

Erstellung von evidenzbasierten
Patienteninformationen zum
Thema: Chronisch obstruktive
Atemwegserkrankungen - COPD

**Abschlussbericht zur Erstellung einer Patienteninformation
zum Thema COPD**

Auftrag P05-05A
Version 1.0
Stand: 08.02.2007

Impressum

Herausgeber:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Thema:

Erstellung von evidenzbasierten Patienteninformationen zu dem Thema: Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen - COPD

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

20.09.2005

Interne Auftragsnummer:

P05-05A

Anschrift des Herausgebers:

IQWiG
Dillenburger Straße 27
51105 Köln

Telefon (02 21) 3 56 85-0

Telefax (02 21) 3 56 85-1

berichte@iqwig.de

www.iqwig.de

Inhalt

	Seite
Artikel: Chronischer Husten und Atemwegsbeschwerden: Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD	4
Merkblatt: Chronischer Husten und Atemwegsbeschwerden: Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD	28
Merkblatt: Merkblatt für Angehörige von Menschen mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, COPD	33

Chronischer Husten und Atembeschwerden: Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD

1. Hintergrund	
COPD ist eine häufige Erkrankung	5
Das Bild von der COPD	5
Die Lunge und ihre Funktion	6
Erkrankungsursachen	8
2. COPD frühzeitig erkennen	9
Diagnoseverfahren und -kriterien	11
Wie man COPD und Asthma unterscheiden kann	12
3. Erkrankungsverlauf	13
Erkrankungsstadien	13
Akute Verschlechterungen (Exazerbationen), Atemnotanfälle	14
Notfallplan	14
Auslöser einer akuten Verschlechterung	15
4. Leben mit COPD	15
Bedeutung für den Alltag	16
Bewältigungsstrategien	17
Angst und Frustration	18
Auswirkungen auf Familie und Freunde	19
5. Behandlungsmöglichkeiten	19
Medikamente	20
Dauer- und Bedarfsmedikation	21
Sauerstofftherapie	22
Andere Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten	23
Disease Management Programme	24
Schlusswort	24
Quellen	25

Schlusswort

Quellen

Chronischer Husten und Atembeschwerden: Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD

1. Hintergrund

COPD ist eine häufige Erkrankung

COPD ist die medizinische Abkürzung für den englischen Begriff „chronic obstructive pulmonary disease“. Auf Deutsch heißt dies „chronisch obstruktive Lungenerkrankung“. COPD bedeutet, dass die Atemwege wegen einer chronischen Bronchitis dauerhaft entzündet sind und/oder ein Teil der Lungenbläschen zerstört ist (Emphysem). Wie viele Menschen in Deutschland eine COPD haben, ist nicht genau bekannt.

Das Schlüsselwort ist „obstruktiv“: Es besagt, dass die Atemwege verengt oder eingeengt sind. Diese Einengung ist für die wichtigste Folge der COPD mitverantwortlich: Menschen mit fortgeschrittener COPD bekommen nur schwer genügend Luft. Schon Alltagstätigkeiten können ausreichen, um außer Atem zu geraten – Treppensteigen, Gartenarbeit, ein Spaziergang. Einige Menschen mit COPD haben Angst, zu ersticken.

Diese Atemnot entsteht nicht plötzlich, sondern entwickelt sich langsam über Jahre hinweg. Menschen mit COPD spüren zwar bestimmte Beschwerden wie zum Beispiel Husten, der über Monate anhält. Sie kommen aber nicht unbedingt auf die Idee, dass dahinter eine ernsthafte Krankheit stecken könnte. Andere halten die Beschwerden für Asthma, oder sie haben nicht nur Asthma, sondern auch eine COPD. Dass eine fortschreitende Erkrankung vorliegt wird häufig erst recht spät erkannt, wenn bereits stärkere Beschwerden spürbar sind [1]. Viele Betroffene sind dann älter als 60 Jahre. Aber je früher eine COPD erkannt wird, desto eher kann man dafür sorgen, dass die Lunge nicht weiterhin ungehindert Schaden nimmt.

Es gibt nur grobe Schätzungen, wie viele Personen betroffen sind. Danach hat etwa jeder zehnte bis 20. Erwachsene über 40 Jahren (5 bis 10 %) eine COPD. COPD ist damit weit häufiger als Asthma. Männer stellen die große Mehrheit, nur etwa ein Viertel sind Frauen [2]. Es gibt einen starken Zusammenhang zwischen Rauchen und COPD: Viele Menschen mit COPD haben über mehrere Jahrzehnte hinweg Zigaretten geraucht [2]. Es ist jedoch nie zu spät, das Rauchen aufzugeben. Allerdings ist es schwierig – selbst dann, wenn man an COPD erkrankt ist. Dies ist manchmal für Andere schwer zu verstehen.

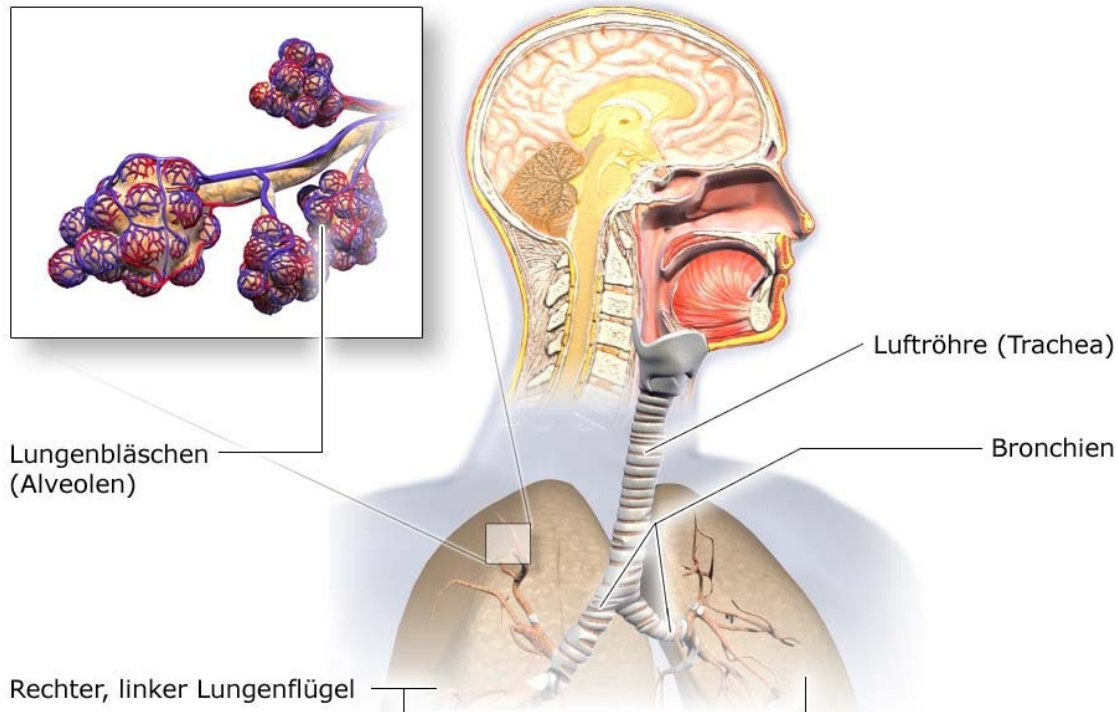
Das Bild von der COPD

Der Zusammenhang mit dem Rauchen bestimmt auch das Bild, das viele Betroffene und nicht Betroffene von der COPD haben. Menschen mit COPD sehen sich dem unausgesprochenen oder auch ausgesprochenen Vorwurf ausgesetzt, an ihrer Krankheit selbst „schuld“ zu sein. Die Folgen einer Erkrankung sind jedoch niemals eine Frage von Schuld oder Unschuld.

Solche Vorwürfe sind ohnehin zu einfach. Sie können manchmal auch völlig unzutreffend sein: Nicht alle Menschen mit COPD sind Raucher oder haben früher einmal geraucht. Eine COPD kann auch andere Ursachen haben, zum Beispiel wenn Menschen berufsbedingt Stäube oder Gase einatmen müssen, die schädlich für die Lungen sind.

Vor allem: Menschen mit COPD haben eine sehr ernst zu nehmende Krankheit mit schwerwiegenden Folgen für ihr Alltagsleben, ihren Körper und ihr Wohlbefinden.

Die Lunge und ihre Funktion

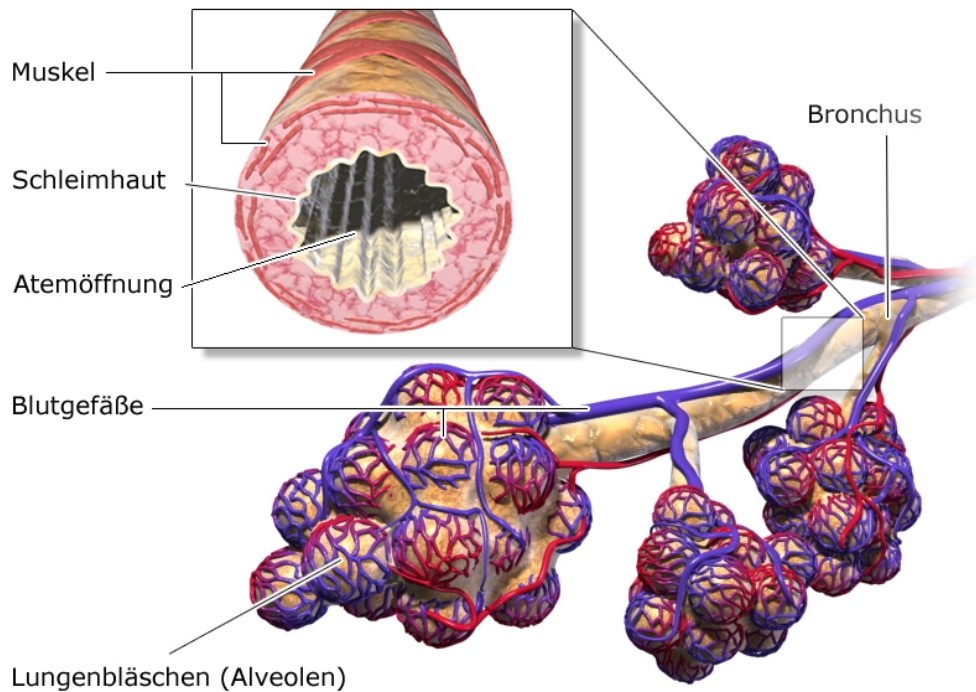


Normalerweise atmen wir, ohne dass wir darüber nachdenken. In Ruhe atmet ein Gesunder mit jedem Zug etwa 0,5 Liter Luft ein und aus, pro Minute sind das etwa 6 Liter.

Die Luft wird in der Lunge durch die Bronchien verteilt, die sich ausgehend von der Luftröhre immer weiter verzweigen wie Äste eines Baumes. Die Bronchien sind ein aktives Organ: Ihre Wand enthält Muskelgewebe, das den Durchmesser der Bronchien steuern kann. Die Innenwand ist außerdem mit einem Teppich aus beweglichen Flimmerhärchen ausgekleidet, die von einer dünnen Schleimschicht bedeckt sind. Bevor Staub und Krankheitskeime aus der Atemluft in die Lunge gelangen, bleiben sie meist irgendwo in dem Schleimfilm der Bronchien kleben. Die Flimmerhärchen transportieren den Schleim dann aus den Bronchien heraus, sodass er heruntergeschluckt werden kann. Diese Selbstreinigung ist für die Gesundheit der Lunge sehr wichtig.

Wenn die Flimmerhärchen durch Entzündungen dauerhaft zerstört werden, kann der Schleim nicht mehr abtransportiert werden und die Bronchien werden verstopft. Eine Reinigung der Bronchien ist dann nur noch durch Abhusten des Schleims möglich. Auch Rauchen schädigt die Flimmerhärchen.

