuzuschneiden. Dabei wird immer ein Paket aus medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen geschnürt. Das Ziel ist es, die Lebensqualität zu erhalten und zu verhindern, dass die Erkrankung fortschreitet.

Im Fokus

COPD kann genetisch bedingt sein

An Alpha-1-Antitrypsin-Mangel denken

COPD wird in den meisten Fällen durch Schadstoffe hervorgerufen. Aber es kann auch eine ganz andere Ursache dahinterstecken: Alpha-1-Antitrypsin-Mangel. Menschen mit dieser seltenen Erbkrankheit fehlt ein Eiweißstoff (Protein), der im Fall einer Entzündung den Abbau von körpereigenem Gewebe verhindert. Das Protein ist entweder gar nicht oder in zu geringen Mengen vorhanden. In der Folge kommt es zu überschießenden Abbaureaktionen, die vor allem die Atemorgane erfassen und zu einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung führen. Deren Erscheinungsbild ist der „klassischen“ COPD mit Lungenemphysem sehr ähnlich.

Die Krankheit verläuft allerdings schneller und heftiger, vor allem dann, wenn gar kein Alpha-1-Antitrypsin gebildet wird. Das Lungenemphysem tritt in diesen Fällen meist zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr auf, wobei die Zerstörung des Lungengewebes rasch lebensbedrohlich werden kann. Menschen, deren Körper das Protein zumindest in geringen Mengen produziert, zeigen dagegen deutlich mildere Krankheitsverläufe. Außerdem gibt es Träger des Gendefekts, bei denen zwar die Krankheit nicht ausbricht, die aber den Gendefekt vererben können.

Eine ganz schlechte Kombination

Rauchen und Alpha-1-Antitrypsin-Mangel ist eine ganz schlechte Kombination, weil in diesem Fall zwei lungenschädigende Einflüsse zusammentreffen. Hinzu kommt, dass der giftige Tabakrauch eventuell das in geringen Mengen vorhandene Antitrypsin zerstören kann. Die mittlere Lebenserwartung bei Rauchern mit Alpha-1-Antitrypsin-Mangel ist – im Vergleich zu nicht rauchenden Trägern des Gendefekts – um Jahre reduziert.

Rauchverzicht ist deshalb bei nachgewiesenem Alpha-1-Antitrypsin-Mangel die wichtigste Maßnahme, um einer fortschreitenden Lungenerkrankung vorzubeugen. Zeichnet sich bereits eine Schädigung der Atemorgane ab, erfolgt die Behandlung wie bei einer „klassischen“ COPD.



Welche Untersuchungen stehen an?

Bei Verdacht auf COPD stehen verschiedene Untersuchungen an, um die Diagnose zu sichern. Auch andere Krankheiten könnten hinter den Beschwerden stecken, was ebenso abzuklären ist wie das Ausmaß der Erkrankung. Vor jeder Untersuchung werden Sie über Sinn und Zweck sowie den genauen Ablauf aufgeklärt.

Anamnese

Zunächst einmal wird Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie ausführlich befragen. Anamnese heißt das in der Fachsprache. Der Arzt oder die Ärztin möchte Bescheid wissen über Ihre aktuellen Beschwerden sowie den bisherigen Krankheitsverlauf und wird sich gezielt nach Begleiterkrankungen erkundigen. Hilfreich bei der Anamnese sind standardisierte Fragebögen wie der CAT-Test (COPD Assessment Test), der acht für die COPD-Diagnose relevante Fragen umfasst, etwa nach der Häufigkeit Ihres Hustens oder ob Sie verschleimt sind. Die Antworten werden bepunktet und ergeben in der Summe einen aussagekräftigen Wert. Standardisierte Fragebögen wie CAT, mMRC-Test (Modified Medical Research Council) und CCQ (COPD Control Questionnaire) dienen dazu, subjektive Beschwerden für den Arzt besser greifbar und vergleichbar zu machen. Auch zur Verlaufskontrolle der COPD werden diese Fragebögen eingesetzt.

Spirometrie: kleiner Lungenfunktionstest

Basisuntersuchung bei Verdacht auf COPD ist die Lungenfunktionsprüfung. Dafür gibt es zwei verschiedene Methoden: die Spirometrie, die als kleiner Lungenfunktionstest bezeichnet wird, und die aufwendigere Ganzkörper-Plethysmographie, auch große Lungenfunktionsprüfung genannt. Die Spirometrie erfolgt meist in der Hausarztpraxis.

Der Lungenfunktionstest hilft, eine COPD zu erkennen.



Die Untersuchung ist einfach durchzuführen und gleichzeitig sehr aufschlussreich. Sie erlaubt wichtige Aussagen über die Leistungsfähigkeit der Lunge.

So läuft die Untersuchung ab: Die Nase wird mit einer Klemme luftdicht verschlossen, sodass Sie während der Untersuchung nur durch den Mund ein- und ausatmen. Das Mundstück muss fest mit den Lippen umschlossen werden, damit keine Luft entweichen kann. Über das Mundstück atmen Sie dann in das Spirometer hinein, das Ihre Atemströme aufzeichnet.

Nach einigen gleichmäßigen Atemzügen werden Sie aufgefordert, Ihre Atmung gezielt zu verändern. Es ist wichtig, dass Sie die Anweisungen des medizinischen Personals genau befolgen. Qualität und Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse hängen entscheidend von der Mitarbeit des Patienten ab. Um möglichst charakteristische Werte zu erhalten, werden in der Regel drei Messungen in Folge durchgeführt.

Wichtige Messgrößen bei der Spirometrie sind die Vitalkapazität und die Einsekundenkapazität:

- **Vitalkapazität (VC):** Die VC ist die Luftmenge (Lungenvolumen), die von der Lunge maximal aufgenommen werden kann. Zur Bestimmung der VC atmet der Patient oder die Patientin zunächst so tief wie möglich aus und anschließend so tief wie möglich ein.
- **Einsekundenkapazität (forciertes expiratorisches Volumen, FEV1):** Zur Bestimmung der Einsekundenkapazität atmet die Patientin oder der Patient zunächst tief ein und anschließend so schnell wie möglich aus. Gemessen wird die Luftmenge, die innerhalb einer Sekunde ausgeatmet wird.

Nach der Spirometrie haben Sie vielleicht einen trockenen Mund oder verspüren einen leichten Hustenreiz. Eventuell wird Ihnen durch das tiefe Atmen auch etwas schwindelig. Diese Nebenwirkungen verflüchtigen sich aber rasch. Zu beachten ist: Keine Zigarette kurz vor der Untersuchung! Außerdem sollten Sie vorher keine großen Mahlzeiten zu sich nehmen, weil ein voller Bauch die Untersuchungsergebnisse verfälschen kann.

Ganzkörper-Plethysmographie: große Lungenfunktionsprüfung

Eventuell wird Ihr Hausarzt Sie für eine Ganzkörper-Plethysmographie an einen Lungenfacharzt überweisen. Diese große Lungenfunktionsprüfung liefert noch detailliertere Informationen, häufig jedoch reicht die Spirometrie allein schon aus. Eine Ganzkörper-Plethysmographie wird unter anderem zur Abklärung einer Lungenüberblähung durchgeführt. Man kann damit das Restvolumen bestimmen, das nach komplettem Ausatmen in der Lunge verbleibt. Bei Betroffenen mit COPD kann dieses Volumen deutlich erhöht sein.

Aussagekräftige Ergebnisse sind bei der Ganzkörper-Plethysmographie weniger von der Mitarbeit der Patienten abhängig, was bei einer schweren Atemwegserkrankung von Vorteil sein kann. Bei der Ganzkörper-Plethysmographie sitzt der Patient in einer luftdicht verschlossenen Glaskabine, deren Luftvolumen bekannt ist. Wie bei der Spirometrie wird die Nase mit einer Klemme verschlossen, sodass die Atmung über den Mund erfolgt. Wenn der Patient einatmet, verringert sich der Luftdruck in der Glaskabine. Wenn er ausatmet, steigt der Druck an. Die Druckänderungen in der Kammer, die von Messfühlern registriert werden, entsprechen den Druckänderungen in den Atemwegen des Patienten und liefern ein Abbild seiner Lungenfunktion.

Ganzkörper-Plethysmographie: Dieser Lungenfunktionstest liefert noch genauere Informationen als die Spirometrie.



COPD oder Asthma?

Als Nächstes muss geklärt werden: Hat der Patient COPD oder Asthma? Beides sind chronische Atemwegserkrankungen, die mit Luftnot und einer eingeschränkten Lungenfunktion einhergehen. Der große Unterschied: Bei COPD sind die Bronchien immer verengt, beim Asthma dagegen machen sie nur hin und wieder dicht. Bei COPD sind die Atemwege chronisch mit Schleim verstopft. Beim Asthma dagegen zieht sich die Atemwegsmuskulatur anfallsweise zusammen, wofür meist allergische Reaktionen verantwortlich sind.

Dieser Unterschied lässt sich nutzen, um die Diagnose abzusichern: Die Testperson atmet ein Medikament ein, das die Bronchialmuskulatur entkrampft. Bei Asthma verbessert sich dadurch die Lungenfunktion. Bei COPD dagegen tut sich im Lungenfunktionstest gar nichts, weil die Testsubstanz die Enge nicht beseitigen kann.

Asthma-COPD-Overlap

Allerdings lässt sich die Frage „COPD oder Asthma?“ nicht immer eindeutig beantworten. Es gibt Patientinnen und Patienten, die Züge beider Erkrankungen gleichzeitig tragen: Die Atemwege sind dauerhaft verengt, wie es für eine COPD typisch ist. Das Ausmaß der Verengung kann allerdings – ähnlich wie beim Asthma – schwanken. Mediziner sprechen in diesen Fällen von einem Asthma-COPD-Overlap (ACO), wobei es sich allerdings um kein einheitliches Krankheitsbild handelt. Laut Schätzungen liegt bei bis zu 30 Prozent aller Patienten mit chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen ein Asthma-COPD-Overlap vor.

Wie fit sind Sie?

Steht die Diagnose COPD fest, muss noch untersucht werden, wie stark die körperliche Belastbarkeit durch die Atemwegserkrankung eingeschränkt ist. Deshalb wird die Leistungsfähigkeit erfragt oder getestet. Ihr Hausarzt wird Sie danach fragen, wie viele Stockwerke und welche Strecke Sie noch laufen können. In manchen Fällen wird auch ein Sechs-Minuten-Gehtest durchgeführt. Dieser verschafft dem Arzt einen guten Eindruck über Ihre Leistungsfähigkeit.



Bei einer COPD ist es wichtig, das Körpergewicht im Auge zu behalten, da Über- oder Untergewicht vermieden werden sollten.

Das Zünglein an der Waage

Das Körpergewicht spielt bei COPD und einem Lungenemphysem eine entscheidende Rolle. Es gibt Patienten, die zu Übergewicht neigen. Und es gibt Patienten, die eher Gefahr laufen, dass sie zu viel Gewicht verlieren. Beides ist ungünstig mit Blick auf die Atemwegserkrankung. In jedem Fall ist es wichtig, das Körpergewicht im Auge zu behalten und gegenzusteuern, falls sich ein ungünstiger Trend in die eine oder andere Richtung abzeichnet.

In schlechter Gesellschaft

Eine COPD kommt selten allein. Oft haben Betroffene weitere Erkrankungen, die den Verlauf der COPD ungünstig beeinflussen können. Bei rund 80 Prozent aller COPD-Patienten liegt mindestens eine weitere behandlungsbedürftige Erkrankung vor – etwa eine schlafbezogene Atemstörung oder Lungenkrebs, bei älteren Personen sind es oft mehrere. Vor diesem Hintergrund wird Ihr Arzt sein Augenmerk auch auf Begleiterkrankungen richten.



Regelmäßige Spaziergänge tun gut und können Muskel- und Knochenschwund vorbeugen.

Altersbedingte Muskelverluste

Die körperliche Leistungsfähigkeit kann in fortgeschrittenen Stadien von COPD und Lungenemphysem stark beeinträchtigt sein. Dabei spielt – neben Unterernährung und Untergewicht – der Verlust an Muskelmasse eine maßgebliche Rolle. Im Laufe des Erwachsenenlebens nimmt die Muskelmasse ab, was mit Kraftverlust verbunden ist. Der Abbau von Muskelfasern (Sarkopenie) ist ein normaler Alterungsprozess. Vor allem im höheren Alter kann die Sarkopenie große Probleme bereiten. Sie ist ein wesentlicher Faktor altersbedingter Gebrechlichkeit. Besonders problematisch ist Muskelschwund bei Menschen mit chronischen Erkrankungen wie COPD und Lungenemphysem, weil bei ihnen oft altersbedingte und krankheitsbedingte Muskelverluste zusammenkommen. COPD-bedingte Muskelverluste resultieren unter anderem aus Entzündungsprozessen, Mangelernährung und zu wenig Bewegung.

Muskelverluste beeinflussen die Prognose bei COPD und Lungenemphysem sehr nachteilig. Deshalb ist es wichtig, bei Anzeichen von Muskelschwund frühzeitig gegenzusteuern oder besser noch von Anfang an vorbeugend zu wirken. Gezieltes körperliches Training – immer auf die individuelle Leistungsfähigkeit abgestimmt – kann Muskel- und Kraftverluste verhindern. Allein schon regelmäßige Spaziergänge tun Ihnen gut – auch mit Blick auf die Knochengesundheit übrigens. Unsere Knochen brauchen regelmäßige Bewegung, um funktionstüchtig zu

bleiben. Bewegung beugt Knochenschwund (Osteoporose) vor, der eine COPD ebenfalls komplizierter machen kann.

Herzerkrankungen und Diabetes

Viele Personen mit COPD leiden zusätzlich an Herzerkrankungen: Koronare Herzkrankheit (Verkalkung der Herzkranzgefäße mit erhöhtem Infarktrisiko), Herzinsuffizienz (Herzschwäche) und Herzrhythmusstörungen kommen bei COPD-Patienten häufiger vor als bei gleichaltrigen Menschen ohne COPD. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird Sie deshalb gezielt auf mögliche Herzerkrankungen hin untersuchen. Herzerkrankungen können im Doppelpack mit einer COPD leicht übersehen werden, weil sie ähnliche Beschwerden wie Atemnot, Brustenge und Einbußen der Leistungsfähigkeit verursachen. Beide Erkrankungen müssen konsequent behandelt werden.

Häufig entwickeln COPD-Patienten auch einen Diabetes Typ 2, der mit einem deutlich erhöhten Risiko für Herzerkrankungen einhergeht. Wer Diabetes hat, sollte daher einen gut eingestellten Blutzuckerspiegel haben, denn dieser wirkt sich auf die COPD positiv aus: Erhöhte Blutzuckerwerte beeinflussen das Infektgeschehen, was zu Exazerbationen führen kann. Auch eine Kortisontherapie beeinflusst den Blutzuckerspiegel. Daher sollten Sie und Ihre Ärztin oder Ihr Arzt dies im Blick haben.

AOK- Curaplan

Alles im Blick

Erster Ansprechpartner ist in der Regel Ihr Hausarzt, der alle Fäden in der Hand hält. Er koordiniert sämtliche Maßnahmen, die zu einem erfolgreichen COPD-Management gehören, und wird Sie bei Bedarf an spezialisierte Fachkollegen überweisen. Regelmäßige Kontrolltermine bringen Ihren Arzt laufend auf den neuesten Stand und bieten Ihnen die Möglichkeit, alle im Alltag auftauchenden Fragen zeitnah zu besprechen.



Eine COPD kann nicht nur körperlich, sondern auch psychisch belastend sein.

Im Fokus

Wenn die Krankheit auf die Stimmung drückt

Jede chronische Erkrankung ist eine Belastung für die Psyche. Das gilt besonders auch für chronische Atemwegserkrankungen wie COPD. Wenn man schlecht Luft bekommt und im Alltag nicht mehr voll leistungsfähig ist, macht das Angst und wirkt sich negativ auf die psychische Verfassung aus. Menschen mit COPD leiden vermehrt unter depressiven Verstimmungen, grübeln viel und trauen sich wenig zu. Angstzustände sind ebenfalls keine Seltenheit. Die Dunkelziffer ist hoch.

Denn oft scheuen sich Betroffene, über psychische Probleme zu sprechen. „Das geht niemanden etwas an, das mache ich mit mir allein aus.“ Diese Haltung ist sehr verbreitet. Dabei sind Erschöpfungszustände angesichts einer chronischen Erkrankung mehr als verständlich und ganz normal. Sie haben nichts mit psychischer Labilität oder mangelnder Widerstandskraft zu tun.

Reden hilft

Wenn Sie also merken, dass Ihnen die COPD stark zusetzt und Sie oft niedergeschlagen sind, igeln Sie sich nicht ein. Sprechen Sie mit jemandem darüber, dem Sie vertrauen. Das können Familienangehörige, Freunde, Ihre Ärztin oder Ihr Arzt sein. Sich die Last von der Seele zu reden, kann Druck nehmen. Gemeinsam können Sie dann überlegen, wie Sie wieder mehr Zuversicht gewinnen können.

