

"Je kränker ein COPD-Patient ist, desto entscheidender für ihn ist die Bewegungstherapie".

und

"Für den schwer an COPD erkrankten Patienten bedeutet Wissen Macht, denn nur ein gut informierter Patient kann seine Lebensqualität verbessern".

Diese beiden Aussagen von Herrn Dr. med. Kenn dürften die Kernsätze der Patientenvortragsreihe am 28. Juni 2003 gewesen sein, zu der die Deutsche Emphysemgruppe e.V. nach Würzburg in das Hotel Dorint geladen hatte.

Das Thema der Veranstaltung lautete: Ziele und Durchführung der Rehabilitation; Atem- und Bewegungstherapie sowie Ernährung aus der Sicht von Emphysepatienten.

Dr. med. Klaus Kenn, Chefarzt der Pneumologie im Klinikum Berchtesgadener Land in Schönau am Königssee, und seine Mitarbeiterin Frau Holle, Leiterin der Therapieabteilung, gestalteten einen informativen und lebendigen Vortrags-Nachmittag, in den auch immer wieder die Zuhörer des voll besetzten Saales mit einbezogen wurden. Den Patienten und ihren Angehörigen, wurde sehr schnell deutlich, dass ein wesentlicher Teil ihrer Lebensqualität in der persönlichen Verantwortung des Einzelnen liegt.

Medikamente:

Laut Dr. Kenn sind Medikamente allein beim Lungenemphysem, anders als beim Asthmatiker, nicht die beste Lösung.

Anhand von Dias stellte Dr. Kenn die obstruktiven Atemwegserkrankungen und ihre diagnostischen Mischformen vor, die unter dem Begriff COPD zusammengefasst sind. Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und die Atemwegsliga haben zur gezielteren Therapie drei Schweregrade ermittelt samt Therapieempfehlungen. Die einzelnen Schweregrade werden durch die ermittelten Lungenfunktionswerte definiert.

Während für den Asthmatiker das Cortison fast ein Wundermittel darstellt, sagen neuere Daten aus, dass Emphysematiker mit Schweregrad 3 und mit häufigen Infekten von inhalativem Cortison profitieren, während orale Kortikosteroide nicht als Langzeittherapie empfohlen werden.

Anders sieht es bei einer Exazerbation aus. Dabei handelt es sich um eine akute Verschlechterung des Krankheitsbildes, meist einen Infekt. Hier sollte jeder ein Profi sein, um die richtige Behandlung einzuleiten. Neben mehr Spray ist Kortison das Mittel der Wahl, d.h. 20-30mg bei akuter Verschlimmerung, nicht länger als 10-14 Tage, nach ärztlicher Vorschrift.

Auf keinen Fall alleinige Gabe von Antibiotika, das nur dann zum Einsatz kommt, wenn sich das Sputum sehr vermehrt und extrem verfärbt. Dies wird der Arzt von Fall zu Fall entscheiden

Nichtmedikamentöse Möglichkeiten:

Für den Emphysematiker sind es gerade auch die nichtmedikamentösen Möglichkeiten, die zu beachten sind.

Dazu zählen als wichtigste Maßnahme natürlich die Raucherentwöhnung, weiterhin Langzeitsauerstofftherapie, Knochenschutz, Ernährung, evtl. nichtinvasive Beatmung, operative Verfahren in schweren Fällen, Prolastininfusionen bei Alpha-1-Mangelerkrankung und in hohem Ausmaß die Rehabilitation.

Zur Entstehung des Emphysems ist es wichtig zu wissen, dass der Hauptfaktor der Entstehung dieser schweren Krankheit im Rauchen besteht, in seltenen Fällen liegt ein genetischer Defekt vor, der Alpha-1-Antitrypsinmangel. Die COPD entwickelt sich schleichend über viele Jahre, meist unbemerkt vom Patienten, da dieser sein Verhalten der weniger werdenden Leistungsfähigkeit unbewusst anpasst. Leider gab es bisher selten Früherkennung, ein Umstand, der an fehlenden Pneumologiezentren und zu wenigen Lungenfachärzten liegt. Viele Jahre war Pneumologie kein Lehrfach an den medizinischen Fakultäten, und die wenigsten Hausärzte besitzen ein Gerät zur Feststellung der Lungenfunktion.