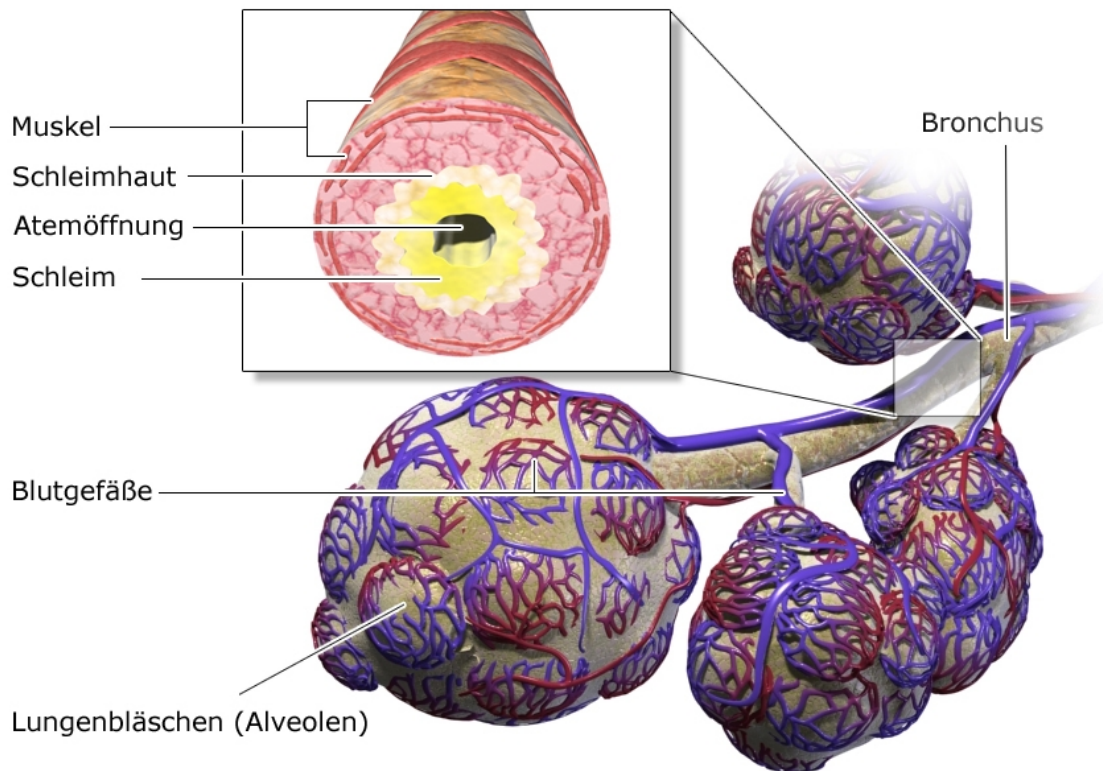
Gesunde Atemwege:



Nach vielen Verzweigungen enden die kleinsten Bronchien in Millionen winziger Lungenbläschen (Alveolen). Die Bläschen sind von feinen Blutgefäßen eingehüllt. Hier treffen Luft und Blut nur noch getrennt durch eine hauchdünne Gewebeschicht zusammen und tauschen Gase aus. Sauerstoff gelangt aus der eingeatmeten Luft ins Blut, Kohlendioxid wird mit der verbrauchten Luft ausgeatmet. Entscheidend für den Austausch der Gase ist es, wie viel dieser wirksamen Oberfläche zur Verfügung steht und durch die Atmung und den Blutstrom erreicht wird.

Bei Menschen mit COPD können Bronchien und Lungenbläschen geschädigt sein. Eine Ursache ist eine dauerhafte Entzündung der Atemwege, Mediziner sprechen von chronischer Bronchitis. Diese Entzündung ist eine Reaktion auf eine wiederkehrende Belastung durch Rauch, schädliche Gase, Staub oder Partikel. Sie hat zur Folge, dass mehr Schleim entsteht, den der Körper durch Husten beseitigen muss. Chronischer Husten ist deshalb ein frühes Anzeichen einer COPD [1]. Allerdings bedeutet nicht jeder Husten ein Anzeichen für eine COPD.

COPD:



Den beim Husten ausgespuckten Schleim nennt man Auswurf oder Sputum. Die Schleimschicht in den Bronchien kann so dick werden, dass dadurch der Lufttransport behindert wird. In Ruhe fällt das nicht unbedingt auf: Doch bei körperlicher Anstrengung muss dann richtig Kraft aufgewendet werden, um noch genügend Luft zu bekommen.

Häufig ist bei Menschen mit COPD auch ein Teil der empfindlichen Lungenbläschen zerstört. Stattdessen bilden sich große, luftgefüllte Blasen, die wie eine Aufblähung der Lunge wirken. Diese Veränderung wird Lungenemphysem genannt. Sie hat zur Folge, dass sich die Fläche für den Austausch zwischen Blut und Luft verkleinert, sodass weniger Sauerstoff ins Blut gelangt [1,3]. Wenn Entzündung und Verengung der Bronchien sowie ein Emphysem zusammentreffen, können sie sich gegenseitig verstärken.

Erkrankungsursachen

Rauchen ist die häufigste Ursache der COPD [1,4]. Es erkrankt zwar nicht jeder Raucher, aber die meisten Menschen mit COPD rauchen oder haben früher geraucht [1,2,4]. Die Bedeutung des Rauchens zeigt sich derzeit auch bei Frauen: Mit der steigenden Anzahl der Raucherinnen erkranken auch immer mehr Frauen an einer COPD.

Auch andere, längere Zeit andauernde Reizungen der Lunge begünstigen die Krankheit. Dazu gehören zum Beispiel starke Belastungen mit bestimmten Staubarten oder gefährlichen Gasen am Arbeitsplatz [1].

Wissenschaftler haben auch Hinweise, dass bestimmte angeborene Eigenschaften mit dafür verantwortlich sind, dass manche Menschen leichter an einer COPD erkranken als andere [3,4]. Beispiele hierfür sind der seltene Alpha-1-Antitrypsin-Mangel oder Störungen der Lungenentwicklung im Mutterleib.

2. COPD frühzeitig erkennen

Helmut:

Die Erkrankung zeigte sich schon vor ungefähr zehn Jahren *[Anmerkung der Redaktion: Helmut ist jetzt 63 Jahre alt]*. Aber ich wollte das irgendwie nicht wahrhaben. Mit der Zeit habe ich gemerkt, dass meine Leistungsfähigkeit langsam abnahm. Ich habe öfters gehustet und es damit abgetan, dass ich wahrscheinlich eine Erkältung bekomme.

Katharina:

Die Entwicklung dieser Krankheit ging ganz langsam und schrittweise. Ich habe das gar nicht so richtig bemerkt *[Anmerkung der Redaktion: Katharina ist jetzt 65 Jahre alt]*.

Unsere Lunge hat sehr große Reserven. In Ruhe brauchen wir meist nur weniger als ein Zehntel der Luftmenge, die unsere Atmung bei starker Anstrengung bewältigen kann. Dieser enorme Spielraum ist der Grund dafür, dass sich die Funktion der Lunge über Jahre hinweg langsam verschlechtern kann, ohne dass wir im Alltag etwas davon spüren. Erst wenn bereits ein großer Teil der Reserven verloren gegangen ist, macht sich eine COPD durch Atemnot bemerkbar. Heilen können Ärzte eine COPD nicht. Aber ein Gespräch mit einem Arzt kann vielen Menschen Hinweise geben, was sie gegen eine Verschlimmerung der Atemnot tun können. Dabei erfahren sie auch, wie sie andere Symptome lindern können. Für viele ist die Diagnose einer COPD ein wichtiger Anstoß, eine Raucherentwöhnung anzugehen.

Typische Symptome einer COPD sind:

- Atemnot bei körperlicher Belastung; bei einer fortgeschrittenen COPD tritt Atemnot bereits in Ruhe auf
- täglicher Husten über eine längere Zeit
- Auswurf
- Geräusche beim Atmen wie Pfeifen, Brummen
- Vermehrte Beschwerden bei Erkältungen oder Grippeerkrankungen

Katharina:

Es dauerte bei mir sehr lange, bis ich die Einsicht hatte. Man kann das gut verdrängen. Es gibt viele andere Erklärungen: Man ist müde, man ist abgeschlagen, man hat Raucherhusten. Deshalb wird ja oft nicht erkannt, wie viele diese Erkrankung haben. Bei mir war es ja auch so, dass ich körperlich sehr fit war, fitter als viele Andere. Ich habe immer gedacht, dass ich ja alles noch kann. Ich habe es einfach verdrängt.

Bei Menschen, die über ein Jahr hinweg täglich husten, liegt der Verdacht einer COPD nahe. Husten ist für gewöhnlich das erste Anzeichen einer COPD [1]. Es kann sein, dass der Husten nur zu bestimmten Tageszeiten auftritt, vor allem morgens [1]. Viele Menschen mit COPD halten einen chronischen Husten für harmlos oder haben sich an ihn gewöhnt.

Katharina:

Ich bin morgens bei feuchtem und kaltem Wetter Fahrrad gefahren und musste zwischendurch absteigen, weil ich keine Luft mehr bekam. Zuerst habe ich gedacht, dass ich erkältet bin. Das ging aber nicht weg, sondern wurde immer schlimmer. Dann kam ich nach dem Radfahren die Treppen nicht mehr hoch. Wenn ich es dann geschafft hatte, war ich völlig ausgepumpt und vollkommen fertig.

Die meisten Menschen mit COPD werden auf ihre Erkrankung aufmerksam, wenn sie kurzatmig werden bei leichteren körperlichen Anstrengungen, die sie früher problemlos bewältigt haben [1]. Einige spüren die Kurzatmigkeit als Engegefühl im Hals oder weil sie ihre Atemmuskulatur bewusst anstrengen müssen, um genügend Luft zu bekommen. Bei anderen wird die Atmung bei Anstrengung von pfeifenden oder brummenden Geräuschen begleitet. Wenn die COPD weiter fortschreitet, können schon normale Aktivitäten des Alltags wie Ankleiden, Waschen, Essen oder Gehen zu Atemnot führen. Menschen mit einer schweren Form der COPD sind bereits in Ruhe kurzatmig [1].

Helmut:

Nicht nur meine Ausdauer ließ erheblich nach, sondern auch das Treppensteigen wurde schwieriger, und ich konnte auch weniger Gewicht tragen. Ich konnte mich generell weniger belasten und hatte sehr schnell Probleme, ausreichend Luft zu bekommen.

Menschen, die rauchen, erkranken zwar häufiger an COPD oder Lungenkrebs, und auch die Symptome beider Erkrankungen sind ähnlich. COPD führt aber nicht zu Lungenkrebs. Es handelt sich um unterschiedliche Erkrankungen. Da sich die Krankheitserscheinungen (Symptome), vor allem zu Beginn der Erkrankung, ähnlich sind, ist eine sorgfältige Klärung der Ursachen (Diagnostik) besonders wichtig.

Diagnoseverfahren und -kriterien

Helmut:

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

Symptome wie anhaltender Husten und Atemnot genügen bereits, um einen konkreten Verdacht auf COPD zu stellen. Ärzte können dann in der Regel mit einfachen und schmerzlosen Untersuchungen feststellen, ob die Krankheit wirklich vorliegt und wie weit sie fortgeschritten ist. Erste Untersuchungen sind oft beim Hausarzt möglich, für spezielle Untersuchungen ist ein Besuch bei einem Lungenfacharzt (Pneumologe) nötig.

Am Anfang fragt der Arzt nach anderen Krankheiten und nimmt eine allgemeine Untersuchung des Körpers vor. Daran schließen sich dann Untersuchungen zur Funktion der Atmung („Lungenfunktionstests“, „Spirometrie“) an, die Auskunft über die Leistungsfähigkeit der Lunge geben. Je nach Ergebnis kommen dann weitere Untersuchungen hinzu, auch, um zwischen COPD und anderen Erkrankungen wie beispielsweise Asthma, Herzmuskelschwäche oder Lungenkrebs unterscheiden zu können. Alles, was der Patient während eines spirometrischen Tests tun muss, ist, nach Anweisung des Arztes durch das Mundstück eines Gerätes zu atmen. Dieses misst die Menge der ein- und ausgeatmeten Luft.

Das Messprinzip ist recht einfach: Eine wichtige Größe ist die „Vitalkapazität“ der Lunge (VK). Sie wird gemessen, indem man zuerst so tief wie möglich ausatmet, und dann so viel Luft wie möglich einatmet. Eine zweite wichtige Größe ist das „forcierte Ein-Sekunden-Volumen“ (FEV₁). Bei diesem Test geht es darum, aus voller Lunge so schnell wie möglich auszuatmen. Gemessen wird die Luftmenge, die in der ersten Sekunde ausgeatmet wird. Ein Gesunder kann innerhalb von einer Sekunde mehr als 80 Prozent der Luft in seiner Lunge ausatmen. Wenn der Anteil der in einer Sekunde ausgeatmeten Luft kleiner als 70% ist, deutet das auf eine Verengung der Atemwege hin.