Ziel ist es, die Krankheit zu akzeptieren, ohne dass sie das ganze Leben beherrscht. Eventuell würde es Ihnen guttun, einmal mit einem Psychotherapeuten zu reden, der in der Begleitung chronisch kranker Menschen erfahren ist. Als Betroffener ist man häufig etwas betriebsblind. Ein anderer sieht da oft klarer und erkennt leichter, wie es in der individuellen Situation gelingen könnte, wieder mehr Lebensmut und Lebensfreude zu entwickeln. Ermutigend kann auch der Erfahrungsaustausch in einer Selbsthilfegruppe sein.

Eine nachweislich gute Strategie gegen Trübsal und depressive Verstimmungen ist Bewegung, am besten draußen in der Natur. Manchen Menschen helfen auch Entspannungsübungen.

Unterstützung im Netz

Das interaktive, kostenfreie AOK-Onlineprogramm Moodgym kann Ihnen helfen, mit Stimmungsschwankungen und Ängsten umzugehen. Es ist aber kein Ersatz für eine ärztliche oder psychotherapeutische Beratung oder Behandlung. Vielleicht schauen Sie mal rein:

moodgym.de



Wie wird COPD behandelt?

COPD ist eine chronische Krankheit, die zwar nicht heilbar, aber doch gut behandelbar ist. Die Therapie folgt einem Stufenplan. In erster Linie kommen Medikamente zum Einsatz, die die verengten Bronchien erweitern. Ganz wichtig: Wenden Sie bitte die verordneten Therapien genauso an, wie es Ihnen Ihre Ärztin oder Ihr Arzt erklärt.

Eine Behandlung kann nur wirken, wenn sie auch richtig angewendet wird. Das klingt nach einer Binsenweisheit. Trotzdem ist es sinnvoll, sich einmal bewusst mit diesem Thema auseinanderzusetzen. Denn: Viele Medikamente werden eben nicht so angewendet, wie sie sollten. Dauermedikamente werden nicht regelmäßig eingenommen. Die vorgeschriebenen Zeiten werden nicht eingehalten. Und gar nicht so selten kommt es vor, dass verordnete Medikamente im Müll landen.

Mediziner sprechen in diesem Zusammenhang von fehlender Adhärenz oder Therapietreue. Es geht darum, wie gut Patienten mit dem Arzt zusammenarbeiten und die ärztlichen Therapieempfehlungen umsetzen. Adhärenz ist Voraussetzung für den Therapieerfolg. Mangelnde Adhärenz gefährdet den Erfolg oder macht ihn zunichte.

Therapie nicht in eigener Regie verändern!

Häufig setzen Patientinnen oder Patienten die verordneten Medikamente ab, weil die Beschwerden nachlassen oder ganz verschwunden sind. Sie meinen: Die Therapie hat gewirkt, also brauche ich keine Medikamente mehr. Das mag bei einer Erkältung sein. Bei chronischen Krankheiten wie COPD jedoch ist das nicht so. Die Basismedikamente der COPD-Behandlung müssen auf Dauer angewendet werden. Das Ziel ist, die Krankheit dauerhaft unter Kontrolle zu bringen. Lässt man die Medikamente bei nachlassenden Beschwerden weg, ist eine erneute Verschlechterung programmiert. Die Krankheit ist ja nicht verschwunden und flammt sofort wieder auf, wenn sie nicht in Schach gehalten wird. Setzen Sie Medikamente also nicht eigenmächtig ab und reduzieren Sie auch die Dosis nicht in eigener Regie.

Nebenwirkungen sind ein weiterer Grund, warum Betroffene ihre Medikamente nicht richtig einnehmen. Oft wird der Arzt gar nicht darüber informiert und es vergehen längere Zeiträume, in denen kein medikamentöser Schutz besteht. Das sollten Sie nicht riskieren. Vereinbaren Sie – wenn Nebenwirkungen auftreten – zeitnah einen Arzttermin. Manche Nebenwirkungen verschwinden, wenn man die Dosis des Medikaments reduziert. Oder aber Ihr Arzt stellt Sie auf ein anderes Medikament um, das Sie ebenso gut schützt, aber besser verträglich ist.

Die Behandlung der COPD zielt darauf ab, die Lebensqualität der Patienten und Patientinnen zu verbessern, Beschwerden wie Atemnot und Husten zu reduzieren und die Leistungsfähigkeit zu erhalten. Ein Fortschreiten der chronischen Atemwegserkrankung soll möglichst verhindert werden. Das wirksamste Mittel, um dieses Ziel zu erreichen, ist allerdings kein Medikament. Es ist der Rauchverzicht. Meist sind die Inhaltsstoffe des Zigarettenrauchs für die Atemwegsschäden verant-

wortlich und treiben sie voran, falls Sie den giftigen Qualm weiter inhalieren. Wenn Sie es aber schaffen aufzuhören, wird es Ihnen in Zukunft spürbar besser gehen.

Bronchodilatoren erweitern die Bronchien

Die medikamentöse Behandlung der COPD setzt in erster Linie auf Wirkstoffe, die die verengten Bronchien erweitern. In der Fachsprache heißen solche Medikamente Bronchodilatoren. Es handelt sich entweder um Beta-2-Sympathomimetika oder um Anticholinergika. Sie werden inhaliert, was bei Atemwegserkrankungen von Vorteil ist, weil die Medikamente auf diesem Weg direkt an ihren Wirkort gelangen.

Beta-2-Sympathomimetika docken an sogenannte Beta-2-Rezeptoren in der Bronchialmuskulatur an. Für die Muskeln ist das ein Signal, sich zu entspannen, wodurch sich die Bronchien weiten. **Anticholinergika** stellen die Atemwege ebenfalls weit, sie setzen aber an einer anderen Signalstation an. Deshalb lassen sich Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika auch gut miteinander kombinieren, falls eine stärkere Erweiterung der Bronchien erforderlich ist. Es gibt eine Vielzahl von Kombinationspräparaten, die ein Beta-2-Sympathomimetikum plus ein Anticholinergikum enthalten. Für Sie als Patientin oder Patient hat das den Vorteil, dass Sie nur ein Spray anwenden müssen, dabei aber von der Doppelwirkung profitieren.

AOK- Curaplan

Bewährt, geprüft und regelmäßig

Als Curaplan-Teilnehmer erhalten Sie die bestmögliche Therapie. Die verordneten Medikamente wurden umfassend geprüft und haben ihre Wirksamkeit und Verträglichkeit unter Beweis gestellt. Die Therapieauswahl folgt den Prinzipien der sogenannten evidenzbasierten Medizin, die sich auf kontrollierte Studien mit höchster Aussagekraft stützt. Gleichzeitig profitieren Sie vom medizinischen Fortschritt, denn die DMP-Richtlinien werden laufend überarbeitet. Damit diese bewährte und geprüfte Therapie ihren vollen Nutzen entfalten kann, sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen beim koordinierenden Arzt oder der Ärztin nötig und für Sie verpflichtend.



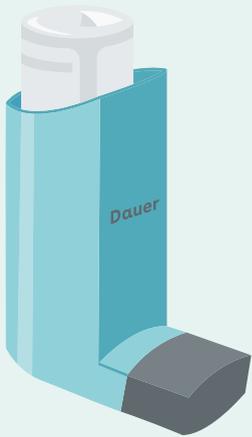
Für Ihre Therapie gibt es eine Vielzahl von Inhalatoren und Sprays. Lassen Sie sich zeigen, wie Sie diese richtig anwenden – und verwenden Sie sie regelmäßig.

Bedarfs- und Dauertherapie

Bronchodilatoren gibt es in schnell wirksamer und in lang wirksamer Form. Rasch wirksame Präparate werden bei Bedarf angewendet, wenn akute Atemprobleme auftreten. Die Wirkung setzt innerhalb weniger Minuten ein und Sie bekommen schnell wieder Luft. Andererseits hält die Wirkung aber nicht lange vor. Schnell wirksame Bronchodilatoren sind also perfekt für die Beseitigung akuter Atemnot. Menschen mit leichter COPD kommen allein mit einem solchen Bedarfsmedikament zurecht.

Reicht das Bedarfsmedikament allein nicht aus, wird die medikamentöse Therapie Stufe für Stufe intensiviert. Dabei ist die Einsekundenkapazität (→ Seite 18) richtungsweisend. Ab der zweiten Stufe erfolgt eine Dauertherapie. Das heißt: Die Patienten wenden täglich Medikamente an, die ihnen rund um die Uhr das Atmen erleichtern und sie vor Atemnot schützen sollen. Als Dauertherapie kommen in erster Linie lang wirksame Bronchodilatoren zum Einsatz, die ihre Wirkung über viele Stunden hinweg entfalten. Sie müssen regelmäßig inhaled werden – in welchen Abständen, erklärt Ihnen Ihre Ärztin oder Ihr Arzt.

Zusätzlich zur Dauertherapie haben alle Personen mit COPD einen schnell wirksamen Bronchodilatator in der Hinterhand. Dieses Bedarfsmedikament wenden Sie bitte bei akuter Atemnot an. Zwar beugt die Dauertherapie Atemproblemen effektiv vor, hundertprozentig ist dieser Schutz aber nicht. Es kann also trotzdem schon mal passieren, dass



Beschriften Sie die verschiedenen Sprays, damit Sie sie nicht verwechseln.

Sie schwer Luft bekommen. Für einen solchen Fall sollten Sie Ihr schnell wirksames Spray immer griffbereit haben. Es ist ganz wichtig, dass Sie den Unterschied zwischen Dauermedikament und Bedarfsmedikament verstehen. Vielleicht kennzeichnen Sie sich die verschiedenen Sprays, um eine Verwechslung auszuschließen.

Kortison nicht für alle!

Ist die COPD mit bronchienerweiternden Medikamenten allein nicht in den Griff zu bekommen, werden eventuell zusätzlich inhalative Glukokortikosteroide eingesetzt. Sie sind verwandt mit dem körpereigenen Hormon Kortison und werden der Einfachheit halber verkürzt als Kortison bezeichnet.

Kortison ist ein hochwirksamer Entzündungshemmer. Sein Einsatz bei COPD

zielt darauf ab, die chronische Entzündung der Bronchialschleimhaut unter Kontrolle zu bringen. Aber die Erfahrung zeigt, dass nicht alle COPD-Patienten von Kortison profitieren. Es sollte daher nur zum Einsatz kommen, wenn innerhalb von zwölf Monaten zwei oder mehr Exazerbationen auftreten, eine Exazerbation so stark ist, dass sie trotz Bronchodilatortherapie im Krankenhaus behandelt werden muss, oder wenn Anzeichen eines Asthma bronchiale vorliegen. Im Stufenplan ist der Einsatz von inhalativem Kortison daher ab der dritten Therapiestufe vorgesehen.

Auch Kortison wird bei COPD inhaliert. Nebenwirkungen sind bei dieser Anwendungsart minimiert, weil nur in winzigen Mengen Kortison ins Blut gelangt. Außerdem kann bei der Inhalation Kortison sehr niedrig dosiert werden. Kortison in Tablettenform muss höher dosiert werden, weil ein Großteil des Wirkstoffs im Blutkreislauf „auf der Strecke“ bleibt und die Atemwege nicht erreicht. Bei längerer Einnahme von Kortisontabletten können Nebenwirkungen wie Knochenschwund (Osteoporose), Akne und vermehrt blaue Flecken auftreten. Bei der Inhalation dagegen sind diese Nebenwirkungen nicht zu befürchten.

Für Patienten mit schwerer COPD, die sich mit lang wirksamen Bronchodilatoren nicht ausreichend behandeln lassen, steht ein weiteres

AOK- Curaplan

So wenig wie möglich, so viel wie nötig

COPD-Patienten benötigen meist mehrere Medikamente – auch deshalb, weil sie häufig an Begleiterkrankungen leiden. Andererseits sollen sie mit möglichst wenigen Medikamenten auskommen, damit die Behandlung nicht zu kompliziert wird. Hinzu kommt, dass das Risiko von unerwünschten Wechselwirkungen mit der Anzahl der Arzneimittel steigt. Curaplan-Teilnehmer mit fünf oder mehr dauerhaft verordneten Medikamenten erhalten deshalb einen Medikationsplan, in dem Arzt und Patient gemeinsam alle aktuell angewendeten Medikamente (auch rezeptfreie) auflisten. Mindestens einmal im Jahr (bei Bedarf häufiger) wird dieser Medikationsplan daraufhin überprüft, ob eventuell Doppelmedikationen und dadurch Wechselwirkungen vorliegen. Dann kann auf ein Medikament verzichtet oder die Dosis angepasst werden – oder es gibt einen Medikamentenwechsel.

Medikament zur Verfügung: Roflumilast hat entzündungshemmende Eigenschaften. Der Wirkstoff wird bei schwerer therapieresistenter COPD mit Husten und Auswurf sowie bei zwei oder mehr Exazerbationen pro Jahr zusätzlich zu den bereits genannten Medikamenten gegeben.

Langzeittherapie mit Sauerstoff

In späten Stadien der COPD kann die Lunge so stark geschädigt sein, dass der Sauerstoffaustausch zwischen Lungen und Blut nicht mehr ausreicht und ein chronischer Sauerstoffmangel im Blut vorliegt. Die Patienten sind ständig müde und ihre Leistungsfähigkeit ist stark eingeschränkt. Mit der Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT) steht für die betroffenen Patienten eine wirksame Behandlung zur Verfügung. Aus einem mobilen Gerät werden sie über einen dünnen Schlauch – eine sogenannte Nasenbrille – mit Sauerstoff versorgt. Die Behandlung muss mindestens 15 Stunden am Tag erfolgen, weil der Sauerstoff gleich verbraucht wird und vom Körper nicht gespeichert werden kann.

Die Langzeit-Sauerstofftherapie kann die Lebensqualität deutlich verbessern. Die Patienten sind belastbarer, leiden weniger unter Atemnot und sind weniger müde. Die Chancen, dass sie ihr Leben selbstständig meistern können, verbessern sich durch die LTOT. Das wurde in Studien nachgewiesen. Voraussetzung: Sie wird korrekt und konsequent



Eine Langzeit-Sauerstofftherapie kann die Lebensqualität deutlich verbessern.

durchgeführt. Dabei gibt es jedoch häufig Probleme, weil viele Patienten die Langzeit-Sauerstofftherapie nicht akzeptieren. Sie lehnen es ab, ständig mit dem mobilen Sauerstoffgerät herumzulaufen. Manche halten die Therapie auch für wirkungslos, weil sie weiter unter Husten und Auswurf leiden und die positiven gesundheitlichen Veränderungen geringerschätzen. Nebenwirkungen der LTOT wie trockene Schleimhäute und Hautreizungen am Naseneingang tun ein Übriges.

Keine Frage, ein tragbares Sauerstoffgerät als ständiger Begleiter ist lästig. Aber ist diese Option nicht sehr viel

besser, als immer weniger leistungsfähig und zunehmend auf fremde Hilfe angewiesen zu sein? Wenn Sie mit der Sauerstofftherapie nicht zurechtkommen, verbannen Sie das Gerät bitte nicht stillschweigend in die Abstellkammer. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Geräte und Nasenbrillen. Durch einen Produktwechsel lässt sich der Therapiekomfort in vielen Fällen optimieren.

Die Sauerstoffsättigung des Blutes lässt sich – ganz unblutig – mit einem Fingerclip-Messfühler bestimmen, der an der Fingerkuppe befestigt wird. Diese Messung gibt Hinweise, ob eine Sauerstofftherapie erforderlich sein kann. Dafür wird Sie der Hausarzt an einen Lungenfacharzt überweisen.

AOK-Curaplan

Dank gezielter Reha fit für den Alltag

Bei COPD-bedingten Einschränkungen können gezielte Reha-Maßnahmen einiges bringen. Während der meist mehrwöchigen Rehabilitation, die stationär in einer Klinik oder eventuell auch ambulant erfolgt, werden Patienten fit gemacht für ihren Alltag. Unter anderem stehen Ernährungsfragen, wohl dosiertes körperliches Training und Atemübungen auf dem Programm. Wenn Ihr Curaplan-Arzt den Eindruck hat, Sie könnten von einer Reha profitieren, wird er mit Ihnen die Möglichkeiten im Detail besprechen.

Die Entscheidung für eine Sauerstofftherapie orientiert sich – abgesehen von der Sauerstoffsättigung und der Blutgasanalyse – am Befinden des Patienten und seinem Beschwerdebild. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird Sie selbstverständlich in die Entscheidung einbeziehen und die verfügbaren Therapieoptionen ausführlich mit Ihnen besprechen. Neben der LTOT gibt es auch noch die Atemunterstützung über eine Gesichtsmaske, die sogenannte nicht-invasive Beatmung (NIV).

Die NIV kann ebenfalls zu Hause durchgeführt werden. Die Technik ist allerdings etwas sperriger und der Patient nicht so beweglich wie mit der LTOT. Die NIV wird in der Regel in der Nacht durchgeführt, wenn der Patient schläft. Bei Bedarf kann aber auch tagsüber die Atmung unterstützt werden. Die nicht-invasive Beatmung erfolgt über eine Atemmaske, die fest auf Mund und Nase sitzt. Über einen Schlauch pumpt das Beatmungsgerät ein Luft-Sauerstoff-Gemisch in die Lunge des Patienten. Studien belegen, dass schwerkranke Menschen mit COPD, die nicht-invasiv beatmet werden, seltener ins Krankenhaus müssen und eine höhere Lebenserwartung haben.