Wird die Krankheit endlich diagnostiziert, ist sie meist weit fortgeschritten.

Dr. Kenn betonte, dass COPD nicht nur eine schwere Erkrankung der Lungen ist, sondern auch die Lebensqualität des Patienten stark beeinträchtigt wird. Die Patienten geraten in eine Inaktivitätsspirale, die sich rasch nach unten bewegt: LUNGENKRANKHEIT - ATEMNOT - INAKTIVITÄT - KONDITIONSMANGEL - VERSTÄRKTE ATEMNOT -

Dazu kommen Isolation, keine gesellschaftlichen Kontakte mehr, keine Hobbys, keine Reisen, Probleme im täglichen Alltag. Daraus resultieren Depressionen und Angst vor Verschlechterungen mit allen Konsequenzen. Kaum ein Arzt fragt nach der Stimmungslage des Patienten.

Diese Spirale zu unterbrechen, sie zurückzudrehen, ist die vorrangige Aufgabe von Rehabilitation und Physiotherapie. Die Lebensqualität soll zurückgewonnen werden.

Jeder Patient sollte motiviert werden, eine Chance zur Verbesserung bekommen. Dem Kranken soll bewiesen werden, dass noch vieles geht, viel mehr, als er sich vorgestellt hat.

Je kränker der Betroffene ist, desto wichtiger für ihn ist die Bewegungstherapie.

Dauerhafte Erkrankung erfordert Dauerhaftes Training

Die Umkehrung der oben genannten Spirale lautet: LUNGENKRANKHEIT - ATEMNOT - **TRAINING** - **BESSERE KONDITION** - **WENIGER ATEMNOT**.

Das Lungenemphysem lässt sich durch Sporttherapie nicht heilen, kann aber **verbessert werden**:

Atemeffizienz, Atemtechnik, Gasaustausch, Lungenblähung, Herz-Kreislauf-Effektivität, Kraft und Beweglichkeit, Muskelstoffwechselleistung, weniger Infekte durch besseren Immunstatus und die gesamte Lebensqualität.

Da es sich um eine dauerhafte Erkrankung handelt, ist ein ebenfalls dauerhaftes Training notwendig. Die Trainingseffekte wirken sich auch in hohem Maße positiv vor -und natürlich nach- einer Lungentransplantation aus.

Beispiel: Der Trainingseffekt bei einer 48 Jahre alten Patientin, die zur Lungentransplantation gelistet ist, erzielte nach 5 Wochen intensiver Trainingstherapie eine Leistungssteigerung von 25 %, und eine Stimmungsverbesserung um 80%.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei fortgeschrittener COPD neben den medikamentösen Maßnahmen folgende zusätzlichen dauerhafte therapeutischen Ansätze erforderlich sind: Atemtherapie, Psychotherapie, Schulung, Sporttherapie, Knochenerhalt und Aufbau, Hilfe zur Selbsthilfe, Motivation, Optimierung des Ernährungsstatus.

Nur durch Beachtung der aufgezählten Komponenten kann, auch in schwersten Fällen, die Lebensqualität erheblich verbessert und Depressionen verhindert/gebessert werden.

Physiotherapie:

Im Anschluss an Dr. Kenns Vortrag referierte Frau Holle, Diplomportlehrerin und Leiterin der Therapieabteilung der Klinik über Ziele und Durchführung der Atem- und Bewegungstherapie.

Anschaulich und leicht verständlich brachte Frau Holle den aufmerksam Zuhörenden die Wichtigkeit und Wirkungsweise der Atemtherapie näher. Sie stellte die positiven Auswirkungen auf das Bronchialsystem dar, auf die leichtere Ein -und Ausatmung, auf verbesserte Brustkorbbeweglichkeit, mehr körperliche Ausdauer, das subjektive Befinden, größere Entspannung und verbesserte Lebensqualität.