Bei der Spirometrie hilft der Einsatz von bestimmten Medikamenten, welche die Atemwege erweitern, zwischen COPD und Asthma zu unterscheiden. Liegt Asthma vor, erweitern sich die Bronchien unter dem Medikamenteneinsatz. Bei einer COPD wirken diese Medikamente nicht oder nur schwach [1].

Manchmal liefert die Spirometrie kein eindeutiges Ergebnis. Eine COPD kann auch vorliegen, wenn andere Untersuchungen ein Lungenemphysem (Überblähung der Lunge), eine Störung des Gasaustausches oder eine Erhöhung des Atemwegswiderstands nachweisen.

Was bei einer Spirometrie gemessen wird:

- VK: Der Messwert VK steht für die Vitalkapazität. Der Wert gibt an, wie viel Luft Sie maximal einatmen können, nachdem Sie vorher so tief wie möglich ausgeatmet haben.
- FEV₁: Der Messwert FEV₁ steht für das forcierte Ein-Sekunden-Volumen. Der Wert gibt an, wie viel Luft Sie in einer Sekunde maximal ausatmen können (Sekundenluft). Die ausgeatmete Luftmenge wird in Litern gemessen. Beträgt bei einer COPD das forcierte Einsekunden-Volumen weniger als 80 % des normalen Wertes, ist damit zu rechnen, dass sich auch die körperliche Belastbarkeit der Betroffenen vermindert.
- FEV₁/VK: Der Wert FEV₁/VK wird relative Sekundenkapazität genannt. Er besagt, welchen Teil einer Lungenfüllung Sie innerhalb einer Sekunde ausatmen können. Bei einer COPD beträgt die relative Sekundenkapazität höchstens 70 %.

Es kann sein, dass sich weitere Untersuchungen anschließen. Bei einer Ganzkörper-Plethysmographie (Bodyplethysmographie) sitzt die zu untersuchende Person in einer luftdichten Glaskammer, die an eine Telefonzelle erinnert. Mit dieser Untersuchung können Druckunterschiede und bei der Atmung bewegte Luftmengen gemessen werden. Dadurch kann der Widerstand, den die Atemwege dem Lufttransport entgegensetzen, ermittelt werden. Diese Untersuchung wird auch eingesetzt, um festzustellen, wie viel Luft in den Lungen enthalten ist und welcher Anteil davon bei der Atmung ausgetauscht wird. So kann ein Anhaltspunkt dafür gewonnen werden, ob die Atemstörung eher durch eine chronische Bronchitis oder durch ein Lungenemphysem verursacht wird.

Wenn man für die Beurteilung der Situation einschätzen muss wie sich als Folgen der COPD die Oberfläche der Lungenbläschen verkleinert hat, gibt es Verfahren, die den Gasaustausch messen können.

Wie man COPD und Asthma unterscheiden kann

Manchmal ist es nicht einfach, zwischen COPD und Asthma zu unterscheiden. Hinter beiden Krankheiten steckt eine Verengung der Atemwege. Auch die Beschwerden wie Atemnot können sehr ähnlich ausfallen. Eine genaue Diagnose ist jedoch wichtig, weil Asthma anders behandelt wird als eine COPD. Allerdings können auch beide Erkrankungen gleichzeitig vorliegen.

Bei Asthma sind die Atemwege entzündet und sie reagieren überempfindlich durch eine Verkrampfung der Muskulatur in der Bronchialwand. Medikamente können diese Entzündung abschwächen und verengte Bronchien wieder erweitern. Gut behandelte Menschen mit Asthma geraten gewöhnlich nur selten in Atemnot.

Demgegenüber bleiben bei einer COPD die Atemwege dauerhaft verengt. Auch Medikamente können sie nur wenig weiten [1]. Um zwischen Asthma und COPD unterscheiden zu können, sind spezielle ärztliche Untersuchungen erforderlich.

Typisch für eine COPD ist, wenn [1]:

- sich die Erkrankung erst im Erwachsenenalter entwickelt
- Atemnot bei körperlicher Belastung auftritt, später dann auch bereits in Ruhe
- die Beschwerden langsam und allmählich zunehmen
- geraucht wird oder wurde
- beruflicher Kontakt mit schädlichen Stäuben oder Gasen besteht oder bestand

Typisch für ein Asthma ist, wenn [1]:

- sich die Erkrankung in der Kindheit oder Jugend entwickelt; Asthma kann aber in jedem Alter erstmals auftreten
- die Atemnot anfallsartig vor allem nachts oder früh morgens auftritt und von Tag zu Tag unterschiedlich stark ausfällt
- gleichzeitig eine Allergie, ein Heuschnupfen oder ein Ekzem vorliegen
- weitere Familienangehörige wie Eltern oder Geschwister Asthma haben

3. Erkrankungsverlauf

Katharina:

Die Ärzte haben bei mir jedoch ein Lungenemphysem und COPD festgestellt. Sie haben mich darüber aufgeklärt, was ein Lungenemphysem und eine COPD sind und mir deutlich gesagt, dass das nicht mehr rückgängig zu machen ist und immer weiter fortschreitet. Zu diesem Zeitpunkt konnte ich das nicht erfassen. Ich habe gedacht, wenn ich aufhöre zu rauchen und gut trainiere, dann geht es wieder weg.

Es ist normal, dass die Lunge mit dem Älterwerden etwas von ihrer Leistungsfähigkeit einbüßt. Die Reserve der Lunge ist aber so groß, dass dieser Verlust bei Gesunden auch in hohem Alter kaum Beschwerden verursacht.

Kennzeichen der COPD ist, dass der Verlust der Leistungsfähigkeit sehr viel schneller abläuft als bei Menschen mit gesunder Lunge. Es gibt keine Möglichkeit, einen einmal entstandenen Schaden wieder rückgängig zu machen.

Wenn die Krankheit erkannt ist, kann der Verlauf einer COPD aber bei vielen Menschen positiv beeinflusst werden [1]. Das Wichtigste ist, dass die Ursachen für eine weitere Lungenschädigung vermieden werden (Rauchen, berufliche Exposition mit schädlichen Stäuben oder Gasen). Außerdem hilft eine konsequente Behandlung, die Beschwerden zu lindern [1].

Erkrankungsstadien

Ärzte teilen die COPD meistens in vier Stadien ein [3,5-8]. Dabei orientieren sie sich überwiegend an den spirometrischen Messwerten FEV₁ und VK (siehe oben).

- Menschen mit leichter COPD haben gewöhnlich einen dauerhaften Husten und Auswurf. Ihre Atemwege sind nur leicht verengt, sodass der Verlust der Lungenfunktion von ihnen meistens nicht bemerkt wird.
- Menschen mit mittelschwerer COPD haben etwas stärker verengte Atemwege, sodass sie bei körperlicher Anstrengung Atemprobleme bekommen. Üblicherweise sind Symptome wie Husten und Auswurf ebenfalls stärker.
- Menschen mit schwerer COPD haben so stark eingeengte Atemwege, dass sie auch bei manchen Alltagstätigkeiten unter Atemnot leiden. Es können plötzliche und heftige Anfälle von Atemnot auftreten, in denen sie Erstickungsangst bekommen.
- Bei einer sehr schweren COPD besteht oft sogar in Ruhe Atemnot. Eine Zwischenzeitliche Zunahme der Atemnot, z.B. bei zusätzlich auftretenden Infektionen (Exazerbationen), kann lebensbedrohlich sein.

Die Krankheit entwickelt sich von Person zu Person sehr unterschiedlich. Oft unterschätzen Menschen mit COPD aber, dass sie sich schnell verschlimmern kann [1].

In einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium kann die Lunge den Körper nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgen. Das hat dann auch Veränderungen an anderen Organen zur Folge. Das Herz muss beispielsweise mehr Blut durch die Lunge pumpen. Durch die stärkere Belastung verdickt sich der zuständige rechte Teil des Herzmuskels, Mediziner sprechen von einem „Cor pulmonale“ [1]. In der Folge verliert das Herz an Schlagkraft. Es kann dann zum Beispiel zu Wassereinlagerungen in den Beinen und im Körper kommen.

Da körperliche Anstrengungen bei Menschen mit COPD Beschwerden verursachen, beginnen viele, sich weniger zu bewegen. Die Folge ist ein Abbau von Muskelmasse, der die körperliche Leistungsfähigkeit noch weiter verringert.

Akute Verschlechterungen (Exazerbationen), Atemnotanfälle

Bei einer COPD kann sich die Lungenfunktion, z.B. bei zusätzlichen, sonst kaum auffälligen Infektionen der Atemwege, für kurze Zeit verschlechtern, sodass Beschwerden stark zunehmen. Solche Krankheitsschübe werden Exazerbationen genannt [3].

Exazerbationen äußern sich gewöhnlich durch starke Atemnot, Husten und Auswurf [9]. Wenn sie auftreten, ist das ein Zeichen, dass die Behandlung mit Medikamenten verändert werden sollte [3].

Ein Ziel der Behandlung der COPD ist es, Exazerbationen so weit wie möglich zu vermeiden oder sie zumindest früh zu erkennen und zu behandeln [7–9]. Häufige Exazerbationen sind ein Zeichen dafür, dass die COPD fortschreitet [3].

Typische Warnzeichen für eine akute Verschlechterung sind:

- mehr Auswurf
- verfärbter Auswurf, eitriger Auswurf, Auswurf ist zäher als üblich
- mehr Atemnot als üblich
- mehr Husten als üblich
- höherer Bedarf an Medikamenten
- Fieber, verminderte Leistungsfähigkeit, größere Müdigkeit oder andere unspezifische Beschwerden

Eine Verschlimmerung der Atemnot löst bei den meisten Menschen Angst aus, die wiederum die Atemnot noch verstärken kann [10]. Es kann deshalb hilfreich sein, in solchen Situationen zu wissen, was zu tun ist. Dazu gibt es so genannte Notfallpläne.

Katharina:

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

Notfallplan

Oft kündigt sich eine akute Zunahme der Atemnot durch vermehrte Beschwerden an. Für diesen Zweck gibt es Notfallpläne, die dabei helfen, eine bevorstehende Exazerbation rechtzeitig zu erkennen, ihren Schweregrad abzuschätzen und richtig auf sie zu reagieren. Einen Notfallplan können Sie mit Ihrem behandelnden Arzt absprechen. Es kann hilfreich sein, wenn auch Ihre Angehörigen diesen Notfallplan haben.

Notfallpläne listen typische Symptome auf und beschreiben unter anderem, wann es günstig ist, die Einnahme oder Dosierung von Medikamenten zu verändern oder einen Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen [9]. Sie können aber beispielsweise die Anzahl der Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte nicht verringern.

Helmut:

Wir haben das so abgesprochen: wenn es mit der Luft eng wird, die Notfallmedikamente nehmen, wie es mit dem Lungenfacharzt abgesprochen ist. Eine gewisse Zeit abwarten und versuchen, nicht in Panik zu geraten, denn Panik ist das Schlimmste. Wenn die Medikamente nicht helfen, dann muss der Notarzt gerufen werden.

Katharina:

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

Auslöser einer akuten Verschlechterung

Ein häufiger Auslöser von Exazerbationen sind Infekte wie eine Grippe und Erkältungen, die die Atemwege zusätzlich angreifen [3,6,11]. Wenn typische Erkältungs- und Grippe-symptome wie Halsschmerzen, Schweißausbrüche und Fieber hinzukommen, schwächt das Menschen mit COPD zusätzlich. Es kann deshalb sinnvoll sein, den Kontakt zu erkälteten Menschen oder größere Menschenmengen während der Grippe-saison zu meiden.

Exazerbationen können auch durch Rauch, Abgase und bestimmte Wetterlagen wie Hitze, Kälte und hohe Luftfeuchtigkeit ausgelöst werden [6,11,12].

4. Leben mit COPD

COPD ist für viele Menschen eine Erkrankung, die über Jahre hinweg nur mit kleineren Einschränkungen des Lebens verbunden ist. Mit der Zeit nehmen die Beschwerden aber zu. Bei einer schweren COPD ist schließlich kein normales Alltagsleben mehr möglich.

Wie sich eine COPD auswirkt, hängt also sehr vom Stadium der Krankheit ab. Viele Menschen mit COPD schätzen ihre Lebensqualität allerdings als recht gut ein [13]. Im Allgemeinen scheinen sie gut mit ihrer Erkrankung klar zu kommen und zu wissen, wie sie sich im Bedarfsfall helfen können [14-16].