Wenn medikamentöse und nicht-invasive Therapien (wie LTOT) nicht ausreichen, die Krankheit weiter voranschreitet und zu einer schweren Form der COPD wird, kann eine Operation an der Lunge in Betracht gezogen werden. Dabei werden entweder einzelne Emphyseblasen entfernt oder eine Lungenvolumenverkleinerung vorgenommen. In besonders schweren Fällen kann eine Lungentransplantation notwendig sein.

Sekret mobilisieren – aber wie?

Nicht im COPD-Stufenplan aufgeführt sind schleimlösende Medikamente (Sekretolytika), die zähen Schleim verflüssigen und das Abhusten erleichtern. Sekretolytika sind in erster Linie für den kurzfristigen Einsatz bei akuten Atemwegsinfekten gedacht. Bei chronischen Atemwegserkrankungen sollten sie möglichst nicht auf Dauer angewendet werden, sondern eher phasenweise, wenn zäher Schleim verstärkt Probleme bereitet wie im Fall akuter Verschlechterungen (Exazerbationen). Langfristig können Atemtherapiegeräte sowie eine optimierte Hustentechnik helfen, die chronisch verschleimten Atemwege zu befreien. Lassen Sie sich am besten von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt beraten.

Wie inhaliere ich richtig?

Die meisten COPD-Medikamente werden inhaliert, also eingeatmet. Dabei sind einige Punkte zu beachten. Es ist wichtig, dass Sie sich mit Ihrem Inhaliersystem erst einmal vertraut machen und ein bisschen üben.

Beim Inhalieren gelangen die Medikamente auf direktem Weg dorthin, wo sie wirken sollen. Wird das Medikament dagegen als Tablette eingenommen, muss es einen langen Weg zurücklegen, bis es die Atemorgane erreicht. Der Wirkstoff wird im Blut überall im Körper verteilt, und nur ein Bruchteil kommt in den Atemwegen an. Zwei Vorteile der Inhalation: Man braucht eine geringere Wirkstoffdosis und Nebenwirkungen treten sehr viel seltener auf.

Die Inhalation von Medikamenten erfolgt meist mithilfe von Dosieraerosolen oder Pulverinhalatoren. Dosieraerosole sind handliche Spraydosen, die den Wirkstoff mit einem Treibgas enthalten. Sie sind gleich gebrauchsfertig. Pulverinhalatoren dagegen setzen den Wirkstoff in pulverisierter Form frei, der Patient saugt ihn in die Atemwege ein. Viele Geräte dieses Typs funktionieren mit Wirkstoffkapseln, die der Patient vor jeder Inhalation in das Gerät einlegen und anstecken muss. Dann erst ist der Pulverinhalator startklar.

Übung macht den Meister

Dosieraerosole und Pulverinhalatoren gibt es in unterschiedlichen Modellen, die alle ein bisschen anders funktionieren. Deshalb ist es wichtig, dass Sie sich genau zeigen lassen, wie Ihr Inhalationssystem zu bedienen ist. Sollen Sie verschiedene Medikamente mit unterschiedlichen Inhalierhilfen anwenden, machen Sie sich bitte mit jedem einzelnen System vertraut. Nur mit der richtigen Inhaliertechnik kommt das Medikament in ausreichender Menge in den Atemwegen an und kann die gewünschte Wirkung entfalten.

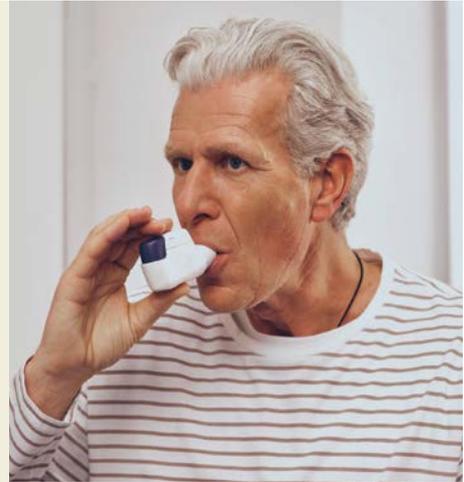
Beim Inhalieren kann man einiges falsch machen. Der Grund ist meist eine unzureichende Einweisung. Lassen Sie sich das richtige Vorgehen zeigen und fragen Sie nach, wenn Ihnen etwas unklar ist. Nachdem Sie geübt haben, führen Sie Ihrem Arzt vor, wie Sie inhalieren. Dann sind Sie auf der sicheren Seite.

Dosieraerosole müssen vor jeder Anwendung geschüttelt werden. Manche Pulverinhalatoren werden erst mit einer Wirkstoffkapsel bestückt, andere sind bereits mit Wirkstoff befüllt. Sowohl für Dosieraerosole als auch für Pulverinhalatoren gilt: Das Mundstück beim Inhalieren fest mit den Lippen umschließen, damit kein Wirkstoff

entweichen kann! Wirkstofffreisetzung und Inhalation erfolgen – den Herstellerangaben entsprechend – leicht zeitversetzt. Nach dem Einatmen halten Sie bitte für einige Sekunden den Atem an, damit das Medikament wirken kann. Dann erst atmen Sie aus.

Diverse Systeme ausprobieren

Gerade für ältere Menschen sind manche Inhaliergeräte nicht ganz leicht zu bedienen. So kann es Probleme bereiten, Wirkstofffreisetzung und Einatmen richtig aufeinander abzustimmen. Mit einem Spacer, der allerdings nur in Kombination mit einem Dosieraerosol anwendbar ist, lässt sich diese Schwierigkeit umgehen. Wenn Spacer und Dosieraerosol miteinander verbunden sind, können Sie zunächst den Auslöser betätigen, woraufhin der Wirkstoff in den Spacer gelangt. Über das Mundstück des Spacers atmen Sie dann ganz entspannt den Wirkstoff ein.



Üben Sie regelmäßig die richtige Inhalationstechnik.

Im Alter ist häufig die Fingerfertigkeit eingeschränkt. Speziell mit Pulverinhalatoren, in die eine Wirkstoffkapsel eingelegt werden muss, tun sich Patienten schwer. Wenn Sie mit dem verordneten Inhaliersystem nicht zurechtkommen, sprechen Sie mit Ihrem Arzt. Angesichts des großen Angebots unterschiedlicher Modelle wird sich in aller Regel ein Inhaliergerät finden, das besser zu Ihnen passt.

Sehr hilfreich sind Videos der Deutschen Atemwegsliga mit Anleitungen für Inhalatoren im Netz unter [atemwegsliga.de](https://www.atemwegsliga.de) → Inhalieren → zu den Videos auf Deutsch

Scan mich!

AOK-Curaplan

Auf der sicheren Seite

Beim Inhalieren von Medikamenten werden häufig Fehler gemacht, die sich manchmal auch erst mit der Zeit einschleichen. Im Rahmen von AOK-Curaplan wird deshalb sehr genau auf das richtige Inhalieren geachtet. Wenn Sie einen neuen Dosier- oder Pulverinhalator verordnet bekommen, werden Sie zunächst ausführlich angeleitet und im Therapieverlauf wird Ihre Inhalationstechnik regelmäßig überprüft. So sind Sie immer auf der sicheren Seite. Denn nur wenn die Inhalationstechnik stimmt, können die Medikamente optimal wirken.



Was kann ich selbst tun?

Erfolgreiches COPD-Management ist Teamwork. Allein kann Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wenig ausrichten, auch Ihre eigene Initiative ist gefordert. Das ist bei COPD genauso wie bei anderen chronischen Erkrankungen. Wie gut es Ihnen geht, hängt entscheidend von Ihrem eigenen Engagement ab. Selbstmanagement ist das Stichwort.

Es wäre natürlich bequem, wenn sich mit einer Tablette alles richten ließe. Aber so einfach ist es leider nicht. Zur erfolgreichen Behandlung der COPD braucht es ein ganzes Maßnahmenpaket. Und viele dieser Maßnahmen liegen in Ihrer Verantwortung. Sie sollten das nicht als Last empfinden, sondern als Chance. Sie sind der Krankheit nicht ausgeliefert! Ist es nicht gut, selbst aktiv etwas für Gesundheit und Wohlbefinden tun zu können?

Wie wichtig es ist, dass Sie Ihre Medikamente entsprechend den ärztlichen Anweisungen anwenden, haben Sie bereits erfahren. Aber zu einem erfolgreichen COPD-Management gehört noch mehr. Wenn Sie ein paar Dinge beherzigen, wird es Ihnen spürbar besser gehen. Am allerwichtigsten ist der „leidige“ Rauchverzicht, dem wir ein eigenes Kapitel ab Seite 58 widmen. Auf den nächsten Seiten geht es um Achtsamkeit, um richtiges Atmen, um Bewegung und Ernährung, um Energiesparen im Alltag sowie um Infektvorbeugung. All das trägt dazu bei, Lebensqualität und Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen.

Dieses Buch ist eine Ergänzung, aber kein Ersatz für die persönliche Patientenschulung. Es ist ganz wichtig, dass Sie an der Schulung teilnehmen, wenn sie von Ihrem Arzt empfohlen wird. Dort vertiefen Sie Ihre Kenntnisse und lernen, Ihr Wissen praktisch anzuwenden. Bitte nutzen Sie die Schulungsangebote. Denn: Gut geschult ist halb gewonnen!

Richtig atmen

Atmen kann man lernen. „Wie das?“, werden Sie fragen. „Man atmet doch ganz automatisch.“ Das stimmt schon, aber dabei ist oft noch Luft nach oben. Bei chronischen Atemwegserkrankungen lässt sich durch eine gezielte Atemschulung viel erreichen.

Zur nicht-medikamentösen Atemtherapie gehören drei Dinge: Atemtechnik verbessern, Atemmuskulatur trainieren und atemerleichternde Techniken erlernen. Eine weitere Möglichkeit ist, an einer Lungensportgruppe teilzunehmen. Auf der Webseite der Atemwegsliga lassen sich Physiotherapeuten mit Schwerpunkt Atemtherapie in Wohnortnähe finden:

atemwegsliga.de → Service → Spezialistensuche → Physiotherapeuten

Zur Optimierung der Atemtechnik müssen Sie sich zunächst einmal bewusst machen, wie Sie atmen. Wie ist Ihr Atemrhythmus? Atmen Sie tief oder flach? Legen Sie die Hände auf Brust und Bauch, entspannen Sie sich und konzentrieren Sie sich dann ganz auf Ihre Atmung. Das hilft



Scan mich!

Ihnen, ein Gefühl für Ihre Atemtechnik zu entwickeln und diese dann gezielt zu verändern.

Es gibt eine Brustatmung und eine Bauchatmung, die beim spontanen Einatmen meist kombiniert werden. Bei der Brustatmung werden die Muskeln zwischen den Rippen angespannt. Dadurch hebt sich beim Einatmen der Brustkorb an und Luft kann in die Lungenflügel einströmen. Bei der Bauchatmung dagegen zieht sich das Zwerchfell zusammen, ein Muskel, der zwischen Brust- und Bauchhöhle sitzt. Wird das Zwerchfell angespannt, vergrößert sich der Brustraum nach unten. In der Folge dehnen sich die Lungenflügel beim Einatmen ebenfalls in Längsrichtung aus. Die Bauchorgane treten dabei leicht hervor. Das ist hilfreich, wenn man lernen will, bei der Atmung bewusst das Zwerchfell einzusetzen. Schließlich gibt es auch noch die Atemhilfsmuskulatur im Brust- und Schultergürtel. Viele Menschen mit COPD nehmen diese Muskelgruppen verstärkt zur Hilfe.

Atemübungen: einfach und effektiv

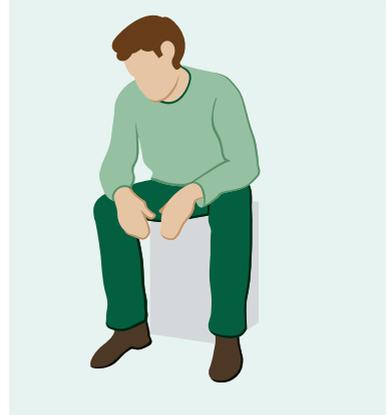
Mithilfe einfacher und dabei sehr effektiver Übungen lassen sich die Atemmuskulatur trainieren, der Brustkorb beweglicher machen und die Atemtechnik verbessern. Die Atemtechnik zu verändern gelingt nicht von jetzt auf gleich, denn Sie müssen ja eingespielte Automatismen überwinden. Also haben Sie etwas Geduld. Wichtig ist, dass Sie die erlernten Übungen regelmäßig – am besten täglich – durchführen. Das gilt auch für Techniken, die Ihnen bei akuter Atemnot helfen sollen, besser Luft zu bekommen. Durch regelmäßiges Üben stellen Sie sicher, dass Sie die Techniken wirklich draufhaben und sie im Ernstfall sofort einsetzen können, ohne groß zu überlegen.

Leichter atmen mit Kutschersitz und Torwartstellung

Wer schlecht Luft bekommt, neigt dazu, sich zu verspannen. Körperhaltungen wie Torwartstellung und Kutschersitz können Ihnen helfen, zu entspannen und das Atmen zu erleichtern. Die Atemhilfsmuskulatur von Brust- und Schultergürtel kann optimal arbeiten, wenn Sie die Haltung eines Torwarts oder Kutschers einnehmen. Lassen Sie sich genau zeigen, worauf es bei diesen Körperpositionen ankommt, und wenden Sie sie bei akuten Atemproblemen konsequent an.

Kutschersitz

- Auf die vordere Kante eines Stuhls setzen und die Beine öffnen
- Den Oberkörper weit vorbeugen und die Unterarme auf den Oberschenkeln abstützen, sodass das Gewicht des Oberkörpers auf den Armen ruht
- Der Rücken ist gerade und Sie sitzen ganz entspannt
- Dabei ruhig und gleichmäßig ein- und ausatmen



Torwartstellung

- Mit leicht gespreizten Beinen hinstellen. Die Knie sind leicht angewinkelt
- Den Oberkörper leicht nach vorn beugen
- Die Hände über den Knien auf den Oberschenkeln abstützen. Die Daumen zeigen dabei nach außen, die übrigen Finger nach innen
- Sie stehen ganz entspannt und atmen ruhig ein und aus



Lippenbremse

Bei akuter Luftnot sollten Sie die Lippenbremse einsetzen: Legen Sie beim Ausatmen die Lippen locker aufeinander, sodass sich die Backen leicht aufblähen. Aber nicht zu stark aufblasen! Dann atmen Sie langsam aus. Ein Strohhalm kann helfen, das rechte Maß zu finden. Der lockere Lippenschluss dient dazu, den Atemstrom auszubremsen und so die Atemwege zu stabilisieren.

- Tief durch die Nase einatmen
- Anschließend durch die locker geschlossenen Lippen langsam wieder ausatmen



Das Peak-Flow-Meter nutzen

Das Peak-Flow-Meter ist ein kleines, einfach zu bedienendes Gerät, mit dem Sie Ihre Lungenfunktion selbst bestimmen können. Es hilft Ihnen, Ihren Körper zu verstehen.

Ein achtsamer Umgang mit dem eigenen Körper ist bei chronischen Erkrankungen das A und O. Das gilt auch für die COPD. Wer weiß, wie der eigene Körper tickt und welche Warnsignale er aussendet, kann auf gesundheitliche Veränderungen angemessen reagieren. Mit der Zeit werden Sie dafür ein Gespür bekommen, aber ein achtsamer Umgang mit dem eigenen Körper lässt sich gezielt trainieren. Wie das geht, wird auch in den Patientenschulungen vermittelt.

Ein hilfreiches Instrument bei der Verlaufskontrolle ist das Peak-Flow-Meter, mit dem Sie ganz einfach Ihre Lungenfunktion überprüfen können. Jeder COPD-Patient sollte ein Peak-Flow-Meter besitzen – und es auch regelmäßig benutzen. Am besten besprechen Sie mit

Ihrem Arzt, wie häufig Sie Ihren Peak Flow kontrollieren sollten. In der Regel werden Messungen einmal täglich empfohlen. Die regelmäßigen Messungen liefern Ihnen eine Richtschnur, an der Sie sich gut orientieren können. Ist der Peak Flow stabil, können Sie ganz entspannt sein und alles so weiter machen wie bisher. Sollten sich die Lungenfunktionswerte dagegen tendenziell verschlechtern, suchen Sie bitte zeitnah Ihren Arzt auf, damit er der Sache auf den Grund gehen kann.



Mit dem Peak-Flow-Meter können Sie Ihre Lungenfunktion regelmäßig überprüfen.

So messen Sie richtig

Das Peak-Flow-Meter ist wirklich ganz einfach zu bedienen. Lassen Sie sich in Ihrer Arztpraxis Schritt für Schritt zeigen, wie es geht. Und wenn Sie sich mit dem Gerät vertraut gemacht haben, lassen Sie zur Sicherheit noch einmal überprüfen, ob Sie alles richtig machen.