Vorgestellt wurden verschiedene therapeutische Körperstellungen, die atemerleichternd, mobilisierend für die Wirbelsäule und auch sekretlösend wirken. Neben Atemtechniken, Hustentechniken, Drainagelagerungen, Klopfungen, Vibrationsmethoden, feuchte Wärme, heißer Rolle, Lippenbremse und weiteren Techniken, die der Vermeidung von Reizhusten und der Schleimlösung dienen, wurden auch Atemhilfsgeräte vorgestellt. Anhand von Bildern stellte Frau Holle die verschiedenen Möglichkeiten der Physiotherapie vor, zeigte aber auch Maßnahmen auf, wie der Patient sich in seinem alltäglichen Umfeld so einrichten und verhalten kann, um größtmögliche Erleichterungen zu erreichen. Vom Benutzen einer Greifzange für auf dem Boden liegende Gegenstände bis hin zum Hinsetzen beim Anziehen der Schuhe bieten sich viele Verbesserungen an, wenn der Patient darauf achtet.

Dazu zählen die Integration der erlernten Techniken in den Alltag, Schulung der Selbsteinschätzung, Trainieren lokaler Muskulatur.

Ein weiterer Schwerpunkt betraf die Verbesserung der Ausdauer. Warum?

Zitat: "Ausdauer ist die Fähigkeit, eine vorgegebene Leistung über einen möglichst langen Zeitraum durchzuhalten, also der Ermüdung zu widerstehen". (Hollmann 1990)

Die Ursachen für den schlechten Muskelstatus bei schwerkranken COPD Patienten hat mehrere Ursachen. Durch Atemnot bei Belastung besteht fast immer ein Trainingsmangel. Oft liegen begleitende Herzerkrankungen oder weitere andere Erkrankungen vor. Eine große Rolle spielen auch die Ernährung und Cortisonbedingte Muskelschwäche.

Das Ausdauertraining hat mehrere ausgesprochen positive Auswirkungen auf die Skelettmuskulatur sowie auf das Herz-Kreislaufsystem. Die positive Wirkung auf das Vegetativum und das Herz-Kreislaufsystem tritt schnell, schon innerhalb von 3-4 Wochen auf. Wirkungen auf die Muskulatur, auf Sehnen und Bänder dauern bis 12 Wochen, der positive Effekt auf Knochenmasse dauert sehr viel länger.

Wesentlich dabei ist ein dauerndes Training: Fahrradergometer, Laufband, Handkurbel im Umfang von 10-45 min. bei 2-6 Traininseinheiten in der Woche, in unterschiedlicher Intensität. Die Belastung wird kontrolliert anhand von Puls, Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Empfinden, Laktatbestimmung und Atemfrequenz.

Neben dem beschriebenen Ausdauertraining wird zunehmend sanftes Krafttraining eingesetzt.

Der Patient kann als Maßstab sein subjektives Belastungsempfinden auf einer sog. Mod. Borg Skala einschätzen. Es ergeben sich große Veränderungen in Maximalkraft und Kraftausdauer. Herz- Kreislauf- und Stoffwechselbelastung sind deutlich verringert, die Gefahr der Pressatmung ist deutlich reduziert. Die Methode des Trainings beinhaltet geringe Krafteinsätze mit mittleren bis hohen Wiederholungszahlen mit ausreichenden Pausen von 1-3 min. zwischen verschiedenen Serien. Ist die Intensität trotz leichter Einstellung zu hoch für den Patienten, werden die Pausen auf 5-10 Minuten verlängert, die Intensität der Übungen muss individuell auf das Empfinden des Patienten angepasst werden.

Zusammenfassend möchte ich Frau Holle zitieren" Ein geeignetes individuelles angepasstes Training wirkt ebenso gut oder besser als ein Medikament". Es beinhaltet Motorik, Bewegung, Aktivierung, Motivation, Denken und Wissen, soziale Interaktion, Kraft, Ausdauer, Koordination von Atmung und Bewegung, Geschicklichkeit und vor allem die Verbesserung von Herz -und Kreislauffunktionen. Aber auch hier gilt, wie bei jedem guten Medikament: Über -sowie Unterdosierung ist zu vermeiden.

H.Schwick