Wer gut informiert ist, wird zum Experten der eigenen Erkrankung. Dies ermöglicht es, eigenverantwortlich zu handeln und den Erkrankungsverlauf aktiv zu beeinflussen. Viele Menschen versuchen, positiv zu denken, ihre Erkrankung aktiv zu bewältigen und sich nicht durch Schwierigkeiten unterkriegen zu lassen [17-19].

Helmut:

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

Bedeutung für den Alltag

Katharina:

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

Wenn sich die COPD verstärkt, kann die Atemnot zu einem ständigen Begleiter werden. Mit fortschreitender Erkrankung können Menschen mit COPD den normalen Alltag immer weniger selbstständig bewältigen. Einkaufen gehen, Schuhe zubinden oder Haare waschen können zu anstrengend werden. Auch das Essen kann schwer fallen, wenn man ohnehin schon kurzatmig ist und während des Schluckens den Atmen anhalten muss [13,16]. Gemeinsames Essen ist auch ein soziales Ereignis, das mit dem Fortschreiten einer COPD durchaus seltener werden kann. So kann es passieren, dass Menschen mit schwerer COPD stark abnehmen [1]. Eine Unterernährung kann die Erkrankung verschlechtern, sodass es sinnvoll ist, bei beginnendem Gewichtsverlust auf sich und die Ernährung besonders zu achten. Die Art der Lebensmittel, die Häufigkeit der Mahlzeiten und die eingenommenen Essensmengen, die eine Bewältigung der Erkrankung unterstützen sollen, können sich von den bisherigen Lebensgewohnheiten unterscheiden. Oft wird in dieser Situation eine Ernährungsberatung angeboten.

Katharina:

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

Es kann vorkommen, dass sich Menschen mit schwerer COPD schlechter konzentrieren können, oder auch vergesslich werden. Dies kann mit der Schwere der Atemwegs- und Lungenschädigung zusammenhängen oder an einer anderen, gleichzeitig bestehenden Erkrankung (z.B. der Blutgefäße) liegen. Viele Betroffenen können nachts nicht gut schlafen. Menschen mit schwerer COPD sind auch häufig erschöpft, ständig müde und nur eingeschränkt leistungsfähig [14,20].

Das wirkt sich auf die Fähigkeit aus, Alltagspflichten zufrieden stellend zu erfüllen, einem Beruf nachzugehen oder seine sozialen Kontakte zu pflegen [14,17,20]. Diese Einschränkungen empfinden manche als frustrierend [16,19,21]. Einige fühlen sich als Belastung, andere empfinden ihr Leben als zunehmend langweilig [19]. Manchen hilft der Austausch mit ebenfalls von der Erkrankung betroffenen Menschen in Selbsthilfegruppen.

Helmut:

In der Klinik hatte alles sehr gut geklappt. Ich wurde von den Ärzten und Schwestern versorgt und ich bekam mein Essen. Zu Hause fiel ich in ein tiefes Loch und wusste nichts mit mir anzufangen. Ich habe gedacht, dass ich nichts mehr kann.

Menschen mit COPD benötigen nicht nur dauerhaft bestimmte Medikamente und gegebenenfalls Sauerstoff, viele von ihnen sind irgendwann auf die regelmäßige Hilfe Anderer angewiesen. Das zu akzeptieren, fällt vielen nicht leicht [13,17,19,21]. Das Selbstwertgefühl leidet häufig darunter [21], weil die umfassende Betreuung auch bedeutet, dass Privatsphäre und Intimität verloren gehen können [12].

Bewältigungsstrategien

Helmut:

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

Es gibt ganz unterschiedliche Strategien und Möglichkeiten, COPD zu bewältigen. Manchen Menschen hilft es, ihren Lebensstil und Tagesablauf ganz bewusst an die Bedürfnisse des eigenen Körpers anzupassen [22]. Sie planen beispielsweise Alltags- und Freizeitaktivitäten im Voraus und führen sie langsamer oder im Sitzen aus, um Energie zu sparen. Manche konzentrieren sich mehr auf die Dinge, die ihnen besonders wichtig sind [18]. Wer bisher in der Freizeit eher aktiv war, kann das durch eher weniger anstrengende Aktivitäten ersetzen [18]. Statt Familie und Freunde regelmäßig zu besuchen, greift man schon mal häufiger zum Telefon [19]. Einige Menschen praktizieren bestimmte Atem- und Entspannungstechniken, gönnen sich Ruhe, treiben ein wenig Sport [12,14,18,23].

Sind die Möglichkeiten und Grenzen der Belastbarkeit bekannt, kann der Behandlungsplan auch ein regelmäßiges Üben von Aktivitäten im Rahmen der individuellen Möglichkeiten beinhalten.

Helmut:

Ich habe bei mir festgestellt, dass ich schneller Atemnot bekomme, wenn ich mich ärgere, wenn ich aufgeregt bin und wenn ich mich selber unter Stress oder Zeitdruck setze. Ich nehme mir jetzt nur noch wenige Vorhaben pro Tag vor. Wenn das geschafft ist, kann ich immer noch entscheiden, ob ich noch etwas mache. Andere Dinge müssen dann an anderen Tagen erledigt werden bzw. bleiben liegen.

Häufig gewinnen Menschen mit COPD Kraft und Lebenswillen durch die Familie, Freunde oder Gleichgesinnte [14,18,22]. Manche entdecken, dass ihre Religion ihnen Kraft gibt [19].

Vielen Menschen mit COPD ist es wichtig, trotz der Abhängigkeit von der Hilfe anderer, ihre Würde zu behalten [24]. Sie schaffen es, die Hilfe als notwendig zu akzeptieren, gleichzeitig aber bei einer Verschlimmerung der Atemnot auch selbst nicht die Fassung zu verlieren [24].

Katharina:

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

Zum Umgang mit der Krankheit gehört auch, dass viele Menschen irgendwann mit ihrem Arzt über ihre Zukunftsperspektiven sprechen wollen [25]. Auch wenn man sich nicht mit allen Einzelheiten seiner Krankheit auseinandersetzen möchte und sich lieber auf andere Dinge konzentriert, gibt es die Möglichkeit, eigene grundlegende Vorstellungen über seine zukünftige Behandlung zum Beispiel in einer Patientenverfügung schriftlich festzulegen [25].

Katharina:

Mit dem Thema Tod musste ich mich aufgrund meiner Lebensgeschichte öfter auseinandersetzen. Ich sehe das Leben jetzt anders. Ich habe viel Schmerzhafes, aber auch viel Wunderbares erlebt. Irgendwann ist es dann genug. Mit dieser Einstellung ist für mich vieles angenehmer und leichter.

Angst und Panik

Manche Patienten mit COPD haben Angst vor der Atemlosigkeit. Akute schwere Atemnot kann sogar Panik auslösen [26]. Einigen Menschen wird erst dann bewusst, dass ihre Erkrankung tödlich enden kann [27]. Manche fürchten sich vor einem erneuten Auftreten schwerer Atemnotanfälle. Wenn die COPD unter Kontrolle gebracht werden kann und die Atemnotanfälle seltener werden, lässt auch gewöhnlich die Angst nach. Manche Formen der Depression lassen sich mit Medikamenten, aber auch anderen Methoden behandeln. Auch mit der Angst lässt sich auf verschiedene Art und Weise umgehen. Hierzu zählen zum Beispiel eine psychologische Beratung oder Behandlung, umfassende Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich körperlicher Aktivität sowie der Einsatz verschiedener Medikamente. Welche dieser Möglichkeiten gezielt gegen Angst vor Atemnot hilft, ist bislang aber nicht komplett wissenschaftlich untersucht. Das gilt auch für eine psychologische Behandlung [30]. Es ist dennoch möglich, dass eine Verhaltenstherapie oder Entspannungstechniken bei starker Angst helfen könnten, insbesondere während eines schweren Atemnotanfalls. Andere haben Angst, dass sie jemandem zur Last fallen [16].

Es ist deshalb verständlich, dass Menschen mit COPD auch über längere Zeit hinweg niedergeschlagen, frustriert oder reizbar sein können. Die Gefühle können sich zu einer echten Depression verstärken, aus der sich ein Mensch dann kaum noch selbst befreien kann [28,29]. Depressionen sind besonders bei Menschen mit schwerer COPD häufig, werden aber meist nicht als eigene Krankheit erkannt und behandelt.

Wenn die COPD unter Kontrolle gebracht werden kann und Atemnotanfälle seltener werden, lässt auch gewöhnlich die Angst nach. Gegen Depressionen gibt es Medikamente, aber auch andere Behandlungsmöglichkeiten. Auch Angst lässt sich auf verschiedene Art und Weise behandeln. Hierzu zählen zum Beispiel eine psychologische Beratung oder Behandlung, umfassende Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich körperlicher Aktivität sowie verschiedene Medikamente. Welche dieser Möglichkeiten gezielt gegen Angst vor Atemnot hilft, ist bislang aber nicht gut wissenschaftlich untersucht. Das gilt auch für eine psychologische Behandlung [30]. Es ist dennoch möglich, dass eine Verhaltenstherapie oder Entspannungstechniken bei starker Angst helfen könnten, insbesondere während eines schweren Atemnotanfalls.

Manchen Betroffenen hilft es gegen ihre Angst, wenn sie und ihre Angehörigen einen Notfallplan (siehe weiter oben im Text) griffbereit haben, der erklärt, was bei akuter Atemnot zu tun ist. Um in dieser Situation eine Panik in den Griff zu bekommen, kann das Erlernen bestimmter Atemtechniken (zum Beispiel „Lippenbremse“) und Körperhaltungen zur Erleichterung des Atmens hilfreich sein.

Katharina:

Ich kann mich nicht mehr so bewegen, wie ich das gerne möchte. Ich kenne diese Zustände, wenn man auf die Straße geht und nicht mehr weiterkann, weil man keine Luft mehr bekommt. Da graust es einem vor jedem längeren Weg in der Kälte. Es ist ganz klar, dass einen das traurig stimmt. Diese Zeiten kenne ich auch. Aber ich bin immer noch neugierig auf das, was außerhalb meiner Wohnung passiert.

Auswirkungen auf Familie und Freunde

Katharina:

Meiner Tochter erzähle ich eigentlich nicht, wie schlecht es mir manchmal geht. Ich möchte sie nicht noch mehr belasten. Meine Freunde sind sehr Anteil nehmend und rücksichtsvoll. Und in meinem Haus, zu den Leuten habe ich auch guten Kontakt. Dadurch fühle ich mich nicht einsam oder verlassen. Obwohl die Krankheit einen von vielem ausschließt.

Wenn jemand an einer schweren COPD erkrankt, hat das auch Auswirkungen auf sein Verhältnis zu Familie, Freunden und Bekannten. Sie erleben mit, wie sich der Alltag eines Menschen mit COPD verändert. Viele versuchen, zu helfen und zu unterstützen, wo sie können. Die meisten Menschen mit COPD haben das Gefühl, dass sie bei Familie und Freunden auf Verständnis stoßen [13] und schätzen die emotionale Unterstützung [10].

Katharina:

Manchen Freunden fällt es schwer, die Krankheit zu verstehen. Sie möchten mir gern alles abnehmen. Aber ich muss rausgehen und mich belasten. Die Dinge, die ich noch kann, muss ich pflegen. Das Einzige, was ich wirklich tun muss, ist mich zu bewegen. Es gehört aber auch ein großes Maß an Disziplin dazu, die Dinge, die ich alleine schaffe, dann auch allein zu machen.

Einige Menschen mit COPD glauben aber, dass sich Dritte nicht in ihre Lage versetzen können [17]. Sie meinen, dass sich Andere nicht vorstellen können, wie es ist, durch die Atemnot jede Tätigkeit planen und dem Erkrankungszustand anpassen zu müssen [26]. Es ist deshalb kein Wunder, wenn auf beiden Seiten gelegentlich Frustration und Spannungen entstehen können, die die Beziehung belasten. Andererseits können die neue Situation und ein neuer Umgang miteinander aber auch die gegenseitige Beziehung stärken.