- Sie stellen sich aufrecht hin.
- Den Zeiger des Geräts schieben Sie auf null.
- Dann atmen Sie tief ein.
- Danach umschließen Sie das Mundstück fest mit den Lippen und pusten schnell und kräftig in das Peak-Flow-Meter hinein. So, als würden Sie eine Kerze ausblasen.
- Merken Sie sich den Wert und schieben Sie den Zeiger zurück auf null.
- Wiederholen Sie die Messung noch zweimal und schreiben Sie den besten der drei Werte auf, am besten in Ihr COPD-Tagebuch.

Peak Flow heißt Spitzenfluss: Sie messen mit dem Peak-Flow-Meter die maximale Strömungsgeschwindigkeit der Atemluft, die Sie beim Ausatmen erzeugen. Maßeinheit ist Liter pro Minute. Der Spitzenfluss ist ein guter Anhaltspunkt für Ihre Lungenfunktion. Je schneller die Luft strömt, desto besser.

Ihr persönlicher Peak-Flow-Bestwert ist das Maß aller Dinge. An ihm werden alle Folgewerte bemessen. Deshalb müssen Sie zunächst Ihren

AOK- Curaplan

Das COPD-Tagebuch der AOK

Akute Atemnot kann durch verschiedene Faktoren ausgelöst werden. Um diese Faktoren zu erkennen und zu vermeiden, ist es empfehlenswert, ein COPD-Tagebuch zu führen. Darin notieren Sie Ihre Peak-Flow-Werte sowie Ihre individuellen Symptome, Bedarfsmedikation und Dauermedikation. Diese Einträge helfen auch dem Arzt, die aktuelle Situation Ihrer Erkrankung besser einschätzen zu können. Eine Vorlage zum Ausdrucken finden Sie unter aok.de/copd → COPD: Angebote und Informationen für Patienten → Tagebuch für COPD-Patienten



Scan mich!

persönlichen Bestwert ermitteln. Dazu messen Sie in einer stabilen Krankheitsphase zwei Wochen lang jeden Tag Ihren Peak Flow und tragen diese Werte in ein Tagebuch ein. Der höchste in dieser Zeit gemessene Wert ist Ihr Bestwert. Grundsätzlich sollten Sie Ihre Werte immer zur selben Tageszeit messen, damit sie vergleichbar sind. Außerdem sollten Sie vor den Messungen Ihre Medikamente anwenden.

Anhand täglicher Messungen sehen Sie, ob Ihre Peak-Flow-Werte stabil sind. Dann ist alles im grünen Bereich, und die Therapie kann bleiben, wie sie ist. Handlungsbedarf besteht, wenn die Peak-Flow-Werte abfallen. Dann ist Vorsicht geboten, umso mehr, wenn gleichzeitig die Beschwerden zunehmen. Wenden Sie bei Atemproblemen konsequent Ihr Bedarfsspray an und – bei entsprechender Verordnung – auch schleimlösende Medikamente. In jedem Fall sollten Sie zeitnah Ihren Arzt aufsuchen, damit er der Sache auf den Grund gehen kann. Es könnte sich um Vorboten eines Krankheitsschubs (Exazerbation) handeln, der zu einer dauerhaften Verschlechterung der Lungenfunktion führen kann. Durch eine zügige Anpassung der Therapie lässt sich das verhindern.

In Bewegung bleiben

Wer bei körperlicher Anstrengung leicht aus der Puste kommt, neigt dazu, sich zu schonen. Das ist verständlich, aber es wäre bei COPD die falsche Strategie. Bewegung – wohldosiert und regelmäßig – trainiert Herz und Kreislauf sowie Ihre Atemorgane. Sie werden spüren, dass es Ihnen damit besser geht.

„Wie viel Bewegung ist denn gut für mich?“, werden Sie fragen. „Ich will mich ja nicht überanstrengen.“ Das ist tatsächlich die entscheidende Frage, wenn Sie als COPD-Patient etwas mehr Bewegung in Ihr Leben bringen möchten. Die Antwort richtet sich nach Ihrem Gesundheitszustand, Ihrer Leistungsfähigkeit und Ihrer Lungenkapazität. In frühen Stadien der Erkrankung mag es empfehlenswert sein, mehrmals pro Woche eine halbe Stunde zu radeln oder schwimmen zu gehen, ganz wie es Ihnen gefällt. Bei fortgeschrittener COPD dagegen ist ein solches Pensum unrealistisch. Je weiter die Krankheit fortgeschritten ist, desto wichtiger ist es, die körperlichen Aktivitäten genau auf die individuellen Fähigkeiten abzustimmen. Aber auch jetzt sollten Sie in Bewegung bleiben.



Es lohnt sich, sich so oft wie möglich zu bewegen, etwa regelmäßig Fahrrad zu fahren – für mehr Leistungsfähigkeit und Lebensqualität.

Unser Körper braucht Training

Es ist bewiesen: Regelmäßige Bewegung verhilft in allen Stadien der COPD zu einer besseren Leistungsfähigkeit und Lebensqualität. Bewegungsmangel dagegen treibt die Atemwegserkrankung voran: Muskelmasse geht verloren und die Kräfte schwinden. Unser Körper will gefordert werden, nur dann bleibt er fit und leistungsfähig. Das gilt für Muskeln und Knochen ebenso wie für Herz und Kreislauf sowie die Atemorgane. Auch das Immunsystem kommt durch Bewegung erst richtig in Schwung. Bei chronischen Erkrankungen sind alle diese Effekte umso bedeutsamer. Also: so oft wie möglich runter vom Sofa und einen Spaziergang oder ein paar Übungen machen.

Bevor Sie loslegen, geht es zum Check-up: Falls noch nicht geschehen, werden dabei Belastungstests auf dem Fahrradergometer oder dem Laufband durchgeführt, bei denen wichtige Vitalfunktionen wie Herz-tätigkeit und Atmung unter körperlicher Belastung beobachtet werden. Anschließend kann Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Ihnen ziemlich genau sagen, wie weit Sie sich belasten dürfen. Auch können Sie auf dieser Basis gemeinsam überlegen, welche Arten der regelmäßigen Bewegung für Sie geeignet sind.

Jeder Schritt zählt

Besonders empfehlenswert sind körperliche Aktivitäten wie Radfahren, Nordic Walking oder Tanzen, mit denen sich die Ausdauer trainieren lässt. Aber auch regelmäßige Spaziergänge – so zügig wie möglich – sind eine gute Möglichkeit, in Bewegung zu bleiben. Je nach Fitness sollten Sie so oft wie möglich das Fahrrad benutzen oder zu Fuß gehen – und wenn es nur zum Briefkasten ist. Jeder Schritt zählt. Viele kleine Schritte, die Sie im Alltag zurücklegen, summieren sich schnell zu einer längeren Strecke. Und schon haben Sie etwas für Ihre Gesundheit getan. Ein besonders gutes Training im Alltag ist Treppensteigen. Regelmäßig eine Etage – das wäre super. Und dann vielleicht noch etwas Bewegung unter professioneller Anleitung: in einer Lungensportgruppe, im sogenannten Rehasport.

Lungensport: Wie wär's mit einem Testlauf?

In einer Lungensportgruppe sind Menschen mit COPD und Lungenemphysem sehr gut aufgehoben. Dort werden Bewegungsprogramme angeboten, die speziell auf diese Zielgruppe ausgerichtet sind. Ihrem Leistungsniveau entsprechend können Sie beim Lungensport trainieren und

Wer an einer Lungensportgruppe teilnimmt, hat Spaß mit anderen und erlebt spürbare Erfolge.



brauchen keine Sorge zu haben, sich zu überfordern. Die Trainer sind sehr erfahren und geübt darin, Menschen mit chronischer Lungenerkrankung zu mehr Bewegung zu motivieren.

Viele Lungensportteilnehmer berichten, dass sie selbst erstaunt waren, wie viel Spaß ihnen das Training macht. Und nicht nur das: Relativ schnell sind im Alltag erste Trainingserfolge spürbar. Die Leistungsfähigkeit nimmt zu, man kommt nicht mehr so schnell aus der Puste und bekommt besser Luft. Beim Lungensport werden Ausdauer, Kraft sowie Beweglichkeit und Koordination trainiert. Außerdem stehen Übungen auf dem Programm, mit denen sich die Atemkapazität gezielt verbessern lässt. Alles zusammen führt oft zu einem deutlichen Anstieg der Lebensqualität. Am Anfang dürfte es Sie Überwindung kosten, sich auf den Weg zu machen und regelmäßig etwas Sport zu treiben. Aber es lohnt sich – das werden Sie sehen.

Ausgewogen ernähren und auf das Gewicht achten

Eine spezielle Ernährung ist bei COPD nicht erforderlich. Wichtig ist, dass Sie auf Ihr Gewicht achten. Sowohl Übergewicht als auch Untergewicht sind ungünstig mit Blick auf die Atemwegserkrankung. Sprechen Sie deshalb mit Ihrem Arzt, wenn Sie Probleme haben, Ihr Gewicht zu halten.

Sowohl Übergewicht als auch Untergewicht kommen bei COPD-Patienten relativ häufig vor. Zu Übergewicht neigen eher Personen, bei denen die chronische Bronchitis mit Husten und Auswurf im Vordergrund steht. Untergewicht dagegen ist typisch für Patienten mit einem Lungenemphysem, die mit Atemnot kämpfen. Eine Gewichtskorrektur kann das Wohlbefinden in beiden Fällen deutlich verbessern. Zu Ihrer Orientierung:

Der Body-Mass-Index (BMI) sollte idealerweise zwischen 20 und 25 kg/m² liegen. Der BMI wird nach folgender Formel berechnet:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{\text{Körpergröße (m)} \times \text{Körpergröße (m)}}$$



Übergewicht erschwert das Atmen zusätzlich. Steuern Sie dagegen!

Übergewicht erschwert das Atmen

Zu viele Kilos auf den Rippen machen es den Atemorganen schwer, den ganzen Körper ausreichend mit Sauerstoff zu versorgen. Hinzu kommt, dass Fettpolster die Entfaltung der Lungenflügel beim Atmen behindern können. Übergewicht kann den Verlauf einer COPD nachweislich beschleunigen. So wurden in einer großen Studie mit mehreren Tausend Teilnehmern bei denen mit leichter COPD, die stark übergewichtig waren, auffällig häufig Exazerbationen (plötzliche Verschlimmerungen der COPD-Beschwerden) beobachtet.

Übergewichtige COPD-Patienten leiden deutlich häufiger an Begleiterkrankungen, die den Verlauf der COPD ungünstig beeinflussen können. Ein Anstieg von Diabetes mellitus und Bluthochdruck ist schon bei leichterem Übergewicht nachweisbar. Je mehr Pfunde sich ansammeln, desto höher steigen die Risiken für Begleiterkrankungen, wobei vor allem das Herz gefährdet ist.

Sollten Sie also mit den Pfunden zu kämpfen haben, lassen Sie sich von Ihrem Arzt beraten und von einem Ernährungsberater unterstützen. Abnehmen können sie Ihnen das Abspecken nicht. Aber es gibt Strategien, die Ihnen helfen, durchzuhalten und typische Stolperstellen bei der Gewichtsreduktion zu meistern.

Atmen kann viel Energie verbrauchen

Ganz anders sieht es bei COPD-Patienten mit schwerer Atemnot aus. Da bei ihnen die Lungenbläschen zum Großteil geschädigt sind, wird das Atmen zur Schwerstarbeit und verbraucht viele Kalorien. Diese Patienten sind durch Untergewicht gefährdet.

Deshalb müssen diese betroffenen COPD-Patienten „ordentlich essen“, um ihren Energiebedarf zu decken. Das aber ist oft ein Problem. Patienten, die mit schwerer Atemnot kämpfen, haben Schwierigkeiten zu essen. So kann beispielsweise ein Japsen nach Luft zum Verschlucken von Speisen führen. Auch das ist ein Grund, warum COPD-Patienten häufig „schlechte Esser“ sind. Leicht geraten sie so in eine negative Energiebilanz: Sie nehmen weniger Kalorien zu sich, als sie verbrauchen – und das Tag für Tag. Deshalb greift der Körper seine Reserven an. Gewichts- und Muskelverluste, die einen negativen Einfluss auf Lebensqualität und Leistungsfähigkeit haben, sind dann programmiert.

Essen Sie genug?

Wichtig ist es, Ess- und Gewichtsprobleme frühzeitig zu erkennen und gegenzusteuern. Wenn Sie kaum Appetit haben oder ungewollt Gewicht verlieren, informieren Sie bitte zeitnah Ihren Arzt. Eine Ernährungsberatung kann helfen. Zuweilen spielen Probleme, die gar nichts mit der COPD zu tun haben, eine Rolle. Schlecht sitzende Zahnprothesen zum Beispiel. In diesem Fall sollten Sie Ihren Zahnarzt aufsuchen.

Speiseplan nach Ihren Vorlieben

Bei Appetitmangel gilt es, eine Form der Ernährung zu finden, die Ihnen schmeckt und Sie gleichzeitig ausreichend mit Kalorien versorgt. Sie brauchen in dieser Situation vor allem Nahrungsmittel, die bereits in kleinen Mengen viele Kalorien liefern – also Lebensmittel mit einer hohen Energiedichte. Beim Zusammenstellen eines Speiseplans ist es gut, Ihre persönlichen Geschmacksvorlieben ebenso zu berücksichtigen wie die medizinischen Erfordernisse.

Es geht nicht nur darum, ausreichend zu essen, es sollten auch die „richtigen Dinge“ sein. Gut für den Aufbau von Muskelmasse ist die Kombination von Getreideerzeugnissen und leicht verdaulichen Milchprodukten, wie zum Beispiel Nudelaufbau mit Käse oder Eierpfannkuchen. Weiter ist darauf zu achten, dass die Ernährung den Bedarf an lebenswichtigen Nährstoffen wie Vitaminen und Spurenelementen sicherstellt.



Kleine Portionen erleichtern das Essen bei Atembeschwerden.

Auch COPD-Patienten mit normalem Körpergewicht ist zu empfehlen, überprüfen zu lassen, ob sich ihre Ernährung im grünen Bereich bewegt. Fehl- und Mangelernährung kommt nämlich bei COPD-Patienten relativ häufig vor, und zwar nicht nur, wenn sie untergewichtig sind.

Kleine Portionen statt üppiger Mahlzeiten

Durch gezielte Korrekturen am Speisezettel lässt sich das Gewicht oft stabilisieren. Wenn das Essen schwerfällt, sind viele kleine Mahlzeiten besser als der übliche Dreier aus Frühstück, Mittag- und Abendessen. Kommt es während der Nahrungsaufnahme erfahrungsgemäß öfter zu Atemnot, sollten Sie vor dem Essen erst einmal ausruhen und abhusten. Essen Sie langsam und nehmen Sie dabei eine atemerleichternde Körperhaltung wie den Kutschersitz (→ Seite 39) ein.

Manche Patientinnen und Patienten empfinden es auch als hilfreich, einen Teil ihres Energiebedarfs durch kalorienhaltige Getränke zu decken. Eventuell ist der Einsatz von hochkalorischer Trinknahrung zu erwägen. Das Ziel ist, vorbeugend zu wirken und es gar nicht zu stärkeren Gewichtsverlusten kommen zu lassen.

Energie sparen

Menschen mit fortgeschrittener COPD kommen schnell aus der Puste. Deshalb sollten Sie mit Ihren Kräften achtsam umgehen. Ein Tagebuch kann helfen, energieraubende Tätigkeiten zu entlarven.

Energiesparen kann sehr viel bringen. Auch im Umgang mit dem eigenen Körper. Wenn die körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, kann schon das ganz normale Alltagsleben sehr viel Kraft kosten. Bei genauem Hinsehen werden Sie aber merken, dass es viele Möglichkeiten gibt, den Energieverbrauch zu drosseln und so die eigenen Kräfte zu schonen. Menschen mit COPD ist sehr zu empfehlen, Ihr ganz persönliches Energiesparprogramm zu entwickeln.

Was strengt mich an?

Es ist ganz unterschiedlich, was COPD-Patienten als anstrengend empfinden. Vielleicht kostet Sie längeres Stehen Kraft? In diesem Fall können Sie sich ganz einfach entlasten, wenn Sie sich öfter mal hinsetzen. Ein Duschhocker kann die Körperpflege enorm erleichtern. Sollten Sie in der Öffentlichkeit eine Sitzgelegenheit benötigen, können Sie sich mit einem Spazierstock mit Sitz behelfen.

Um anstrengende Tätigkeiten zu erkennen, hilft es, alle Aktivitäten in einem Tagebuch oder im Smartphone zu notieren.



Tagebuch führen

Am besten führen Sie eine Zeit lang Tagebuch und notieren, welche Tätigkeiten Ihnen im Alltag besonders schwerfallen. Was zehrt an Ihren Kräften? Wann kommen Sie schnell aus der Puste? Um das Ganze greifbar zu machen, ist es sinnvoll, die Tätigkeiten auf einer Skala von eins bis zehn zu bewerten: 1 Punkt für „Fällt mir leicht“, 10 Punkte für „Dabei komme ich schnell aus der Puste“. Haben Sie Ihr Alltagsleben dann ein, zwei Wochen lang bepunktet, können Sie gezielt nach Entlastungsmöglichkeiten für diejenigen Tätigkeiten suchen, die sie als „Energiefresser“ identifiziert haben.