Das trifft gerade dann zu, wenn ein Familienmitglied oder die Lebenspartnerin/der Lebenspartner die Betreuung und Pflege übernimmt. Dadurch verändert sich auch das Leben der betreuenden Person: Sie übernimmt mehr Aufgaben, auch neue und ungewohnte. Am Anfang sind das vielleicht nur kleinere Gefälligkeiten, doch wenn die Atembeschwerden zunehmen, wachsen auch die Aufgaben. Es kann sein, dass die Pflege für den Betreuer zum Mittelpunkt des Lebens wird. Gewöhnlich wird die Erkrankung auch selbst mit durchlebt.

Die Betreuung eines Menschen mit schwerer COPD kann zeitintensiv und anstrengend sein. Manche Angehörige empfinden die Pflege schon mal als Last [13,19]. Oder sie haben das Gefühl, ihrerseits nicht ausreichend durch andere unterstützt zu werden [31]. Wer für die Pflege eines Anderen sehr viele Dinge aufgeben muss, empfindet sein Leben unter Umständen in ähnlicher Weise eingeschränkt, wie es Menschen mit COPD tun [13,19,31].

5. Behandlungsmöglichkeiten

Die Behandlung einer COPD ist aufwendig und ihr Erfolg nicht immer sofort spürbar. Das ist ein Grund, warum einige Menschen den langfristigen Wert der Behandlung unterschätzen. Für Menschen mit COPD ist es deshalb wichtig, dass sie ihre Erkrankung und die Notwendigkeit einer Behandlung verstehen [22]. Dies ermöglicht ihnen ein aktives und eigenverantwortliches Management der Erkrankung. Hierzu gehört immer auch, den eigenen Lebensstil zu überdenken und ggf. zu ändern [32].

Die Behandlung hat mehrere Ziele [3,7,8,33-35]. Ein Ziel ist es, das Alltagsleben von Menschen mit COPD zu erleichtern, ihre Symptome und Beschwerden zu lindern und ihre

Lebensqualität zu verbessern. Ein weiteres Ziel ist es, das Fortschreiten der COPD zu verlangsamen, also Zeit zu gewinnen. Auch einer zwischenzeitlichen Zunahme der Atemnot soll vorgebeugt werden.

Die Behandlung beruht auf verschiedenen Therapien, die wir Ihnen in diesem Kapitel nur grundsätzlich vorstellen können. Welche Behandlung für Sie infrage kommt, hängt von vielen Einzelheiten ab. Auch der Schweregrad einer COPD spielt hier eine Rolle. Neben den Besuchen bei Ihrem Arzt kann auch die Teilnahme an einer Lungensportgruppe, eine Atemtherapie bei einem Physiotherapeuten oder eine Ernährungsberatung dazugehören. Patienten mit fortgeschrittener COPD sind oft untergewichtig, was die Erkrankung weiter verschlimmern kann.

Ein offenes Wort: Für die Menschen mit COPD, die rauchen, kann eine erfolgreiche Raucherentwöhnung von sehr großem Nutzen sein und das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen [4,36]. Die meisten wissen das freilich [13,16,26]. Dennoch fällt es vielen schwer, mit dem Rauchen aufzuhören [26]. Es gibt aber die Möglichkeit, Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Katharina:

Ich rauche jetzt ungefähr ein halbes Jahr nicht mehr. Es ist furchtbar schwer, aufzuhören, ich komme immer noch hin und wieder in Verführungssituationen. Wenn ich Verlangen nach einer Zigarette habe, dann versuche ich, etwas zu essen, aber ich habe oft keinen Appetit. Manchmal mache ich auch ein wenig Gymnastik und bewege mich. Das hilft dann erst mal, die Situation zu überstehen. Es ist sehr schwierig für mich. Irgendwie wird es immer ein Problem für mich bleiben.

Helmut:

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

Die Methode, die am ehesten zur Raucherentwöhnung führt und deren Nutzen die möglichen Risiken eindeutig übersteigt, ist eine Nikotinersatztherapie. Bei ihr wird Nikotin nicht mit dem Rauch inhaliert, sondern zum Beispiel über Pflaster, Kaugummi oder Tabletten aufgenommen [37]. Das verringert die Entzugserscheinungen, die Raucher ohne Nikotin verspüren. Der Wirkstoff Bupropion kann zwar ebenfalls den Abschied von der Zigarette erleichtern, es können aber ernste Nebenwirkungen auftreten [38]. Nikotinersatztherapie und Bupropion lassen sich gut mit anderen Hilfsmitteln ergänzen, die den Entschluss, mit dem Rauchen aufzuhören, unterstützen können – zum Beispiel: Beratung, Selbsthilfematerialien und Verhaltenstraining [6]. Es ist aber nicht genau bekannt, welche Kombinationen am ehesten zum Erfolg führt.

Medikamente

Ein wesentlicher Bestandteil der täglichen Behandlung von COPD sind Medikamente. Geeignete Medikamente sollen Beschwerden lindern, akuter Atemnot vorbeugen und möglichst wenige Nebenwirkungen verursachen. Kombinationen der verschiedenen Medikamententypen sind üblich, je nach Erkrankungsstadium.

Im Wesentlichen werden Medikamente eingesetzt, die die Atemwege erweitern und dadurch das Atmen erleichtern sollen. Mediziner sprechen dabei von Bronchodilatoren [7, 35]. Sie können verschiedene Wirkstoffe enthalten, insbesondere:

- Beta-2-Sympathomimetika (gleichbedeutende Begriffe: Beta-2-Mimetikum, Beta-2-Adrenergikum), zum Beispiel Fenoterol, Formoterol, Salbutamol, Salmeterol oder Terbutalin; oder
- ein Anticholinergikum, zum Beispiel Ipratropium oder Tiotropium.

Bei der Auswahl der Medikamente ist deren Wirkungseintritt (schnell oder langsam) und deren Wirkungsdauer (kurz oder lang) zu berücksichtigen und an die jeweiligen Erfordernisse der Behandlung anzupassen.

Einige Menschen mit fortgeschrittener COPD nehmen den Wirkstoff Theophyllin.

Es gibt auch Medikamente, die die Entzündung der Atemwege hemmen sollen. Hierzu gehören Medikamente mit einem Wirkstoff aus der Gruppe der Glukokortikosteroide, die oft auch „Kortison“ genannt werden. Bei der Behandlung der COPD spielen Glukokortikosteroide aber eine geringere Rolle als zum Beispiel bei Asthma. Meistens werden sie nur für kurze Zeit während einer akuten Verschlimmerung (Exazerbation) in Form von Tabletten angewendet [7, 35], während bei Asthma viele Menschen Glukokortikosteroide täglich inhalieren. Bei Menschen mit COPD werden zur Behandlung eines bakteriellen Atemwegsinfektes meist Antibiotika eingesetzt [7, 35].

Bei zähem Schleim werden auch Inhalationen mit Kochsalzlösung zur Lockerung des Schleims eingesetzt.

Andere Medikamente versuchen den Schleim zu lösen und das Abhusten zu erleichtern. Sie werden Mukopharmaka genannt. Sie sind vermutlich weniger hilfreich als die obengenannten Medikamente [39]. Antitussive Medikamente und manche Hausmittel versuchen, Husten zu verhindern. Dies sind jedoch keine Medikamente, die gegen die COPD selbst wirken.

Wie bei jeder Einnahme von Medikamenten gilt es auch im Falle der medikamentösen COPD-Behandlung zwischen Nutzen und Nebenwirkungen abzuwägen. Die Möglichkeiten für Sie können Sie direkt mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt diskutieren. Es gibt jedoch offene Frage darüber welche Medikamente in welchen Dosierungen den größten Nutzen mit den niedrigsten Nebenwirkungen haben. Wissenschaftliche Nachweisen über die Vor- und Nachteile der wesentlichen Medikamente werden aktuell weiter untersucht.

Dauer- und Bedarfsmedikation

Helmut:

Wir haben ein Notfallpaket mit Medikamenten geschnürt, sodass ich sofort reagieren kann, wenn etwas passiert. Wenn sich ein Infekt ankündigt, dann kann ich schon mal mit Medikamenten beginnen, um es nicht ganz so schlimm werden zu lassen. Ich weiß dann, was ich nehmen soll.

Üblicherweise nehmen Menschen mit COPD bestimmte Medikamente regelmäßig jeden Tag ein, andere hingegen nur bei Bedarf. Die täglichen Medikamente sind Teil der Basis- oder Dauertherapie. Basismedikamente enthalten zum Beispiel ein langwirksames Beta-2-Sympathomimetikum oder ein lang wirksames Anticholinergikum.

Bedarfsmedikamente werden nur in bestimmten Situationen eingesetzt. Dies kann vor oder während einer körperlichen Belastung sein oder bei einem Krankheitsschub mit akuter Atemnot. Bedarfsmedikamente enthalten zum Beispiel ein schnell wirksames Beta-2-

Sympathomimetikum oder ein schnell wirksames Anticholinergikum oder eine Kombination beider Wirkstoffe.

Meistens werden diese Medikamente inhaliert und sollen mit der Atemluft direkt in die verengten Atemwege gelangen. Damit sie wirklich tief in die Lunge eingeatmet werden, ist es entscheidend, die richtige Inhalationstechnik anzuwenden.

Sauerstofftherapie

Katharina:

Mein Sauerstoffmann kommt einmal in der Woche zum Auffüllen des Sauerstoffvorrates. Mit dem tragbaren Sauerstoffgerät kann ich mich vier Stunden außerhalb des Hauses bewegen. Dann muss ich es wieder auffüllen. Ich habe ein größeres Gerät in der Wohnung. Für diesen Sommer habe ich einen Tank für mein Auto gemietet. Damit kann ich dann ein wenig länger unterwegs sein.

Wenn die COPD sehr weit fortgeschritten ist, kann es vorkommen, dass das Atmen zu anstrengend wird und sich die Atemmuskeln erschöpfen. Dann steigt der Kohlendioxidgehalt im Blut an und der Sauerstoffgehalt im Blut sinkt ab. Diese Personen brauchen dann oft eine Behandlung mit Sauerstoff [3,6-8,11,33], die in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung in unterschiedlicher Weise durchgeführt werden kann.

Manche Menschen mit Sauerstofftherapie benötigen tagsüber die „Extraportion“ Sauerstoff, andere nur nachts oder am Tag und in der Nacht [3]. Andere brauchen den Sauerstoff nur phasenweise gezielt vor oder während einer körperlichen Anstrengung.

Unter bestimmten Situationen kann auch ein Luftröhren-Katheter zum Einsatz kommen, was aber selten vorkommt. Der Schlauch des Katheters wird durch einen Schnitt am Hals in die Luftröhre eingeführt und bringt so den Sauerstoff näher an die Lungenbläschen. Die eigene Atmung muss dann weniger Luft bewegen und wird entlastet.

Wenn die Atmung sehr schwerfällt und die Atemmuskeln erschöpft sind, kann die Atemarbeit durch eine Atemmaske unterstützt werden, die Mund und Nase abdeckt und Sauerstoff mit erhöhtem Druck bereitstellt. So wird die eigene Atemtätigkeit entlastet („nicht invasive Beatmung“). Da die Erschöpfung der Atemmuskulatur eine besonders schwere Erkrankungssituation darstellt, muss diese „nicht invasive Beatmung“ den individuellen Gegebenheiten sehr sorgfältig angepasst werden. Die Auswirkungen dieses Verfahrens auf den Krankheitsverlauf werden derzeit in Studien überprüft.

Es gibt verschiedene Sauerstoffversorgungsgeräte:

- Sauerstoff-Konzentratoren werden in dem Raum aufgestellt, in dem die Behandlung mit Sauerstoff erfolgen soll. Die Geräte gewinnen den Sauerstoff aus der Luft und reichern ihn an.
- Tragbare Geräte, die Flüssigsauerstoffsysteme oder Druckgasflaschen nutzen, können auch mobil und in besonderen Situationen eingesetzt werden. Dies beispielsweise auch, wenn kurzzeitig größere Sauerstoffbeimischungen erforderlich sind. Mit tragbaren Geräten kann man sich relativ frei bewegen und auch das Haus verlassen. Der Sauerstoffvorrat muss jedoch regelmäßig erneuert oder aufgefüllt werden.

Helmut:

Als ich dann wieder zu Hause war, hat mir mein Hausarzt ein stationäres Sauerstoffgerät verschrieben. Das war ein Konzentrator, den ich in die Wohnung gestellt habe. Dieser Konzentrator saugt Luft an und gewinnt daraus den Sauerstoff. Das brauchte ich dann vor allem nachts.

Helmut:

Mit den ganzen Geräten habe ich mich nicht auf die Straße getraut, weil ich mich geschämt habe. Wenn ich nach Hause gekommen bin und habe da vorne irgendwo eine Nachbarin am Zaun stehen gesehen – da habe ich mich hinter einem Baum versteckt und die Nasenbrille abgemacht und bin dann ohne Nasenbrille vorbeigegangen. Das ist mit der Zeit aber immer besser geworden. Diese Probleme habe ich heute nicht mehr.

Zusätzliche Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten

Im Folgenden sind weitere Behandlungen aufgeführt, die Menschen mit COPD in Anspruch nehmen können [3,11,33,34,40,41]. In einem Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt können Sie mehr über deren möglichen Nutzen und deren Risiken für Sie erfahren. Außerdem können Sie klären, welche Maßnahmen speziell für Sie sinnvoll sind.

- Körperliche Aktivität unter Berücksichtigung der individuellen Belastungsgrenze
- Atemtechnik und Krankengymnastik: verschiedene Atem- und Hustentechniken, Körperstellungen und Übungen sowie verschiedene Hilfsgeräte
- Ernährungsberatung bei fortgeschrittener COPD
- Inhalation, zum Beispiel einer Kochsalzlösung
- Patientenschulung
- Teilnahme an Selbsthilfegruppen zum Austausch mit anderen Menschen, die ebenfalls von COPD betroffen sind
- Impfungen wie Influenza-Schutzimpfung (Grippe-Schutzimpfung) und Pneumokokken-Schutzimpfung
- Rehabilitation (Kur): Behandlungsprogramm aus verschiedenen Behandlungsbausteinen, zum Beispiel körperliches Training, Schulung und Beratung, Atemtherapie und Krankengymnastik, Entspannungstechniken, Ernährungsberatung, soziale und psychologische Betreuung sowie Raucherentwöhnung. Eine Rehabilitation kann mit Hilfe des behandelnden Arztes beantragt werden. An ihr kann stationär in speziellen Kliniken oder ambulant, von zu Hause aus, teilgenommen werden.
- Lungenoperation / Lungentransplantation: Sie kommen nur bei sehr wenigen Menschen mit COPD in Frage. Eine Lungenoperation heilt die COPD nicht.

Wenn Menschen mit COPD den Alltag nicht mehr ohne Hilfe meistern können, besteht für sie die Möglichkeit, manche Unterstützungsleistungen zur Pflege zu beantragen. Dies kann mit Hilfe des behandelnden Arztes, der Pflegekasse oder auch des Sozialamts geschehen. Ein Gutachter wird dann vor Ort prüfen, ob und wie viel Hilfe die Person mit COPD benötigt. Stellt der Gutachter einen Pflegebedarf fest, kann Unterstützung etwa in Form von Pflegegeld, durch einen Pflegedienst oder auch in einer Kombination aus beidem beansprucht werden.

Disease Management Programme

Disease-Management-Programme (DMPs) sind ein umfassendes Behandlungsangebot für Menschen mit bestimmten chronischen Krankheiten. Ärzte, die an solchen Programmen teilnehmen, sollen bestimmte Qualitätsanforderungen einhalten. Ziel der Programme ist es, durch eine konsequente Behandlung die Zahl der Zustände mit schwerer Atemnot zu verringern, das Fortschreiten der COPD abzubremsen und insgesamt die Lebensqualität zu verbessern. Zu einem Programm gehören Hintergrundinformation und Schulungen sowie regelmäßige Gespräche und Untersuchungen. Darüber hinaus sollen die Programme die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Ärzten verbessern, die einen Patienten betreuen, wie Allgemeinarzt, Fachärzte und Kliniken. Auf diese Weise sollen auch unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden. Personen, die an einem DMP teilnehmen, verpflichten sich aber auch selbst zur aktiven Mitarbeit an ihrer Behandlung. Sie verpflichten sich zum Beispiel, regelmäßig (alle drei oder sechs Monate) ihren Arzt aufzusuchen.

DMPs werden von verschiedenen Krankenkassen angeboten. Sie können von Ihrer Krankenkasse erfahren, ob diese ein DMP für COPD anbietet.

Schlusswort

Wie sich das Leben mit COPD entwickelt, ist schwer vorherzusagen. Die Krankheit zwingt die Betroffenen aber dazu, die eigenen körperlichen Grenzen zu akzeptieren und sich neue Interessen und Ziele für sein Leben zu setzen. Dieser Prozess kann einige Zeit in Anspruch nehmen. Menschen mit COPD finden ganz unterschiedliche Wege, mit ihrer Krankheit und dem Alltag zurechtzukommen.

Helmut:

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

Katharina:

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

Quellen

1. Pauwels RA, Rabe KF. Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Lancet* 2004; 364: 613-620.
2. Nowak D, Berger K, Lippert B, Kilgert K, Caeser M, Sandtmann R. Epidemiology and health economics of COPD across Europe: a critical analysis. *Treat Respir Med* 2005; 4: 381-395.
3. Calverley PM, Walker P. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2003; 362: 1053-1061.
4. van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RW, Jacobs JE, van Schayck CP. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2003, Issue 2.
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Executive Summary. Updated 2005.
6. Wouters EF. Management of severe COPD. *Lancet* 2004; 364: 883-895.
7. Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Kassenärztliche Bundesvereinigung: Bundesärztekammer, 2006. *Nationale Versorgungsleitlinie COPD*. Berlin: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Letzter Zugriff am 21.08.2006 unter:
http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/copd/pdf/nvl_copd_lang.pdf. Patientenleitlinien:
http://www.versorgungsleitlinien.de/patienten/pl_copd/index_html
8. Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). *Pneumologie* 2002; 56: 704–738.
9. Turnock AC, Walters EH, Walters JA, Wood-Baker R. Action plans for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 4.
10. DeVito AJ. Dyspnea during hospitalizations for acute phase of illness as recalled by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung* 1990; 19: 186-191.
11. Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2000; 343: 269-280.
12. O'Neill ES. Illness representations and coping of women with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *Heart & Lung* 2002; 31: 295-302.
13. Barnett M. Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences. *J Clin Nurs* 2005; 14: 805-812.
14. Small S, Lamb M. Fatigue in chronic illness: the experience of individuals with chronic obstructive pulmonary disease and with asthma. *J Adv Nurs* 1999; 30: 469-478.
15. Small SP, Graydon JE. Uncertainty in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Nurs Stud* 1993; 30: 239-246.
16. Jones I, Kirby A, Ormiston P, Loomba Y, Chan K, Rout J, et al. The needs of patients dying of chronic obstructive pulmonary disease in the community. *Family Practice* 2004; 21: 313-313.

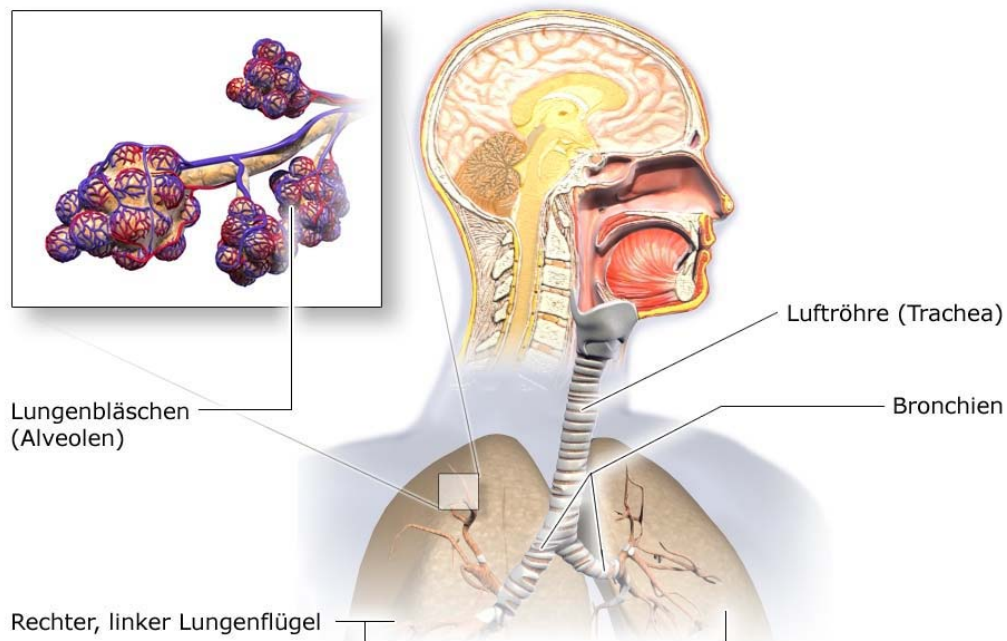
17. Nicolson P, Anderson P. Quality of life, distress and self-esteem: a focus group study of people with chronic bronchitis. *Br J Health Psychol* 2003; 8: 251-270.
18. Cicutto L, Brooks D, Henderson K. Self-care issues from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Educ Couns* 2004; 55: 168-176.
19. Seamark DA, Blake SD, Seamark CJ, Halpin DMG. Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): perceptions of patients and their carers: an interpretative phenomenological analysis. *Palliat Med* 2004; 18: 619-625.
20. Ream E, Richardson A. Fatigue in patients with cancer and chronic obstruction airways disease: a phenomenological enquiry. *Int J Nurs Stud* 1997; 34: 44-53.
21. Toms J, Harrison K. Living with chronic lung disease and the effect of pulmonary rehabilitation: patients' perspectives. *Physiotherapy* 2002; 88: 605-619.
22. Ring L, Danielson E. Patients' experiences of long-term oxygen therapy. *J Adv Nurs* 1997; 26: 337-344.
23. McBride S. Patients with chronic obstructive pulmonary disease: their beliefs about measures that increase activity tolerance. *Rehabil Nurs* 1994; 19: 37-41.
24. Lomborg K, Bjorn A, Dahl R, Kirkevold M. Body care experienced by people hospitalized with severe respiratory disease. *J Adv Nurs* 2005; 50: 262-271.
25. Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich, Au DH. Communication about palliative care for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Palliat Care* 2005; 21: 157-164.
26. Robinson T. NT research: living with severe hypoxic COPD: the patients' experience. *Nurs Times* 2005; 101: 38-42.
27. Bailey PH. Death stories: Acute exacerbations of chronic pulmonary disease. *Qual Health Res* 2001; 11: 322-338.
28. Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C, Stage KB. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatry* 2004; 58: 65-70.
29. Hynninen KMJ, Breitve MH, Wiborg AB, Pallesen S, Nordhus IH. Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A review. *J Psychosom Res* 2005; 59: 429-443.
30. Rose C, Wallace L, Dickson R, Ayres J, Lehman R, Searle Y, et al. The most effective psychologically-based treatments to reduce anxiety and panic in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic review. *Patient Educ Couns* 2002; 47: 311-318.
31. Keele-Card G, Foxall M. Loneliness, depression, and social support of patients with COPD and their spouses. *Public Health Nurs* 1993; 10: 245-251.
32. Bourbeau J, Nault D, DangTan T. Self-management and behaviour modification in COPD. *Patient Educ Couns* 2004; 52: 271-277.
33. Sutherland ER, Cherniack RM. Management of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2004; 350: 2689-2697.

34. Kerstjens H, Postma D, Ten Hacken N. Chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Evid* 2004; (11): 2003-2030.
35. Gibson PG, Abramson M, Costabel U, Hensley M, Volmink J, Wood-Baker R. *Evidence-based respiratory medicine*. London: Blackwell Publishing Ltd, 2005.
36. Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connett JE, et al. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 2005; 142: 233-239.
37. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003, Issue 2.
38. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004, Issue 4.
39. Poole PJ, Black PN. Mucolytic agents for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, Issue 3.
40. Rennard SI. Treatment of stable chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2004; 364: 791-802.
41. Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Absatz 4 SGB V gemäß § 137 f Absatz 2 SGB V „Anforderungen“ an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen, Teil II: COPD [online]. Letzter Zugriff am 22.06.2006 unter: <http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs4/beschluesse/2004-09-21-dmp-copd.pdf>

Chronischer Husten und Atembeschwerden: Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD

Was ist eine COPD?