Hilfsmittel nutzen

Einfache Hilfsmittel wie der Duschhocker können sehr viel bringen. Vielseitig einsetzbar sind höhenverstellbare Stehhilfen, mit deren Hilfe man Tätigkeiten wie Bügeln sitzend statt stehend erledigen kann. Oder denken Sie an den langen Schuhanzieher für Menschen, denen das Bücken Mühe bereitet. Es ist wenig bekannt, wie viele unterschiedliche Hilfsmittel angeboten werden, mit denen sich der Alltag spürbar vereinfachen lässt. Lassen Sie sich doch einmal von einem Experten des medizinischen Fachhandels beraten.

Hilfsmittel wie ein Schuhlöffel können Ihnen den Alltag erleichtern.



Mit den Kräften haushalten

Eine andere Strategie, mit der sich Energie einsparen lässt, wäre der Verzicht auf besonders kraftraubende Tätigkeiten. Nehmen Sie die Aktivitäten, denen Sie 9 oder 10 Punkte gegeben haben, doch mal genau unter die Lupe: Sind sie wirklich notwendig? Vielleicht könnten Sie die eine oder andere Tätigkeit delegieren oder sich dabei helfen lassen. Es ist verständlich, dass Sie den Alltag möglichst selbstständig erledigen möchten. Aber Sie sollten es sich auch nicht unnötig schwer machen. Manchmal ist es gut, um Hilfe zu bitten. Auch daran sollten Sie beim Energiesparen denken.

Infekten vorbeugen und Verschlechterungen vermeiden

Einschnitte im Verlauf der COPD sind sogenannte Exazerbationen. Das sind plötzliche Verschlimmerungen des Beschwerdebildes, die oft durch Atemwegsinfekte ausgelöst werden. Unter anderem sind Impfungen wichtige Vorbeugungsmaßnahmen.

Es kann im Verlauf einer COPD passieren, dass die Beschwerden plötzlich zunehmen. Gerade noch schien die Erkrankung gut unter Kontrolle zu sein, da kommt es plötzlich zu Atemnot. Auch stärkerer Husten und vermehrter Schleim sind mögliche Anzeichen einer Exazerbation. Meist geht die Zunahme der Symptome mit einer Abnahme der Lungenfunktion einher. Das können und sollten Sie mit dem Peak-Flow-Meter überprüfen. In jedem Fall sollten Sie bei Anzeichen einer Exazerbation sehr zeitnah einen Arzt aufsuchen.

Erreger haben leichtes Spiel

Auf den ersten Blick sieht es oft so aus, als käme die Verschlimmerung des Krankheitsbildes aus heiterem Himmel. Doch das ist nicht so. Exazerbationen haben eine Ursache. Oft stecken akute Atemwegsinfekte dahinter. Krankheitserreger wie Viren und Bakterien haben bei Menschen mit vorgeschädigten Atemorganen leichtes Spiel: Die Reinigungsmechanik der Atemwege funktioniert bei COPD nicht optimal, sodass sich die Erreger leicht in den entzündeten Schleimhäuten von Bronchien und Lunge einnisten können.

Bei COPD-Patienten können Infekte größere Schäden anrichten als bei Personen mit gesunden Atemorganen. Sie können das Beschwerdebild der COPD langfristig verschlechtern. Auch wenn der Atemwegsinfekt



Mit gründlichem Händewaschen schützen Sie sich vor Viren und Bakterien.

längst auskuriert ist, kann die Verschlimmerung noch weiter andauern. Exazerbationen komplizieren den Krankheitsverlauf.

Daraus folgt: Sie sollten sich vor Atemwegsinfekten bestmöglich schützen. Das gilt für banale Erkältungen, aber besonders für schwere Infektionskrankheiten wie die echte Grippe (Influenza), Covid-19 oder Pneumokokken. Schon eine simple Erkältung kann Menschen mit COPD längere Zeit beanspruchen und statt der üblichen 10 bis 14 Tage mehrere Woche andauern. Um es gar nicht erst so weit

kommen zu lassen, sollten Sie – nicht nur im Winter – die im Folgenden beschriebenen Hygieneregeln beachten.

Händewaschen nicht vergessen

Eine gute Hygiene durch gründliches Händewaschen ist eine ebenso einfache wie wirksame Maßnahme im Kampf gegen Viren und Bakterien. Viele Erreger bleiben beim Anfassen von Türklinken, Einkaufswagen und Geld an den Händen haften. Deshalb sollten Sie sich immer als Erstes die Hände waschen, wenn Sie nach Hause kommen. Das geht so: Hände eine halbe Minute lang – auch die Fingerzwischenräume – einseifen, danach gründlich abspülen und abtrocknen.

Husten, niesen und lüften

Wenn Sie in ein Taschentuch oder in Ihre Armbeuge husten oder niesen, verringern Sie die Ausbreitung von Viren und Erregern. Regelmäßiges Stoßlüften in Innenräumen reduziert ebenfalls die Ansteckungsgefahr.

Maske tragen

Durch Ihre COPD gehören Sie zur Risikogruppe. Daher ist es sinnvoll, wenn Sie besonders in den Wintermonaten möglichst Abstand zu Ihren Mitmenschen halten. Um sich in engen Räumen selbst zu schützen, benötigen Sie eine dicht am Gesicht anliegende FFP2-Maske. Ist dies für Sie schwer möglich, tragen Sie zumindest eine OP-Maske.

Impfen lassen

Impfungen gehören ebenfalls zur Exazerbationsprophylaxe. Die STIKO (Ständige Impfkommission) empfiehlt allen COPD-Patienten eine Impfung gegen Pneumokokken, COVID-19 sowie gegen die Influenza. Pneumokokken sind Bakterien, die häufig Lungenentzündungen hervorrufen. Alle drei Erregertypen setzen den Atemorganen stark zu und können bei COPD-bedingten Vorschäden zu einer massiven Verschlimmerung führen. Sowohl das Infektionsrisiko als auch das Risiko schwerer, komplizierter Infektionsverläufe, die eine stationäre Aufnahme erfordern, sind bei COPD-Patienten erhöht.

Gegen Grippe jedes Jahr

Durch eine Grippeimpfung lassen sich das Infektions- und Komplikationsrisiko effektiv reduzieren. Einen 100-prozentigen Schutz bietet die Impfung aber nicht, auch das sollten Sie wissen. Da sich Influenzaviren rasch verändern, wird eine jährliche Impfung empfohlen, weil der jeweilige Impfstoff an die veränderten Viren angepasst wird. Menschen ab 65 Jahren sollten eine Influenzaimpfung mit einem altersgemäß angepassten Impfstoff erhalten. Sprechen Sie darüber mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt. Optimaler Zeitpunkt für die Impfung ist Ende Oktober, da erfahrungsgemäß zwischen Januar und März mit der großen Grippewelle zu rechnen ist.

COVID-19-Impfung jedes Jahr

Die STIKO empfiehlt Menschen mit COPD, sich einmal im Jahr gegen COVID-19 impfen beziehungsweise die Impfung jährlich auffrischen zu lassen, am besten im Herbst. Dies kann schwere Krankheitsverläufe verhindern.

Einmalige Pneumokokkenimpfung

Pneumokokken sind für Menschen mit COPD nicht nur wegen der drohenden Lungenentzündung gefährlich. Diese Bakterien können auch andere Organe befallen und schwere Erkrankungen wie Hirnhautentzündung oder Herzmuskelentzündung hervorrufen. Eine einmalige Impfung genügt, um sich wirksam gegen Pneumokokken zu schützen.

Impfungen schützen vor massiven Verschlimmerungen Ihrer Erkrankung.



Pneumokokken werden – durch Tröpfcheninfektion – vor allem beim Husten und Niesen von Mensch zu Mensch übertragen. Bei vielen Menschen finden sich Pneumokokken auf den Schleimhäuten der oberen Atemwege, ohne dass es zu einer Erkrankung kommt. Das Immunsystem hält die Bakterien in Schach. Bei geschwächter Immunabwehr und/oder bei einer Vorschädigung der Atemorgane wie im Fall der COPD kann aus diesem Schleimhautreservoir heraus eine Besiedelung der unteren Atemwege und der Lunge erfolgen. Dort schlagen die Pneumokokken dann zu und können eine Lungenentzündung auslösen.

Vorsicht bei Hitze

Aufgrund des Klimawandels steigen auch in unseren Breitengraden die Temperaturen in den Sommermonaten stark an. Da Hitze neben Kälte ebenfalls zu Exazerbationen führen kann, sollten Sie diese ernst nehmen. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt kann Sie beraten, wie Sie sich davor schützen können. So kann es hilfreich sein, in den besonders heißen Stunden der Mittagszeit keine Termine wahrzunehmen, sondern in der kühleren Wohnung zu bleiben. Unter Umständen passt Ihre Ärztin oder Ihr Arzt die Medikation an und hält engen Kontakt zu Ihnen. Markisen, Sonnenschirme oder spezielle Fensterfolien können helfen, das Aufheizen Ihrer Wohnung zu mindern.



Ein Tuch oder Schal vor dem Mund kann Sie vor zu starker Kälte schützen.

Vor Kälte schützen

In der kalten Jahreszeit ist das Risiko von Exazerbationen besonders hoch. Dabei spielen Atemwegsinfekte eine Rolle, sie sind aber nicht der alleinige Grund für wetterbedingte Zuspitzungen. Auch kalte, trockene Luft kann die Atemwege reizen und das Krankheitsgeschehen in den Bronchien anheizen. Bedecken Sie daher, wenn Sie in die Kälte hinausgehen, Ihren Mund mit einem Schal oder einem Tuch.

Auf Schadstoffbelastung achten

Nicht nur Viren und Bakterien, auch Reiz- und Schadstoffe können bei COPD-Patienten zu Exazerbationen führen. Wer an einer COPD leidet, sollte sich deshalb über die Schadstoffbelastung der Luft am Wohnort informieren. Bei entsprechenden Warnhinweisen ist von längeren Aufenthalten im Freien dringend abzuraten.

Aber auch in Innenräumen ist möglicherweise Gefahr im Verzug. Eine nach wie vor unterschätzte Gefahr stellt das Passivrauchen dar. Die Mengen an Giftstoffen, die andere Menschen in die Luft paffen, können ausreichen, um bei Betroffenen mit COPD eine Exazerbation zu provozieren. Vor dem Passivrauchen sollten Sie sich besonders dann in Acht nehmen, wenn Sie selbst es geschafft haben, mit dem Rauchen aufzuhören.

Die Krankheit akzeptieren und meistern

Am Anfang nehmen Menschen mit COPD die Diagnose oft gar nicht so ernst. Erst wenn Luftnot und Leistungseinbußen stärker werden, beginnen viele Betroffene, sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen. Darum kommt niemand herum. Man muss sich der Krankheit stellen – dann lässt sie sich auch meistern.

COPD ist eine Krankheit, die das Leben vor allem in fortgeschrittenen Stadien einschneidend verändern kann. Die Kräfte lassen nach, sodass leichtere Alltagstätigkeiten zur Herausforderung werden. Ständiger Husten und Luftnot gehen an die Substanz. Kein Wunder, dass das Angst macht und auf die Stimmung drückt.

In fortgeschrittenen Stadien neigen Menschen mit COPD nicht selten dazu, sich zurückzuziehen. Sie gehen seltener raus, meiden gesellige Runden und nehmen weniger am aktiven Leben teil. Sie fürchten, sich zu überfordern und nicht mithalten zu können. Ein solches Rückzugsverhalten entwickelt sich oft schleichend und fällt eventuell längere Zeit niemandem auf.

Es ist ganz normal, dass Ihre chronische Krankheit Sie bisweilen belastet. Niemand ist immer gut drauf – das gilt für alle Menschen. Die Krankheit sollte Sie aber nicht auf Dauer nach unten ziehen. Wenn Sie merken, dass Sie oft deprimiert sind und sich viele Sorgen machen, dann sollten Sie mit einer Vertrauensperson darüber sprechen. Das kann ein Angehöriger sein oder auch Ihr Arzt oder Ihre Ärztin. Allein kommt man



Bloß nicht zurückziehen: Gemeinsam lässt sich mit der Erkrankung COPD besser umgehen als im stillen Kämmerlein.

oft nur schwer aus einer düsteren Stimmung heraus, wenn sie sich erst einmal breitgemacht hat. Versuchen Sie, offen mit Ihrer Krankheit umzugehen – und lassen Sie sich helfen.

Halbvoll oder halbleer?

Sie kennen vielleicht die Geschichte mit dem zur Hälfte gefüllten Wasserglas. Manche Menschen würden spontan sagen: Das Glas ist halb leer. Andere dagegen denken: Das Glas ist halb voll. Die einen sehen in erster Linie, was fehlt. Die anderen sehen, was noch vorhanden ist. Die zweite Sichtweise ist grundsätzlich im Leben von Vorteil, und das gilt für den Umgang mit chronischen Krankheiten ganz besonders. Konzentrieren Sie sich nicht zu sehr auf Ihre Handicaps! Konzentrieren Sie sich lieber darauf, was möglich ist – trotz COPD. Selbst in fortgeschrittenen Krankheitsstadien bietet das Leben viele Möglichkeiten.

Von den Erfahrungen anderer profitieren

Hilfreich und ermutigend kann der Austausch mit Menschen sein, die sich in einer ähnlichen Situation befinden. Selbsthilfegruppen, in denen sich COPD-Patienten regelmäßig treffen, gibt es in vielen Städten (Kontaktadressen finden Sie auf Seite 85 dieses Buches). Zwar muss jeder seinen eigenen Weg finden, mit der Krankheit zu leben. Die Erfahrungen anderer können aber eine Orientierungshilfe sein und

Mut machen. Vielleicht finden Sie in einer Selbsthilfegruppe auch Verbündete, mit denen Sie sich zusammentun können, um der COPD aktiv die Stirn zu bieten. Sie könnten gemeinsam etwas Sport machen oder Sie verabreden sich ab und an zu einem Ausflug und haben einfach nur Spaß. Auch wenn Sie mit dem Rauchen aufhören wollen, ist es gut, einen Sparringspartner an der Seite zu haben. Bestimmt findet sich auch in Ihrer Nähe eine Selbsthilfegruppe. Schauen Sie doch einfach mal bei einem Treffen vorbei.

AOK- Curaplan

Gut geschult ist halb gewonnen

Patientenschulungen sind bei chronischen Krankheiten wie COPD das A und O. Curaplan-Teilnehmer werden deshalb umfassend geschult, wenn der Arzt dies empfiehlt. Der Schwerpunkt dieser Schulungen liegt auf den verschiedenen Aspekten des erfolgreichen Selbstmanagements. COPD-Patienten lernen in der Schulung, wie sie selbst ihr Wohlbefinden sowie die weiteren Aussichten günstig beeinflussen können. Darüber hinaus können Sie sich selbstverständlich jederzeit an Ihren Arzt wenden, wenn Sie Fragen haben oder Unterstützung brauchen.



Wie schaffe ich es, mit dem Rauchen aufzuhören?

Sie haben das wahrscheinlich schon unzählige Male gehört: Sie sollten – Sie müssen – mit dem Rauchen aufhören. Sie müssen natürlich gar nichts. Es ist ganz allein Ihre Entscheidung, was Sie tun und was Sie lassen. Aber zu empfehlen ist COPD-Patienten der Verzicht auf das Rauchen auf jeden Fall.

Mit dem Rauchen aufzuhören, ist alles andere als ein Kinderspiel. Da gibt es nichts zu beschönigen, egal, ob es sich um „herkömmliche“ Zigaretten, um E-Zigaretten oder um alternative Tabakprodukte handelt. Nikotin ist ein sehr starkes Suchtmittel, das in dieser Hinsicht sogar mit harten Drogen mithalten kann. Trotzdem ist es nicht unmöglich, sich aus der Nikotinabhängigkeit zu befreien. Millionen von Menschen haben es schon geschafft. Und es spricht nichts dagegen, dass Sie es auch schaffen werden.

Wir haben es in diesem Buch bereits mehrfach angesprochen: Rauchverzicht ist bei COPD das A und O. Mit jeder Zigarette, die Sie rauchen, fachen Sie den Krankheitsprozess in den Atemwegen neu an. Wenn Sie weiter rauchen, haben die Atemorgane keine Chance, sich zu erholen. Dann müssen Sie damit rechnen, dass Ihre Krankheit fortschreiten wird.

Spürbare Verbesserung

Wenn Sie dagegen mit dem Rauchen aufhören, wird es Ihnen spürbar besser gehen. Sie werden leichter Luft bekommen und weniger unter Atemnot leiden. Mit dem Rauchstopp schaffen Sie die Voraussetzung dafür, dass sich der Körper ans Aufräumen und Reparieren machen kann. Die Regenerationsfähigkeit nach langjährigem Rauchen ist erstaunlich. Erste Anzeichen der Erholung sind bereits nach wenigen Wochen feststellbar. Hustenanfälle und Kurzatmigkeit lassen in den ersten Monaten nach dem Rauchstopp nach und parallel dazu verbessert sich die Lungenfunktion messbar. Mit der Zeit wird es mit Ihrer Gesundheit Schritt für Schritt aufwärtsgehen. Wenn Sie mit dem Rauchen aufhören, gewinnen Sie nicht nur Lebensqualität, sondern nachweislich auch Lebenszeit. Laut Studien ist ein Zugewinn von bis zu zehn Jahren realistisch.