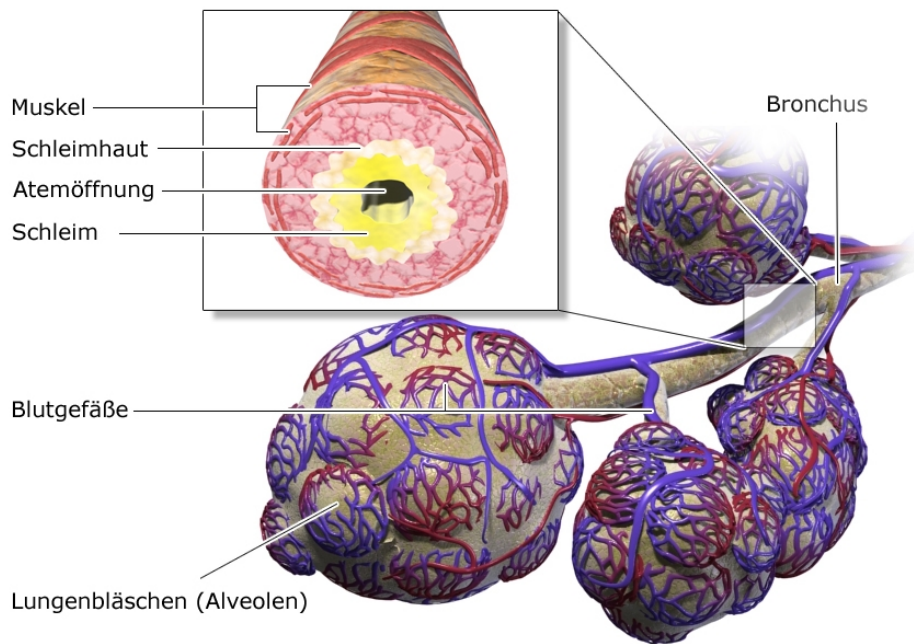
Unsere Lunge versorgt uns mit jedem Atemzug mit Sauerstoff. Bei einer COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) ist die Lunge dauerhaft geschädigt und die Atemwege sind ständig verengt. Dadurch fällt das Atmen schwerer.



Bei Menschen mit COPD liegt eine chronische Entzündung der Bronchien (chronische Bronchitis) vor oder eine Schädigung der Lungenbläschen (Emphysem). Häufig tritt beides gleichzeitig auf.

Chronisch entzündete Bronchien schwellen an und lassen weniger Luft durch. Die Entzündung macht sich oft durch anhaltenden Husten und Verschleimung bemerkbar.

Sind kleine Bläschen in der Lunge zerstört, kann das Blut nicht mehr so gut neuen Sauerstoff aufnehmen. Kohlendioxid, das Abfallprodukt unserer Atmung, kann den Körper schlechter verlassen.



Woran lässt sich eine COPD erkennen?

Die ersten Signale und Symptome einer COPD werden relativ selten als Zeichen einer ernstesten Erkrankung erkannt. Das liegt meist daran, dass eine beginnende COPD das alltägliche Leben kaum beeinträchtigt.

Typische Symptome sind:

- täglicher Husten über eine längere Zeit
- Abhusten von Schleim (Auswurf, medizinisch: Sputum)
- Atemnot bei körperlicher Belastung
- Geräusche beim Atmen wie Pfeifen, Brummen
- häufige Erkältungen oder Grippe

Husten ist gewöhnlich das erste Anzeichen einer COPD. Viele Menschen gewöhnen sich jedoch an ihren Husten. Insbesondere Menschen, die rauchen, beurteilen ihn immer wieder als vermeintlich harmlosen „Raucherhusten“.

Bei Atemnot, Atemlosigkeit und Kurzatmigkeit haben manche Menschen das Gefühl, sie müssten mit Kraft ausatmen, oder sie fühlen eine Enge im Hals. Es kann sein, dass das Atmen pfeifende oder brummende Geräusche macht. Stärkere Atemnot kann dazu führen, dass körperliche Anstrengungen wie Treppensteigen oder längere Spaziergänge gemieden werden.

Solche Anzeichen deuten auf eine COPD hin. Für die Diagnose werden dann weitere Symptome und die Krankheitsgeschichte erfragt sowie Körper und Lungenfunktion untersucht. Husten und Atemnot können aber auch Symptome anderer Erkrankungen wie beispielsweise Asthma oder Lungenkrebs sein. Deshalb sollte Ärzte klären, ob wirklich eine COPD vorliegt.

Was ist der Unterschied zu Asthma?

COPD und Asthma sind unterschiedliche Erkrankungen, die auch unterschiedlich behandelt werden. Allerdings können auch beide Erkrankungen gleichzeitig vorliegen. Um zwischen Asthma und COPD unterscheiden zu können, sind spezielle ärztliche Untersuchungen erforderlich.

Typisch für eine COPD ist, wenn:

- sich die Erkrankung erst im Erwachsenenalter entwickelt
- Atemnot bei körperlicher Belastung auftritt, später dann auch bereits in Ruhe
- die Beschwerden langsam und allmählich zunehmen
- geraucht wird oder wurde
- beruflicher Kontakt mit schädlichen Stäuben oder Gasen besteht oder bestand

Typisch für ein Asthma ist, wenn:

- sich die Erkrankung in der Kindheit oder Jugend entwickelt; Asthma kann aber in jedem Alter erstmals auftreten
- die Atemnot anfallsartig vor allem nachts oder früh morgens auftritt und von Tag zu Tag unterschiedlich stark ausfällt
- gleichzeitig eine Allergie, ein Heuschnupfen oder ein Ekzem vorliegt
- weitere Familienangehörige wie Eltern oder Geschwister Asthma haben

Was sind Exazerbationen?

Exazerbationen sind plötzliche und deutliche Verschlechterungen der Krankheit. Meistens äußern sie sich durch akute Atemnot, mehr Husten und verfärbten Auswurf. Exazerbationen können wiederholt auftreten.

Exazerbationen verschlechtern den Erkrankungszustand und können bei einer schweren COPD lebensbedrohlich sein. Deshalb ist es sinnvoll, Exazerbationen soweit wie möglich zu vermeiden und gegebenenfalls richtig auf sie zu reagieren, zum Beispiel, indem die Behandlung mit Medikamenten verändert wird.

Relativ häufig wird eine Exazerbation durch Erkältungen und andere Infektionen der Atemwege ausgelöst. Aber auch Rauch oder extreme Wetterlagen können einen Krankheitsschub begünstigen.

Wie verläuft die Erkrankung?

Beschwerden wie Husten und Atemnot nehmen gewöhnlich mit der Dauer der Erkrankung zu. Wenn die COPD fortschreitet, kann sie sogar tödlich sein. Wie schnell eine COPD fortschreitet, ist von Mensch zu Mensch verschieden und kaum vorhersagbar.

Ein einmal entstandener Schaden an der Lunge bildet sich nicht mehr zurück. Ziel der Behandlung der COPD ist es deshalb, weiteren Schaden so gut wie möglich zu begrenzen, zum Beispiel indem schädigende Reize für die Lunge wie Rauch, schädliche Gase oder Staub gemieden werden und die Behandlung konsequent eingehalten wird.

Wie sieht das Leben mit COPD aus?

Viele Menschen mit COPD haben ihre Krankheit im Griff und sind trotz COPD ganz zufrieden mit ihrem Leben. Sie versuchen, das Beste aus ihrer Situation zu machen und die Erkrankung aktiv zu bewältigen. Die Einschränkungen im Alltag hängen aber sehr vom Erkrankungsstadium ab.

Bei einer fortschreitenden COPD werden alltägliche Dinge wie Gehen, Waschen und Anziehen sowie Essen anstrengender. Unter Umständen sind Menschen mit COPD dann auf die Hilfe Anderer angewiesen.

Viele können nachts nicht mehr so gut schlafen, sodass sie ständig müde und erschöpft sind. Häufig können sich Menschen mit COPD schlechter konzentrieren oder werden vergesslich. Manche können nicht mehr arbeiten gehen.

Es kann leicht passieren, dass Kontakte mit Freunden und der Familie und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben nachlassen.

Solche Veränderungen im Leben können frustrierend sein oder das Leben wertlos oder langweilig erscheinen lassen. Bei vielen treten Depressionen auf, die aber häufig nicht erkannt werden.

Es gibt viele Möglichkeiten, sich auf die Krankheit und die von ihr ausgehenden Veränderungen des Alltags einzustellen. Sie reichen von Atem- und Entspannungstechniken bis zur Änderung der Lebenseinstellung. Manchen Menschen fällt der Umgang mit der Erkrankung leichter, wenn sie ihr Leben an die Bedürfnisse ihres Körpers anpassen. Sie ersetzen körperlich eher aktive durch weniger anstrengende Freizeitaktivitäten oder setzen neue Prioritäten, um mehr Kraft für schöne Dinge übrig zu haben. Um Energie zu sparen, planen sie ihre Alltagsaktivitäten genauer im Voraus und richten die Wohnung so ein, dass sie vieles im Sitzen tun können. Manchen hilft der Austausch mit ebenfalls von der Erkrankung betroffenen Menschen in Selbsthilfegruppen.

Ist es normal, Angst zu haben?

Angst und sogar Panik sind eine natürliche Reaktion auf Atemlosigkeit oder einen schweren Atemnotanfall. Auch der Blick in die Zukunft kann einem Menschen mit einer chronischen Krankheit wie COPD Angst machen. Wie entwickelt sich die Krankheit? Wie wird das Sterben sein? Manche haben Angst, dass sie Anderen zur Last fallen, oder sie befürchten, von der Hilfe Anderer abhängig zu werden.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, mit der Angst umzugehen. Dazu gehören psychologische Beratungen oder Behandlungen einschließlich Verhaltenstherapie und Entspannungstechniken, umfassende Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich körperlicher Aktivität sowie verschiedene Medikamente.

Allerdings ist nicht bekannt, welche Behandlung der Angst bzw. Panik bei Menschen mit COPD wirklich hilft. Es ist dennoch möglich, dass eine Verhaltenstherapie oder dass Entspannungstechniken bei starker Angst helfen könnten, insbesondere bei einem schlimmen Atemnotanfall.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Für die Behandlung von COPD stehen verschiedene Maßnahmen zur Verfügung, die wir hier aber nur kurz beschreiben. Gemeinsam ist ihnen, dass sie das Alltagsleben von Menschen mit COPD erleichtern, Beschwerden lindern, Atemnotanfällen vorbeugen und die Lebensqualität verbessern sollen. Es gibt bisher keine Behandlung, die eine COPD heilen kann. Ohne Behandlung kann die Erkrankung aber ungehindert fortschreiten.

Die Behandlung einer COPD ist aufwendig und ihr Erfolg nicht immer sofort spürbar. Das ist ein Grund, warum einige Menschen den langfristigen Wert der Behandlung unterschätzen. Für ein eigenverantwortliches Management der Erkrankung ist es deshalb wichtig, dass Menschen mit COPD ihre Erkrankung und die Notwendigkeit einer Behandlung verstehen. Die Behandlung hängt immer auch vom Schweregrad der Erkrankung ab.

Im Folgenden sind verschiedene Behandlungen aufgeführt, die Menschen mit COPD in Anspruch nehmen können. In einem Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt können Sie mehr über deren möglichen Nutzen und deren Risiken erfahren.

- Raucherentwöhnung: Hilfsmittel für die Raucherentwöhnung sind zum Beispiel Informationsmaterial, Beratung, Unterstützung durch Andere, Raucherentwöhnungsmaßnahmen (alleine oder in der Gruppe), Nikotinersatztherapie (zum Beispiel Pflaster, Kaugummi, Tabletten) sowie andere Arzneimittel.
- Körperliche Aktivität, z.B. in speziellen Lungensportgruppen
- Atemtechnik und Krankengymnastik: verschiedene Atem- und Hustentechniken, Körperstellungen und Übungen sowie verschiedene Hilfsgeräte
- Inhalation
- Medikamente: Einige Medikamente werden jeden Tag eingenommen, andere nur bei Bedarf, beispielsweise bei körperlicher Belastung oder akuter Atemnot.
- Impfungen wie Influenza-Schutzimpfung (Grippe-Schutzimpfung) und Pneumokokken-Schutzimpfung
- Patientenschulung
- Ernährungsberatung bei fortgeschrittener COPD
- Sauerstofftherapie bei fortgeschrittener COPD: Es wird mehrere Stunden pro Tag oder Nacht oder bei körperlicher Belastung Sauerstoff eingeatmet. Meist geschieht dies über einen dünnen Schlauch, der von der Nase über beide Ohren bis zu einem Sauerstoffgerät reicht.
- Lungenoperation / -transplantation bei fortgeschrittener COPD
- Rehabilitation (Kur): Eine Rehabilitation besteht gewöhnlich aus verschiedenen Behandlungsbausteinen wie Überprüfung der Medikation, körperliches Training, Schulung und Beratung, Atemtherapie und Krankengymnastik, Entspannungstechniken, Ernährungsberatung, soziale und psychologische Betreuung sowie Raucherentwöhnung. Eine Rehabilitation kann mit Hilfe des behandelnden Arztes beantragt werden.
- Disease-Management-Programm (DMP): umfassendes, strukturiertes Behandlungsprogramm, welches von einigen Krankenkassen angeboten wird

Können Notfallpläne bei Exazerbationen helfen?

Notfallpläne listen Symptome auf, die auf eine Exazerbation hindeuten. Sie beschreiben außerdem, wann es günstig ist, Einnahme oder Dosierung von Medikamenten zu ändern oder einen Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen.

Notfallpläne können dabei helfen, Exazerbationen früh zu erkennen und diese angemessen zu behandeln. Sie helfen beispielsweise dabei, dass die richtigen Medikamente eingenommen werden. Einen Notfallplan für Sie und Ihre Angehörigen können Sie mit Ihrem Arzt besprechen.

Gibt es Unterstützung bei der Pflege?

Wenn Menschen mit COPD den Alltag nicht mehr ohne Hilfe meistern können, besteht für sie die Möglichkeit, manche Unterstützungsleistungen zur Pflege zu beantragen. Dies kann mit Hilfe des behandelnden Arztes, der Pflegekasse oder auch des Sozialamts geschehen. Ein Gutachter wird dann vor Ort prüfen, ob und wie viel Hilfe die Person mit COPD benötigt. Stellt der Gutachter einen Pflegebedarf fest, kann Unterstützung etwa in Form von Pflegegeld, durch einen Pflegedienst oder auch in einer Kombination aus beidem beansprucht werden.

Merkblatt für Angehörige von Menschen mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, COPD

Eine COPD betrifft nicht nur die Menschen, die an ihr erkrankt sind. Familie, Freunde und Bekannte erleben, wie sich der Alltag für Menschen mit COPD verändert, und natürlich wird auch ihr eigenes Leben davon beeinflusst.

Woran lässt sich eine COPD erkennen?

Die ersten Signale und Symptome einer COPD werden relativ selten als Zeichen einer ernsten Erkrankung erkannt. Das liegt meist daran, dass eine beginnende COPD das alltägliche Leben kaum beeinträchtigt.

Typische Symptome sind:

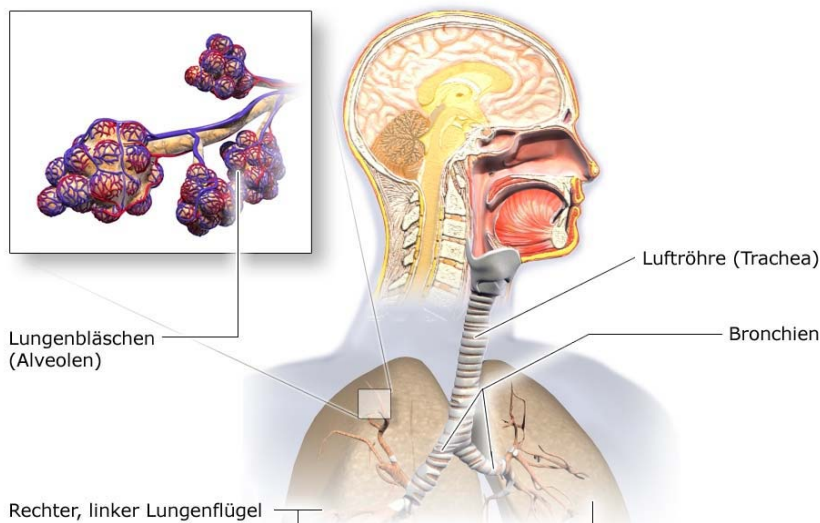
- täglicher Husten über eine längere Zeit
- Abhusten von Schleim (Auswurf, medizinisch: Sputum)
- Atemnot bei körperlicher Belastung
- Geräusche beim Atmen wie Pfeifen, Brummen
- häufige Erkältungen oder Grippe

Husten ist gewöhnlich das erste Anzeichen einer COPD. Viele Menschen gewöhnen sich jedoch an ihren Husten. Insbesondere Menschen, die rauchen, beurteilen ihn immer wieder als vermeintlich harmlosen „Raucherhusten“.

Bei Atemnot, Atemlosigkeit und Kurzatmigkeit haben manche Menschen das Gefühl, sie müssten mit Kraft ausatmen, oder sie fühlen eine Enge im Hals. Es kann sein, dass das Ausatmen pfeifende oder brummende Geräusche macht. Stärkere Atemnot kann dazu führen, dass körperliche Anstrengungen wie Treppensteigen oder längere Spaziergänge gemieden werden.

Solche Anzeichen deuten auf eine COPD hin. Husten und Atemnot können aber auch Symptome anderer Erkrankungen wie beispielsweise Asthma oder Lungenkrebs sein. Deshalb sollte ein Arzt klären, ob wirklich eine COPD vorliegt.

Gesunde Atemwege:



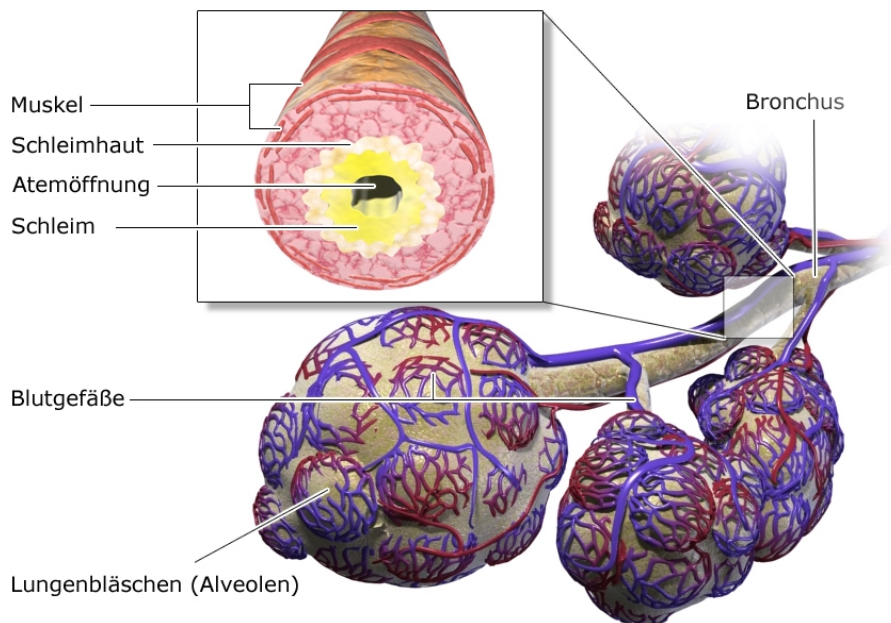
Was ist eine COPD?

Bei einer COPD ist die Lunge dauerhaft geschädigt und die Atemwege sind ständig verengt. Dadurch fällt das Atmen schwerer.

Bei Menschen mit COPD liegt eine chronische Entzündung der Bronchien (chronische Bronchitis) vor oder eine Schädigung der Lungenbläschen (Emphysem). Häufig tritt beides gleichzeitig auf.

Chronisch entzündete Bronchien schwellen an und lassen weniger Luft durch. Die Entzündung macht sich oft durch anhaltenden Husten und Verschleimung bemerkbar.

Sind kleine Bläschen in der Lunge zerstört, kann das Blut nicht mehr so gut neuen Sauerstoff aufnehmen. Kohlendioxid, das Abfallprodukt unserer Atmung, kann den Körper schlechter verlassen.



Wie verläuft eine COPD?

Beschwerden wie Husten und Atemnot nehmen gewöhnlich mit der Dauer der Erkrankung zu. Alltägliche Dinge wie Waschen und Anziehen sowie Essen werden immer schwerer. Unter Umständen sind Menschen mit COPD dann auf die Hilfe Anderer angewiesen. Bei Menschen mit fortgeschrittener COPD kann es vorkommen, dass sie ihren Beruf nicht mehr ausüben können.

Eine fortgeschrittene COPD kann sogar tödlich sein. Wie schnell eine COPD fortschreitet, ist aber von Mensch zu Mensch verschieden und kaum vorhersagbar.

Es gehört zum Krankheitsbild, dass Menschen mit COPD von Zeit zu Zeit Atemnotanfälle durchmachen, in denen sich Beschwerden und die Lungenfunktion plötzlich und deutlich verschlechtern. Diese Krankheitsschübe werden Exazerbationen genannt. Sie können für alle sehr beängstigend sein.

Ein einmal entstandener Schaden an der Lunge bildet sich nicht mehr zurück. Ziel der Behandlung der COPD ist es deshalb, weiteren Schaden so weit wie möglich zu begrenzen, zum Beispiel, indem schädigende Reize für die Lunge wie Rauch, schädliche Gase oder Staub gemieden werden und die Behandlung konsequent eingehalten wird. Außerdem sollen Beschwerden gelindert werden.

Was kommt auf Angehörige zu?

Eine COPD betrifft nicht nur die Menschen, die an ihr erkrankt sind. Familie, Freunde und Bekannte erleben, wie sich der Alltag für Menschen mit COPD verändert, und natürlich wird auch ihr eigenes Leben davon beeinflusst.

Es ist nicht immer leicht, mit der veränderten Situation umzugehen. Wer Menschen mit COPD betreut, kann dies phasenweise regelrecht als Last empfinden oder das Gefühl haben, von Anderen nicht genug unterstützt zu werden.

Es können ganz neue Situationen auftreten, für die Lösungen gefunden werden müssen. Zum Beispiel kann es nötig werden, in eine Wohnung mit Lift umzuziehen.

Menschen mit COPD gewinnen oft Kraft und Lebenswillen durch die Beziehung zur Familie und Freunden. Die meisten haben das Gefühl, dass ihre besondere Situation von ihrer Familie und ihren Freunden verstanden wird. Sie wünschen sich, dass ihre Hilflosigkeit während eines Atemnotanfalls von anderen ernst genommen wird, und sie schätzen emotionale Unterstützung.

Was bedeutet Pflege für Angehörige?

Das Leben von pflegenden Angehörigen ändert sich durch die Pflege – vielleicht anfangs nur wenig, mit fortschreitender Erkrankung dann immer mehr. Die Erkrankung kann sogar zum Mittelpunkt des eigenen Lebens werden, und manche geben fast ebenso viele Dinge auf wie Menschen mit COPD. Aus diesem Grund kann es wichtig sein, seine eigenen Grenzen der Belastbarkeit kennen zu lernen und zu akzeptieren.

Die Betreuung eines Menschen ist insbesondere bei schwerer COPD zeitintensiv und anstrengend. Kontakte zu Freunden können deshalb vielleicht nur schwer aufrechterhalten werden. Auch andere persönliche Belange müssen unter Umständen zurückstehen. Zum Beispiel müssen eigene Unternehmungen oder Urlaub sorgfältig geplant werden, und gegebenenfalls muss eine Pflegekraft als Vertretung organisiert werden. Gewöhnlich bestimmt der aktuelle Erkrankungszustand den Alltag und ob Unternehmungen überhaupt möglich sind. Dadurch fühlen sich einige Angehörige eingeengt. Manchmal fühlen sie sich auch genauso einsam wie Menschen mit COPD, oder sie empfinden ihr Leben als langweilig. Die neue Situation kann aber auch die gegenseitige Beziehung stärken.

Es ist möglich, dass Menschen mit fortgeschrittener COPD stark abnehmen. In diesem Fall kann es auch zur Pflegeaufgabe gehören, darauf zu achten, dass ausreichend gegessen wird. Ein starker Gewichtsverlust verschlechtert den Erkrankungszustand.

Gibt es Unterstützung bei der Pflege?

Wenn Menschen mit COPD den Alltag nicht mehr ohne Hilfe meistern können, besteht für sie die Möglichkeit, manche Unterstützungsleistungen zur Pflege zu beantragen. Dies kann mit Hilfe des behandelnden Arztes, der Pflegekasse oder auch des Sozialamts geschehen. Ein Gutachter wird dann vor Ort prüfen, ob und wie viel Hilfe die Person mit COPD benötigt. Stellt der Gutachter einen Pflegebedarf fest, kann Unterstützung etwa in Form von Pflegegeld, durch einen Pflegedienst oder auch in einer Kombination aus beidem beansprucht werden.