Jeder Tag, an dem Sie nicht rauchen, zählt. Je schneller Sie einen Schlussstrich ziehen, umso eher werden Sie von den positiven Effekten des Rauchverzichts profitieren. Also warum nicht gleich morgen Nägel mit Köpfen machen?

Wenn Sie sich entschlossen haben, mit dem Rauchen aufzuhören, sollten Sie sich Hilfe holen. Natürlich können Sie den Ausstieg auch auf eigene Faust angehen. Vielen Aufhörwilligen fällt es mit professioneller Unterstützung aber leichter, von der Zigarette loszukommen und nicht rückfällig zu werden. Raucherentwöhnungsprogramme können Ihnen helfen, der Versuchung zu widerstehen und brenzlige Situationen zu meistern.

Realistisch sein

Es gibt allerdings gute und weniger gute Raucherentwöhnungsprogramme. Besonders skeptisch sollten Sie bei Angeboten sein, die Ihnen das Blaue von Himmel versprechen. Nicht selten wird mit utopischen Langzeiterfolgen nahe 100 Prozent geworben. Solche Zahlen sind absolut unrealistisch und unseriös. Auch die Teilnahme an einem Raucherentwöhnungsprogramm ist kein Garantieschein, dass Sie nicht irgendwann doch wieder mit dem Rauchen anfangen. Noch Jahre nach der letzten Zigarette kann das passieren.

Warum ist es so schwer, mit dem Rauchen aufzuhören? Und wie kann es sein, dass man nach Jahren immer noch nicht völlig immun ist und rückfällig werden kann? Das liegt daran, dass Raucher auf die Zigarette programmiert sind. Wenn Sie auf Dauer von der Zigarette loskommen wollen, müssen Sie sich „umprogrammieren“. Das neue Programm – und das ist die Schwierigkeit – muss genauso gut funktionieren wie das „Zigaretten-Programm“.

„Belohnung“ mit hohem Preis

Jede Zigarette ist für Raucher wie eine Belohnung. Ursache ist, dass Nikotin im Belohnungszentrum des Gehirns zur Ausschüttung von Glückshormonen führt. Das sind Botenstoffe des Nervensystems, die eine euphorisierende Wirkung besitzen und gute Laune machen. Dopamin ist ein solches Glückshormon.

Kein Wunder, dass die Versuchung groß ist, immer öfter zur Zigarette zu greifen. Wenn man nicht so gut drauf ist, wird eine Zigarette angezündet, und schon fühlt man sich besser. Auch Stress lässt sich mit der Zigarette besser aushalten. Viele Raucher erleben das Rauchen als beruhigend und merken gar nicht, wie sie in die Abhängigkeit hineinschlittern. Irgendwann erfolgt der Griff zur Zigarette automatisch und ist kaum noch dem Willen unterworfen.

Ausstieg aus der Sucht

Aus dieser psychischen Abhängigkeit müssen sich Raucher befreien. Der körperliche Entzug, der eine Zeit lang zu Nervosität, Gereiztheit, depressiven Verstimmungen und Schlafstörungen führt, ist das geringste Problem, obwohl ihn viele Raucher am meisten fürchten.

Die körperlichen Entzugssymptome lassen bereits nach einigen Tagen deutlich nach, und nach wenigen Wochen haben Sie den körperlichen Entzug hinter sich. Auch sind die Entzugserscheinungen nicht immer gleich stark: Manche erwischt es stärker, bei anderen läuft der körper-



Ein Rauchstopp bringt nur Vorteile: mehr Lebensqualität und auch mehr Lebenszeit.

liche Entzug sehr glimpflich ab. Viel schwerer ist es in jedem Fall, sich aus der psychischen Abhängigkeit zu befreien. Dennoch ist es möglich.

Immer wieder hört man den Satz: „Mit dem Rauchen aufhören ist Kopfsache.“ Aber das stimmt nicht wirklich. Der Verzicht auf die Zigarette hat weniger mit Vernunft als vielmehr mit Emotionen zu tun. Und die sitzen tiefer als das, was der Kopf versteht. Mit Vernunft und Einsicht ist einer Sucht in der Regel nicht beizukommen. Das ist eine gängige Erfahrung bei der Suchtentwöhnung. Auch viele COPD-Patienten haben vom Kopf her verstanden, dass die Zigaretten schuld sind an ihrem Leiden. Trotzdem wollen sie nicht darauf verzichten oder kommen nicht davon los. Natürlich ist es wichtig, dass Sie verstehen, was die Zigarette mit Ihrer Gesundheit macht. Aber das allein ist meist nicht der Schlüssel zum erfolgreichen Rauchverzicht.

Wenn sich ein Raucher wirklich aus der Sucht befreien will, muss er umlernen. Der Griff zur Zigarette ist ein Automatismus. Da wird nicht lange überlegt, es passiert einfach. Und diesen Automatismus muss der Aufhörwillige durchbrechen. Er muss – statt zur Zigarette zu greifen – etwas anders tun. Das Raucherlebnis wird also durch ein anderes Erlebnis ersetzt.

Nikotinersatzpräparate: welche, für wen, wie lange?

Nikotinersatzpräparate können Ihnen helfen, den körperlichen Entzug gut zu überstehen. Sie verhindern einen abrupten und kompletten Abfall des Nikotinspiegels im Blut. Mit Nikotinkaugummis, Nikotintabletten, Nikotinpflaster und Nasensprays lassen sich deshalb Entzugserscheinungen abmildern. Wundermittel sind Nikotinersatzpräparate jedoch nicht.

Das besagte Glücksgefühl unterbleibt bei der Anwendung dieser Präparate, da das Nikotin im Gehirn nicht so schnell anflutet wie beim Rauchen einer Zigarette. Die Sucht wird also nicht weiter bedient. Für starke Raucher sind Nikotinpflaster zu empfehlen, die Nikotin kontinuierlich über viele Stunden hinweg freisetzen. Zusätzlich kann ein Nikotinspray benutzt werden. Kaugummis und Tabletten, die sich bereits im Mund auflösen, sind eher etwas für Gelegenheitsraucher. Nikotinersatzpräparate sollen konsequent vier bis sechs Wochen lang und maximal drei Monate angewendet werden. Am besten lassen Sie sich in der Apotheke beraten.

Auch mit Vareniclin und Bupropion lässt sich der körperliche Entzug abmildern. Der Wirkstoff Vareniclin, der die Andockstellen für Nikotin im Körper besetzt, mildert Entzugssymptome und verdirbt zudem das „Rauchvergnügen“. Bupropion wurde ursprünglich als Antidepressivum entwickelt. Beide Medikamente sind verschreibungspflichtig und sollten – auch wegen möglicher Nebenwirkungen – nur unter ärztlicher Aufsicht angewendet werden. Ihr Einsatz ist vor allem bei schwerer Entzugssymptomatik zu erwägen.

Bitte beachten Sie, dass die genannten Nikotinersatzpräparate und Medikamente nicht erstattet werden können und selbst bezahlt werden müssen.

Was sich bei einem „Schmacher“ akut tun lässt

Es gibt einen einfachen Trick: Verspüren Sie den Drang, sich eine Zigarette anzustecken, verschaffen Sie sich stattdessen ein intensives Geruchs- oder Geschmackserlebnis. Ganz schnell muss das gehen: Riechen Sie an einem Fläschchen mit Tigerbalsam oder Rosenöl. Oder beißen Sie auf ein Stück Ingwerwurzel oder eine Gewürznelke. Damit lässt sich der Impuls, rauchen zu wollen, unterbrechen. Was am besten funktioniert, muss jeder für sich ausprobieren. Haben Sie herausgefunden, was Ihnen hilft, sollten Sie Ihr Riechfläschchen oder ein paar Gewürze immer griffbereit haben.

Sich auf die Schliche kommen

Der Trick mit dem Riechfläschchen hat schon vielen Menschen über die schwierige erste Zeit des Rauchverzichts hinweggeholfen, in der es vor allem darauf ankommt, den automatischen Griff nach der Zigarette erfolgreich auszuhebeln. Ein anderer Trick: Ich denke in zehn Minuten noch mal darüber nach, ob ich wirklich rauchen muss. Oder: Ich stelle mir vor, ich wäre Nichtraucher.

Als langfristige Strategie ist das eben genannte Riechfläschchen eher nicht geeignet. Langfristig wäre es ideal, wenn Sie sich Ihre Glücksgefühle auf andere – gesunde – Weise verschaffen könnten. Sie müssten also nach einer Alternative suchen, die Ihnen gute Laune macht. Vielleicht gehen Sie öfter mal raus in die Natur oder Sie holen sich die Enkel ins Haus. Sie selbst müssen herausfinden, was konkret Ihnen den Rauchverzicht erleichtern könnte. Wichtig ist, dass Sie neue Verhaltensweisen systematisch trainieren. Dann werden sie Ihnen mit der Zeit in Fleisch und Blut übergehen.

Außerdem sollten Sie versuchen, sich selbst auf die Schliche zu kommen: In welchen Situationen ist bei mir das Risiko besonders hoch, schwach zu werden und eine zu rauchen? Ist es die gesellige Runde? Oder sind es Stresssituationen? Oder ist es vielleicht der gemütliche Abend vor dem Fernseher, zu dem für Sie „das Zigarettenchen“ einfach dazugehört? Es ist hilfreich, für solche brenzligen Situationen konkrete Verhaltensfahrpläne zu entwickeln, an die man sich halten kann.

Manchen Situationen sollten Sie am besten ganz aus dem Weg zu gehen – zumindest in der ersten Zeit. So ist es nicht ratsam, sich mit „überzeugten Rauchern“ zu treffen, die für Ihre Entscheidung aufzuhören wenig Verständnis aufbringen. Die Aufforderung, doch eine mitzurauen, wird in einer solchen Runde nicht ausbleiben. Und allein schon der Rauch, den die anderen in die Luft paffen, könnte Sie unnötig in Versuchung führen. Zudem ist auch Passivrauchen für Ihre Lunge schädlich.

Natürliche Gegenmittel



Das Kauen von Ingwer oder Gewürznelken kann den Rauchimpuls vertreiben.

Rauchstopp lohnt sich

- Nach 20 Minuten: Puls und Blutdruck sinken auf normale Werte, die Temperatur an Händen und Füßen steigt auf einen normalen Wert.
- Nach acht Stunden: Der Kohlenmonoxid-Spiegel im Blut sinkt, der Sauerstoffgehalt normalisiert sich.
- Nach einigen Wochen: Der Kreislauf stabilisiert sich, die Lungenfunktion verbessert sich.
- Nach wenigen Monaten: Husten und Auswurf bessern sich, die Lunge reinigt sich, die Infektionsgefahr nimmt ab, die Abwehrkräfte erholen sich.
- Nach wenigen Jahren: Das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, sinkt nach fünf Jahren, an einem Herzinfarkt zu erkranken, nach fünf bis zehn Jahren.
- Nach zehn Jahren: Das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben, ist nicht höher als bei einem Nichtraucher.
- Nach 15 Jahren: Das Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben, ist nicht höher als bei einem Nichtraucher.

AOK- Curaplan

Unterstützung beim Rauchstopp

Als Curaplan-Teilnehmer bekommen Sie Unterstützung, wenn Sie mit dem Rauchen aufhören wollen. Ihr Arzt wird Ihnen auf Wunsch qualitätsgesicherte Raucherentwöhnungsprogramme vermitteln. Darüber hinaus unterstützt Sie Ihre AOK:

aok.de → Suche: Nichtraucher werden



Scan mich!



Verschlimmerung der Beschwerden – was tun?

Für viele Menschen mit COPD ist die Angst vor akuter Atemnot ein ständiger Begleiter. Vor allem in fortgeschrittenen, aber auch in frühen Stadien können sich die Atemprobleme trotz konsequenter Therapie zuspitzen. Richtig zu reagieren ist jetzt das A und O – auch für Ihre Angehörigen.

Akute Atemnot kommt in der Regel nicht von jetzt auf gleich, sondern sie kündigt sich an. Manchmal Stunden, oft sogar Tage vorher sendet der Körper Warnzeichen aus, die Ihnen signalisieren, dass sich etwas „zusammenbraut“. Achten Sie auf folgende Warnzeichen:

Die Atemnot nimmt zu und tritt eventuell schon in Ruhe auf.

- Sie husten mehr.
- Sie spüren ein Engegefühl in der Brust.
- Der Auswurf nimmt zu und/oder wird zäher. Eventuell verändert sich auch seine Farbe.
- Sie ermüden schneller.
- Sie leiden plötzlich unter Schlafstörungen.
- Sie haben Fieber und/oder Gliederschmerzen.

Wenn Sie einzelne oder mehrere dieser Warnzeichen bei sich beobachten, sollten Sie umgehend handeln. Versuchen Sie aber, ruhig zu bleiben. Zur Panik besteht kein Grund. Wenn Sie jetzt die richtigen Maßnahmen ergreifen, werden Sie die Situation erfolgreich meistern.

Ist durch Ihre Selbstmaßnahmen keine Besserung eingetreten: 112 anrufen!





Bei einem schweren Atemnotanfall bringt Sie der Rettungsdienst ins Krankenhaus.

Ihr Notfallplan gibt Ihnen Sicherheit

Ihr individueller Notfallplan hilft Ihnen und Ihren Angehörigen, die Situation richtig einzuschätzen und entsprechend zu reagieren. Schritt für Schritt wird das Vorgehen im Notfallplan erklärt. Dank der übersichtlichen Darstellung erkennen Sie auf einen Blick, was zu tun ist. Das haben Sie zwar schon in der Schulung gelernt, aber in der Aufregung kann es doch leicht passieren, dass Sie durcheinanderkommen. Der Notfallplan hilft Ihnen, ohne groß zu überlegen das Richtige zu tun. Eine kostenfreie Vorlage für einen Notfallplan zum Ausdrucken finden Sie auf aok.de (→ Seite 68).

Peak Flow messen und Spray benutzen

Bei Anzeichen einer Verschlimmerung sollten Sie als Erstes Ihren Peak-Flow-Wert messen. Gleich anschließend benutzen Sie Ihr Notfallspray. Zur Sicherheit hat Ihr Arzt im Notfallplan eingetragen, wie das Notfallmedikament heißt und wie viele Sprühstöße Sie anwenden müssen. Lippenbremse und atemerleichternde Körperhaltungen wie Kutschersitz und Torwartstellung (→ Seite 38/39) sind ebenfalls in dieser Situation anzuwenden. Diese Techniken sollten Sie aus dem Effeß beherrschen.

Zehn Minuten abwarten

Nachdem Sie alle diese Maßnahmen durchgeführt haben, warten Sie zehn Minuten ab. Möglicherweise geht es Ihnen dann schon deutlich besser. Dann bleiben Sie bitte noch eine Zeit lang entspannt sitzen und warten ab, ob sich die Lage weiter stabilisiert. In jedem Fall sollten Sie

zeitnah Ihre Hausärztin oder Ihren Hausarzt kontaktieren und Bericht erstatten. Sie oder er wird der Sache dann auf den Grund gehen und die Behandlung eventuell anpassen, damit sich ein solcher Vorfall möglichst nicht wiederholt.

Keine Besserung? Notruf unter 112 wählen!

Ist trotz der Selbstmaßnahmen nach zehn Minuten keine deutliche Besserung eingetreten, sollten Sie Ihren Peak Flow noch einmal messen. Dann wenden Sie erneut Ihr Notfallspray beziehungsweise die Notfallmedikamente an, die für diesen Fall laut Plan vorgesehen sind. Geht es Ihnen nach weiteren zehn Minuten immer noch nicht besser, sollten Sie umgehend den Notruf verständigen. Bis zu seinem Eintreffen wenden Sie bitte die atemerleichternden Techniken an. **Die Notrufnummer lautet bundesweit 112.** Bei starker Schläfrigkeit oder Verwirrtheit müssen Sie sofort den Notruf wählen.

Halten Sie den Notfallplan und Ihre Notfallmedikamente auch für Ihre Angehörigen stets griffbereit. Abgeheftet in einem Ordner oder in einer Schublade nützt er Ihnen nichts.

AOK- Curaplan

Individueller Notfallplan

Die Angst, plötzlich keine Luft zu bekommen, belastet viele Menschen mit COPD vor allem im fortgeschrittenen Stadium. Wichtig ist, dass Sie in der Schulung das richtige Verhalten im Notfall erlernen. Zusätzliche Sicherheit gibt Ihnen der individuelle Notfallplan, den Sie im Rahmen von AOK-Curaplan erhalten. Er erleichtert es, in Stresssituationen ruhig zu bleiben und angemessen zu handeln.

Eventuell bekommen Sie die Atemnot mit den darin verzeichneten Selbstmaßnahmen bereits in den Griff. In jedem Fall helfen sie Ihnen, bis der Notarzt kommt. Falls Sie noch keinen individuellen Notfallplan bekommen haben, sprechen Sie Ihren Arzt oder Ihre Ärztin bitte darauf an.

Eine Vorlage finden Sie unter

aok.de/copd → COPD: Angebote und Informationen für Patienten → COPD-Notfallplan



Scan mich!



Tipps für alle Lebenslagen

Der Alltag mit COPD kann anstrengend sein. Mit den richtigen Hilfestellungen und Tipps lässt er sich aber leichter meistern.

Inhalatoren pfleglich behandeln

Damit Dosieraerosole und Pulverinhalatoren auf Dauer gut funktionieren, ist ein pfleglicher Umgang mit den Inhalierhilfen wichtig. Das betrifft die Aufbewahrung ebenso wie die regelmäßige Reinigung.“

Bewahren Sie Ihren Inhalator zu Hause an einem trockenen Ort auf. Zum Beispiel im Schlafzimmer statt im Badezimmer, wo oft eine hohe Luftfeuchtigkeit herrscht. Speziell Pulverinhalatoren dürfen auf keinen Fall mit Feuchtigkeit in Kontakt kommen.

Unterwegs sollten Sie den Inhalator mit Ihrem Bedarfsmedikament immer griffbereit haben – in der Jackentasche oder in abgetrennten Fächern in Hand- und Aktentaschen. Packen Sie Ihren Inhalator nicht ungeschützt zu anderen Sachen in Ihre Tasche, denn dann könnte er leicht beschädigt werden. Die Schutzkappe könnte sich lösen, sodass der empfindliche Sprühkopf freigelegt wird. Ebenfalls kein guter Ort für Inhalatoren ist – speziell im Sommer – das Handschuhfach im Auto, da es sich aufheizen kann.

Pulverinhalatoren trocken reinigen

Inhalierhilfen müssen regelmäßig gereinigt werden. Lesen Sie sich dazu die Herstellerempfehlungen sehr genau durch, denn es gibt produktspezifische Unterschiede. Grundsätzlich gilt: Pulverinhalatoren dürfen nicht mit Wasser beziehungsweise feuchten Tüchern in Berührung kommen. Nur das Mundstück wird gereinigt, und zwar am besten mit einem weichen, trockenen Tuch nach jedem Gebrauch.

Bei der regelmäßigen Reinigung von Dosieraerosolen muss vorher immer die Wirkstoffpatrone entfernt werden. Bei Bedarf wird sie trocken abgewischt. Die Kunststoffteile des Dosieraerosols können dagegen in der Regel mit einem feuchten Tuch gereinigt oder sogar unter fließendem, warmem Wasser ausgespült werden. Anschließend werden die Kunststoffteile sorgfältig getrocknet. Bei erneutem Gebrauch ist darauf zu achten, dass sich in den Geräten keine Restfeuchtigkeit mehr befindet.

In den eigenen vier Wänden

Im fortgeschrittenen COPD-Stadium kann das Alltagsleben zur Herausforderung werden. Die Kräfte lassen nach und schon leichtere Tätigkeiten werden als anstrengend erlebt. Ein Bad nehmen, sich ankleiden, die Wohnung staubsaugen – Dinge, die früher fast automatisch von der Hand gingen, erfordern jetzt viel Zeit und Energie. Auch die Beweglichkeit ist oft eingeschränkt und die Sturzgefahr auch in den eigenen vier Wänden ein ernstes Problem.

Geringer Aufwand, großer Nutzen

Machen Sie es sich nicht unnötig schwer. Es gibt eine Vielzahl von Hilfsmitteln, die Ihnen den Alltag erleichtern können. Auch kleine Umbaumaßnahmen können von großem Nutzen sein. Türschwellen und Stufen zum Beispiel werden zu gefährlichen Stolpersteinen, wenn man etwas wackelig auf den Beinen ist. Auch Griffe, an denen Sie sich festhalten oder abstützen können, minimieren die Sturzgefahr. Einrichtungsgegenstände und Hausrat – etwa Elektrokabel und rutschende Teppiche – können ebenfalls zu gefährlichen Fußangeln werden. Mit geringem Aufwand lassen sich solche Stolperstellen meist beseitigen. Am besten nehmen Sie Ihre Wohnräume einmal genau in Augenschein und räumen alles, was stört, aus dem Weg.

Beim Hausputz

Viele Putzmittel sind hochaggressiv und können COPD-Beschwerden wie Atemnot und Husten verschlimmern. Deshalb die Empfehlung an Menschen mit COPD, beim Putzen einige Regeln zu beachten: Putzmittel sollten grundsätzlich möglichst sparsam verwendet werden. Bewährte Putzmittel in niedriger Dosis sind meist völlig ausreichend. Auch Hausmittel sind einen Versuch wert: Essig zum Beispiel, verdünnt oder pur, ist ein hervorragender Allzweckreiniger und bei der Kalkbeseitigung kaum zu schlagen.

Flüssigreiniger statt Sprays

Flüssigreiniger sind Sprays vorzuziehen, denn beim Sprühen gelangen die Reiz- und Schadstoffe verstärkt in die Atemluft. Außerdem werden die Inhaltsstoffe der Putzmittel beim Sprühen in winzige Teilchen zerstäubt, die besonders gut in die Atemwege eindringen können. Falls Sie Sprühflaschen benutzen, sollten Sie die Putzmittel nicht direkt auf die zu reinigenden Oberflächen sprühen, sondern vorsichtig auf einen Putzlappen. Anschließend sollten die bearbeiteten Flächen mit reichlich klarem Wasser nachgewischt werden.

Gut lüften!

Außerdem sollten Sie beim Putzen für eine ausreichende Luftzirkulation sorgen. Also Fenster weit auf, damit mögliche Schadstoffe schnell entweichen können! Das gilt besonders in kleinen Räumen und bei ausgiebigen Putzaktionen wie dem Frühjahrsputz. Auch hinterher sollten die Fenster eine Zeit lang offen stehen, denn bei eventueller Verwendung aggressiver Chemikalien halten sich diese oft hartnäckig in der Luft.

Im Winter

Im Winter haben Menschen mit COPD oft verstärkt mit Atemwegsproblemen zu kämpfen. Krankheitsschübe mit plötzlich verschlimmertem Beschwerdebild (Exazerbationen) kommen in der kalten Jahreszeit besonders häufig vor. Die Gründe liegen auf der Hand: Zum einen schwirren im Winter überall Erkältungsviren herum, die das Krankheitsgeschehen in den vorgeschädigten Atemwegen noch einmal so richtig aufheizen können. Aber auch die kalte Winterluft draußen und die trockene Heizungsluft drinnen setzen den leicht reizbaren Atemwegen zu, wobei ihnen nicht zuletzt der häufige Wechsel von kalt nach warm und umgekehrt zu schaffen machen. Aber auch sehr heiße Temperaturen im Sommer bergen die Gefahr, dass Sie Exazerbationen erleiden (→ Kapitel „Infekten vorbeugen und Verschlechterungen vermeiden“ ab Seite 51).

Herausfinden, was geht

Aber Sie können sich schützen: Wenn es draußen kalt ist, sollten Mund und Nase immer mit einem Schal bedeckt sein. Dann ist die Atemluft nicht mehr ganz so eisig, wenn sie auf die empfindlichen Bronchien trifft. Aus demselben Grund empfiehlt es sich, durch die Nase und nicht



Um beim Putzen keine Schadstoffe einzuatmen, öffnen Sie die Fenster so weit wie möglich.

durch den Mund zu atmen. Auf dem Weg durch die Nase wird die Atemluft nämlich schon etwas vorgewärmt. Falsch wäre es, aus Furcht vor verstärkten Beschwerden Aufenthalte im Freien zu meiden und den Winter über in der Stube zu hocken. Bewegung an frischer Luft tut Ihnen gut: Sie bringt den Kreislauf in Schwung und stärkt das Immunsystem. Die Atemorgane profitieren ebenfalls. Sie müssen nur herausfinden, wie viel kalte Luft sie vertragen und ab welchen Temperaturen sie gereizt reagieren. Bei klirrender Kälte deutlich im Minusbereich ist sicher besondere Vorsicht geboten. Dann ist die Luft nicht nur eisig, sondern auch sehr trocken und entzieht den Schleimhäuten Feuchtigkeit.

Heizung nicht voll aufdrehen

Das zweite Reizthema im Winter ist wie schon erwähnt die Heizungsluft. Das Wärmebedürfnis ist von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich. Manche haben es gern gemütlich warm und merken dabei oft gar nicht, wie trocken und abgestanden die Zimmerluft ist. Regelmäßiges Lüften ist besonders im Winter ganz wichtig, um ein gesundes Raumklima zu erzeugen. Die Heizung sollte zudem nicht voll aufgedreht werden. Vielleicht können ein warmer Pullover oder eine Decke helfen, dass Sie sich auch bei nicht ganz so hohen Raumtemperaturen wohlfühlen.

Vorsicht vor dem Böllernebel

Ein besonderes Datum im Winter ist der Jahreswechsel. Für COPD-Patienten ist die Silvesterfreude allerdings leicht getrübt, denn die Feuerwerkskörper setzen riesige Mengen an Feinstaub frei, die noch Stunden nach dem Spektakel die Luft belasten. Auf die Böllernebel reagieren selbst gesunde Atemwege oft mit Hustenreiz, und noch viel heftigere Beschwerden bis hin zur Atemnot können sie bei COPD-Betroffenen provozieren. Deshalb der Rat: Menschen mit COPD sollten es an Silvester vielleicht nicht selbst krachen lassen, sondern das Feuerwerk lieber hinter geschlossenen Fenstern genießen.

Auf Reisen

Menschen mit COPD sollten Reisen und Urlaube besonders gut planen. Das fängt mit dem Reiseziel an. Bergliebhabern ist zu empfehlen, nicht zu hoch hinaus zu wollen, denn dort könnten ihnen geringer Luftdruck und niedriger Sauerstoffgehalt der Luft zu schaffen machen. Im Mittel-

Wer eine COPD hat, reist am besten in Gegenden mit mildem Klima, um Beschwerden zu vermeiden.



gebirge, wo sich viele Luftkurorte auf Lungenpatienten spezialisiert haben, atmet es sich deutlich leichter.

Meerliebhaber, die ihren Urlaub in südlichen Ländern verbringen möchten, sollten möglichst nicht in den Sommermonaten reisen. Das Frühjahr am Mittelmeer ist herrlich und wegen der gemäßigten Temperaturen für Menschen mit COPD die ideale Reisezeit. Fernreisen in heiße Regionen sind bei schwerer COPD nicht zu empfehlen, denn Hitze und hohe Luftfeuchtigkeit belasten nicht nur Herz und Kreislauf, sondern können auch Atemprobleme deutlich verschlechtern, also zu Exazerbationen führen (→ auch Seite 51ff.)

Warum in die Ferne schweifen?

Aber man muss ja auch nicht in die Ferne schweifen: An Nord- und Ostsee mit ihren vielen Inseln lassen sich ebenfalls schöne Strandurlaube erleben. Das Klima dort kommt COPD-Patienten sehr entgegen. Die Temperaturen sind nicht zu hoch, und die salzhaltige Meeresluft wirkt sich oft wohltuend auf die Atemwege aus. Allerdings gibt es auch COPD-Patienten, die das Reizklima weniger gut vertragen.

Bei Städtereisen ist zu beachten, dass die Luft in vielen Innenstädten besonders zur Hauptverkehrszeit stark mit Schadstoffen belastet ist. Die Morgenstunden und der frühe Abend sind für Stadterkundungen am besten geeignet. Ganz von ihrer Liste streichen sollten COPD-Patienten Städte, die wegen ihrer hohen Luftverschmutzung berüchtigt sind. Und noch ein Tipp, der für Stadtrundgänge ebenso gilt wie für sonstige Urlaubsaktivitäten: Nehmen Sie sich nicht zu viel vor. Lassen Sie es entspannt angehen, damit es eine schöne Reise ohne böse Überraschungen wird.

Flugreisen eventuell mit Sauerstoff

Vor Flugreisen sollten sich Menschen mit COPD von einem Lungenfacharzt beraten lassen, ob sie dafür reisefähig sind. Einige Fluggesellschaften verlangen aus diesem Grund ein ärztliches Attest, und eventuell muss mit der Fluggesellschaft geklärt werden, ob an Bord eine Sauerstofftherapie möglich ist. Zudem kann es sinnvoll sein, Reiseziele mit kürzerer Flugdauer anzustreben, da Ihre Lunge dann weniger lang belastet ist.

Notfallspray immer griffbereit

Ihre Medikamente sollten COPD-Patienten auf Reisen immer in ausreichender Menge dabei haben. Auch auf Flugreisen kann man die Inhalatoren problemlos mitnehmen. Bei Auslandsaufenthalten empfiehlt es sich, einen Vorrat mitzunehmen, der den ausgerechneten Bedarf übersteigt. So sind Sie unabhängig und auf der sicheren Seite. Was außer Ihren üblichen COPD-Medikamenten sonst noch in die Reiseapotheke gehört, besprechen Sie mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin. Und bitte denken Sie daran: Notfallmedikamente nicht in den großen Koffer packen, sondern ins Handgepäck. Sie müssen immer griffbereit sein.

Schwerbehindertenausweis beantragen

Bei COPD in fortgeschrittenen Stadien sind körperliche Verfassung und Leistungsfähigkeit oft dauerhaft stark beeinträchtigt. Dies ermöglicht unter Umständen, dass Sie einen Schwerbehindertenausweis beim Versorgungsamt beantragen können.

Ob und in welchem Umfang eine Behinderung vorliegt, wird gemäß den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen in einem ärztlichen Gutachten ermittelt, wobei eine Skala von 0 bis 100 zugrunde gelegt wird. Den Schwerbehindertenausweis gibt es ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50. Entscheidend ist, wie stark die vorhandenen Einschränkungen das Alltagsleben und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigen.

Berufliche Nachteile werden aufgefangen

Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung haben ein Anrecht auf sogenannte Nachteilsausgleiche, zu denen finanzielle Entlastungen wie steuerliche Freibeträge zählen. Ein besonderer Kündigungsschutz, verkürzte Arbeitszeiten, Zusatzurlaub, Umschulungsmaßnahmen sowie spezielle Ausstattungen des Arbeitsplatzes dienen dazu, Nachteile im Beruf aufzufangen und den Arbeitsplatz trotz eingeschränkter Belastbarkeit und eventuell vermehrter Fehlzeiten zu sichern. Außerdem können Schwerbehinderte beantragen, früher in Altersrente zu gehen. Einige der genannten Nachteilsausgleiche stehen übrigens auch Menschen mit einem Behinderungsgrad zwischen 30 und 50 zu, denen die Agentur für Arbeit auf Antrag eine sogenannte Gleichstellung bewilligt hat.



Angehörige sind eine große Stütze, sie sollten aber auch für eigene Freiräume sorgen.

Aber die Anerkennung einer Schwerbehinderung kann auch Nachteile bringen, etwa dass manche Arbeitgeber keine Schwerbehinderten einstellen oder Versicherungen Schwerbehinderte ausschließen oder nur eingeschränkt zulassen. Auch psychologische Gründe können eine Rolle spielen, wenn Menschen sich dagegen entscheiden, eine Schwerbehinderung amtlich zu machen. Überlegen Sie daher in Ruhe, was es Ihnen bringt.

Tipps für Angehörige

Familienangehörige von Menschen mit COPD erleben die Krankheit hautnah mit. Bei der Krankheitsbewältigung sind sie oft eine große Stütze. Angehörige bauen auf. Sie helfen den Erkrankten, die Herausforderungen des Alltags zu meistern. Sie gehen mit zum Arzt und unterstützen den Partner oder die Partnerin bei der Umsetzung der Therapieempfehlungen. Und nicht zuletzt können sie in Notfallsituationen entscheidend zu einem guten Ausgang beitragen, indem sie beruhigend wirken und die richtigen Maßnahmen ergreifen.

An der Schulung teilnehmen

Wenn möglich, sollten Angehörige an Patientenschulungen teilnehmen, die vom Arzt empfohlen werden. Denn dort werden viele Themen besprochen, die auch für sie von Interesse sind: Was ist bei akuter Luftnot zu tun? Dürfen sich COPD-Patienten körperlich anstrengen? Wie schafft man es am besten, mit dem Rauchen aufzuhören? In der Schulung können sie alle Fragen stellen, die ihnen auf dem Herzen liegen. Die Schulung macht Patienten und auch Angehörige fit für den Alltag und ist das A und O für ein erfolgreiches COPD-Management.

Fürsorge für sich selbst

Andererseits ist es wichtig, dass Angehörige ihre eigenen Bedürfnisse nicht aus den Augen verlieren. Aus Sorge um den Partner oder die Partnerin nehmen Angehörige viel Rücksicht und stellen eigene Wünsche nicht selten hinten. Das gilt umso mehr bei einer fortgeschrittenen COPD, wenn die Leistungsfähigkeit abnimmt und sich der Lebensradius verengt. Eventuell wird der Partner irgendwann im Alltag zunehmend Hilfe benötigen, was die Angehörigen wieder vor neue Aufgaben stellt.

Wichtig ist in jedem Fall, dass Sie als Angehörige einen guten Mittelweg finden. Es gilt, den Partner oder die Partnerin zu unterstützen, sich aber gleichzeitig eigene Freiräume zu erhalten. Sonst kann es leicht passieren, dass Sie irgendwann mürrisch werden und ausgepowert sind – und damit ist keinem gedient. Machen Sie also ruhig auch mal etwas für sich ohne den anderen und haben Sie kein schlechtes Gewissen dabei. Und sollten Sie das Gefühl haben, mit der Situation überfordert zu sein, sprechen Sie mit anderen darüber und holen Sie sich Unterstützung. Der behandelnde Arzt ist ein guter Ansprechpartner, aber auch der Erfahrungsaustausch in einer Selbsthilfegruppe kann Angehörigen den Rücken stärken. Wer seinen Partner oder seine Partnerin pflegen muss, kann den kostenfreien AOK-Familiencoach Pflege nutzen. Das Online-Selbsthilfe-Programm möchte Ihnen dabei helfen, Ihre Psyche zu stärken und sich vor Überlastung zu schützen.

Mehr dazu unter: pflege.aok.de



Anhang

Glossar

Adhärenz: Befolgen der ärztlichen Therapieanweisungen durch den Patienten. Adhärenz ist entscheidend für den Therapieerfolg.

Aerosol: Gemisch aus festen oder flüssigen Teilchen und Luft

Akut: plötzlich auftretend

Alpha-1-Antitrypsin-Mangel: vererbter Enzymmangel, der zu Schäden am Lungen- und Lebergewebe führt

Anamnese: ausführliche Befragung eines Patienten zu Beschwerden und Krankengeschichte

Anticholinergika: Medikamente, mit denen sich die Bronchien erweitern lassen

Asthma: chronische Atemwegserkrankung mit anfallsweise auftretender Atemnot

Asthma-COPD-Overlap: Mischform aus COPD und Asthma

Atemtherapie: Training der Atemmuskulatur und Erlernen atemerleichternder Techniken

Bedarfsmedikament: Medikament, das die Atemwege schnell erweitert und bei plötzlicher Atemnot angewendet wird

Beta-2-Sympathomimetika: Medikamente, die eine Erweiterung der Bronchien bewirken

Body-Mass-Index (BMI): Verhältnis von Körpergewicht (kg) zu Körpergröße (m²).

Ein BMI ab 25 gilt als Übergewicht, ein BMI ab 30 als Adipositas.

Bronchien: Die Luftröhre teilt sich an ihrem unteren Ende in zwei – ebenfalls röhrenförmige – Äste (Bronchien) auf, die innerhalb der beiden Lungenlappen verlaufen und sich immer weiter verzweigen. In diesem Röhrensystem wird die Atemluft zu den Lungenbläschen geleitet, wo der Gasaustausch stattfindet.

Bronchialschleimhaut: Innenauskleidung der Atemwege, die aus schleimproduzierenden Zellen und Flimmerepithelzellen mit Reinigungsfunktion besteht

Bronchialmuskulatur: ringförmige Muskulatur um die Bronchien, die für eine Verengung oder Erweiterung der Atemwege zuständig ist

Bronchitis: Entzündung der Bronchialschleimhaut

Bronchodilatation: Erweiterung der Atemwege

Bronchodilatoren: Medikamente, die die Atemwege erweitern

Chronisch: dauerhaft

COPD: (chronic obstructive pulmonary disease) chronisch obstruktive Lungenerkrankung, die mit einer Verengung der Bronchien einhergeht und meist durch Rauchen hervorgerufen wird

Cor pulmonale: Lungenherz. Erweiterte rechte Herzkammer aufgrund eines krankhaften Druckanstiegs im Lungenkreislauf

Dauermedikament: regelmäßig angewendetes Medikament zur Behandlung chronischer Erkrankungen

Depression: psychische Erkrankung mit gedrückter Stimmung, Antriebs- und Freudlosigkeit

Diabetes mellitus: im Volksmund Zuckerkrankheit genannt, Stoffwechselerkrankung mit dauerhaftem Ansteigen des Blutzuckers

Disease-Management-Programm, kurz DMP: strukturiertes Behandlungsprogramm für chronische Erkrankungen

Dosieraerosol: Spray zur Inhalation eines Medikaments

Dyspnoe: Atemnot, Kurzatmigkeit

Einsekundenkapazität (forciertes expiratorisches Volumen, FEV1): Messgröße der Lungenfunktionsdiagnostik. Luftmenge, die innerhalb einer Sekunde mit starker Kraft ausgeatmet werden kann

Exazerbation: plötzlich auftretende Verschlimmerung

E-Zigarette: elektronische Zigarette, die statt Tabak eine in der Regel nikotinhaltige, eventuell gesundheitlich bedenkliche Flüssigkeit (Liquid) enthält. Diese wird über ein batteriebetriebenes Heizelement erwärmt und verdampft.

Flimmerhärchen: Zellen mit beweglichen Wimpern. Die Bronchien sind mit einem Teppich aus Flimmerhärchen (Flimmer-

epithel) ausgekleidet, die alle im selben Takt schlagen und so eingedrungene Schmutzteilchen, Schadstoffe und Fremdkörper abtransportieren.

Ganzkörper-Plethysmographie: Untersuchungsmethode zur Bestimmung der Lungenfunktion

Glukokortikosteroide: Wirkstoffe, die mit Kortison verwandt sind. Sie besitzen stark entzündungshemmende Eigenschaften.

Herzinfarkt: plötzlich auftretender Sauerstoffmangel einer Region des Herzens infolge Verschluss eines Herzkranzgefäßes. Ein Herzinfarkt kann zu bleibender Herzschwäche führen beziehungsweise lebensbedrohlich sein.

Impfung: Aktivierung des Immunsystems durch Verabreichung von abgetöteten Krankheitserregern oder Bruchstücken lebender Erreger

Infektion: durch Erreger wie Viren oder Bakterien hervorgerufene Erkrankung

Influenza: echte Grippe, die durch Influenzaviren ausgelöst wird

Inhalation: Einatmen etwa von Wirkstoffen

Inhalative Medikamente: Medikamente, die durch Einatmen aufgenommen werden

Inhalieren: einatmen

Kombinationspräparat: Präparate, die mehrere (meist zwei) unterschiedliche Wirkstoffe enthalten

Kortison: körpereigenes Hormon. Unter anderem wegen der stark entzündungshemmenden Eigenschaften werden künstlich hergestellte Kortisonpräparate zur Behandlung verschiedener Krankheiten eingesetzt.

Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Short Acting Beta-2-Agonists, SABA): Medikamente, die eine akute Atemnot innerhalb weniger Minuten beseitigen

Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Long Acting Beta-2-Agonists, LABA): Medikamente, die die Bronchien über mehrere Stunden erweitern

Lang wirksame Anticholinergika (Long Acting Muscarinic Antagonists, LAMA): Medikamente, die die Bronchien über mehrere Stunden erweitern. Sie wirken dabei anders als LABA, weshalb sich die bronchienerweiternde Wirkung durch Kombination beider Wirkstofftypen verstärken lässt.

Lokal: örtlich begrenzt

Langzeit-Sauerstofftherapie (Long Term Oxygen Therapy, LTOT): Versorgung mit Sauerstoff aus einem mobilen Tank über eine Nasenbrille

Lungenemphysem: Überdehnung und teilweise Zerstörung von Lungenbläschen

Lungenfunktion: Leistungsfähigkeit der Lunge. Wichtige Beurteilungskriterien sind die Luftmengen, die beim Ein- und Ausatmen bewegt werden.

Lungensport: Trainingsangebote für Patienten mit Atemwegs- beziehungsweise Lungenerkrankungen

Nikotinersatzpräparate: nikotinhaltige Präparate wie Pflaster oder Kaugummi, mit denen sich die körperlichen Entzugssymptome beim Rauchverzicht abmildern lassen

NIV (nichtinvasive Beatmung): Beatmungsgerät, Atemunterstützung über eine Gesichtsmaske

Obstruktive Atemwegserkrankung: Erkrankung, die mit einer Verengung der Atemwege einhergeht

Osteoporose: Knochenschwund

Partikel: Teilchen

Passivrauchen: Aufnahme von Zigarettenrauch aus der Umgebungsluft. Dadurch werden Menschen, die selbst nicht rauchen, erheblich gefährdet.

Patientenschulung: elementarer Bestandteil der Behandlung chronischer Erkrankungen. Durch eine umfassende Schulung werden Patienten in die Lage versetzt, ihre Krankheit erfolgreich zu meistern.

Peak Flow: Spitzenfluss, maximale Strömungsgeschwindigkeit der Luft beim Ausatmen als wichtiger Messwert der Lungenfunktion

Peak-Flow-Meter: Messgerät, mit dem Patienten ihre Lungenfunktion selbst überprüfen können

Pneumokokken: Bakterien, die häufig für Lungenentzündungen verantwortlich sind

Pulverinhalator: Inhaliergerät, das den Wirkstoff in Pulverform freisetzt

Raucherhusten: typische Hustenattacke mit Auswurf

Sarkopenie: altersbedingter Muskelschwund

Sekret: Schleim

Sekretolytika: Medikamente, die zähen Schleim in den Atemwegen lösen, sodass er besser abgehustet werden kann

Selbstmanagement: aktive Bewältigung einer chronischen Erkrankung durch den Patienten

Spacer: Inhalationshilfe, die in Kombination mit einem Dosieraerosol verwendet wird

Spirometrie: Untersuchungsmethode zur Prüfung der Lungenfunktion

Vernebler: elektrisches Inhaliergerät, das mittels Druckluft oder Ultraschall lungengängige Wirkstoffteilchen erzeugt

Vitalkapazität (VC): Messgröße der Lungenfunktionsdiagnostik. Luftmenge, die nach maximalem Einatmen auf einmal ausgeatmet werden kann (expiratorische VC) beziehungsweise nach maximalem Ausatmen eingeatmet werden kann (inspiratorische VC)

Nützliche Weblinks

Angebote der AOK

AOK – Die Gesundheitskasse

Ihre AOK vor Ort informiert Sie jederzeit gern über alle Fragen in Zusammenhang mit Ihrem Behandlungsprogramm AOK-Curaplan COPD. Informationen finden Sie auch im Internet unter:

aok.de/copd

Hier ist auch eine **barrierefreie Version dieses Handbuchs** mit Vorlesefunktion für Menschen mit Sehbehinderung abrufbar.

Ein kostenfreies **COPD-Tagebuch** sowie einen **Notfallplan** zum Ausdrucken gibt es dort ebenfalls:

aok.de/copd → COPD: Angebote und Informationen für Patienten

→ Tagebuch für COPD-Patienten

→ COPD-Notfallplan

Darüber hinaus informiert das **AOK-Gesundheitsmagazin** über COPD:

aok.de/magazin → Suche: COPD

Unterstützung der AOK zum **Rauchstopp** sowie hilfreiche Informationen, ein Selbsttest und vieles mehr finden Sie unter:

aok.de → Suche: Nichtraucher werden

Die AOK bietet viele kostenfreie **Gesundheitskurse** zum Rauchstopp, aber auch zu Bewegung, Ernährung und Entspannung:

aok.de/kurse

Das **interaktive Online-Programm der AOK** kann helfen, mit Stimmungsschwankungen und Ängsten umzugehen. Zu finden ist es unter:

moodgym.de

Organisationen

Deutsche Atemwegsliga e. V.

Telefon: 05252 933615

kontakt@atemwegsliga.de

atemwegsliga.de

Deutsche Lungenstiftung e. V.

Telefon: 0511 2155110

info@lungenstiftung.de

lungenstiftung.de

Deutscher Allergie- und Asthmabund e. V. (DAAB)

Telefon: 02166 6478820

info@daab.de

daab.de

Weitere Institutionen

copd-deutschland.de (COPD – Deutschland e.V.)

lungeninformationsdienst.de (Helmholtz Zentrum München)

Übersicht regionaler Lungensportgruppen:

lungensport.org → Lungensport Register

Übersicht mit regionalen Selbsthilfegruppen:

nakos.de → Adressen → Datenbanksuche

Stichwortverzeichnis

Adhärenz	27, 80
Alpha-1-Antitrypsin-Mangel	15, 80
Anticholinergika	28, 80, 82
AOK-Curaplan	3, 23, 28, 31, 35, 41, 57, 64, 68, 84
Asthma	20, 30, 80
Asthma-COPD-Overlap	20, 80
Atemerleichternde Haltungen	37 ff., 48, 67
Atemnot	12, 29, 38 ff., 45 ff., 59, 65 ff., 71 f.
Atemtechnik	37 ff.
Atemübungen	32, 37 ff.
Beatmung → nicht-invasive Beatmung	
Bedarfsmedikament	29 f., 70, 80
Begleiterkrankungen	17, 21, 31, 46
Behandlung	14, 26 ff.
Beta-2-Sympathomimetikum	28, 82
Bewegung	22, 25, 42 ff., 73
Body-Mass-Index	45, 80
Bronchien	6 ff., 20, 28, 51, 54, 72, 80
Bronchodilatoren	28 ff., 80
COPD-Beschwerden	12 ff., 23, 27, 46, 51, 65 ff., 71, 74
COPD-Diagnose	16 ff.
COPD-Management	23, 36 f., 78
COPD-Notfallplan → Notfallplan	
COPD-Schweregrad → Schweregrad	
COPD-Stufenplan	26, 30, 33
COPD-Tagebuch → Tagebuch	
Cor pulmonale (Lungenherz)	13, 81
Dauermedikament	29 f., 81
Diabetes	23, 46, 81
Disease-Management-Programm → AOK-Curaplan	
Dosieraerosol	34 f., 81
Dyspnoe	12, 81
Ernährung	45 ff., 84
Evidenzbasierte Medizin	28
Exazerbation	30, 42, 51 ff., 81
E-Zigarette	10, 59, 81
Flimmerhärchen	7, 9, 10 f., 81
Ganzkörper-Plethysmographie	17 ff., 81

Hausputz → Putzen	
Herzerkrankungen	23
Hilfsmittel	50
Husten	7, 9 ff., 14, 31 f., 51 ff., 64, 66, 71
Hygiene	52
Immunsystem	43, 54, 73
Impfen	53 f., 81
Infekte	51 ff.
Inhalation	30, 34 f., 81
Kortison	30 f., 82
Krankheitsschub → Exazerbation	
Kutschersitz	38 f., 48, 67
Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT)	31 ff., 82
Lippenbremse	39, 67
Lungenbläschen	8, 11, 13, 47, 80, 82
Lungenemphysem	6 ff., 13, 15, 21 f., 44 f., 82
Lungenfacharzt	19, 32, 75
Lungenfunktion	12, 14, 19 f., 40 ff., 51, 59, 64, 82
Lungensport	37, 44 f., 82, 85
Medikamente	26 ff., 33 ff., 42, 62, 76, 81 ff.
Medikationsplan	31
Muskeln	28, 38, 43
Nebenwirkungen	18, 27, 30 ff., 62
Nicht-invasive Beatmung (NIV)	33, 82
Nikotinersatzpräparate	62, 82
Notfall	65 ff., 77
Notfallplan	67 f., 84
Notfallspray	67 f., 76
Osteoporose	23, 30, 82
Passivrauchen	9 ff., 55, 63, 82
Peak Flow	40 ff., 51, 67 f., 82
Plethysmographie →	
Ganzkörper-Plethysmographie	
Pneumokokken	52 ff., 82
Psychologische Unterstützung	24 f., 77
Pulverinhalator	24 f., 70, 82
Putzen	71 ff.
Rauchen	7 ff., 15, 58 ff., 78
Rauchstopp	7 ff., 59 ff., 64, 84
Rehabilitation	32, 44
Reisen	74 ff.
Reiz	7 f., 55, 72
Roflumilast	31

Sarkopenie	22, 83
Schulung	37, 57, 67f., 78, 82
Schleim	7ff., 10f., 20, 33, 51, 83
Schweregrad	14
Sekret → Schleim	
Sekretolytika	33, 83
Selbsthilfegruppen	24f., 56f., 85
Selbstmanagement	36, 57, 83
Spacer	35, 83
Spirometrie	17ff., 83
Sport	12, 44f., 57
Stress	60, 63, 68
Stufenplan → Schweregrad	
Symptome	6, 12, 41, 51
Tagebuch	41f., 49f., 84
Therapie	26ff., 32, 42, 65
Therapietreue	27
Torwartstellung	38f., 67
Übergewicht	21, 45f., 80
Untergewicht	21f., 45ff.
Untersuchungen	16ff.
Wetter	54, 74f.
Zigaretten → Rauchen	

Notizen

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

Luft zum Leben – das Handbuch zu COPD

COPD, eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung, bleibt oft über Jahre unbemerkt. Wer die Diagnose dafür schließlich bekommt, spürt die Beschwerden wie Kurzatmigkeit und Atemnot meist schon sehr deutlich. Sie entstehen, weil die Bronchien verengt sind.

Dieses Handbuch erläutert Ihnen, was eine COPD genau ist und wie sie behandelt wird. Außerdem zeigt es Ihnen, wie Sie dazu beitragen können, dass sich die COPD nicht verstärkt. Sie können dafür selbst aktiv werden: durch Rauchverzicht, eine konsequente Therapie und richtiges Inhalieren, durch Atemübungen und einen gesundheitsbewussten Lebensstil. Dieses Buch vermittelt Ihnen viele praktische Tipps und ist damit eine ideale Ergänzung zu Ihren Gesprächen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt.

Schutzgebühr: 19,90 Euro

Luft zum Leben

Herausgeber: AOK-Bundesverband, Berlin

© KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

ISBN 978-3-940172-59-4

**AOK-
Curaplan**