

Nummer 152 - 1. Quartal 2024

NEWSLETTER



Der Newsletter erscheint 4x im Jahr für die Mitglieder unserer Selbsthilfegruppe und Interessierte.

Selbsthilfegruppe COPD & Lunge Region Oberbayern - Standort München

Unsere Selbsthilfegruppe trifft sich jeden 3. Samstag im Monat um 14:30 Uhr im

Gasthof zur Post, 85540 Haar, Kirchenplatz 1, 1. Stock (Aufzug vorhanden)

Kurzfristige Änderungen, Aktualisierungen und weitere Termine finden sich auf unserer Homepage www.copdundlunge.de unter „Termine“.

Unsere Treffen organisiert

Georg Gerstner

Telefon 089-6113520

E-Mail g.gerstner@copdundlunge.de

Der Inhalt dieser Ausgabe

- Nachruf Jens Lingemann
- Palliativmedizin frühzeitig in die Routineversorgung von Lungenpatienten integrieren
- Impfungen bei COPD besonders wichtig
- COPD und Bronchiektasen: Lungenentzündung durch Cortisonspray?
- Medizinverbände empfehlen neue RSV-Impfung
- G-BA übernimmt jüngste STIKO-Empfehlung zur Pneumokokken-Impfung in seine Richtlinie
- Schon geringes Maß an körperlicher Aktivität könnte bei inoperablem Lungenkrebs wertvoll sein
- Bei Kräften bleiben: Die COPD beeinflusst den Stoffwechsel
- COPD – Was tun im Notfall?
- Lungenhochdruck – Ursachen, Diagnose, Therapie
- Cochrane Review: Dreifachtherapie verbessert die Lebensqualität bei schwerer COPD
- Die Lippenbremse – in Ruhe und unter Belastung
- Obstruktive Schlafapnoe – Schläfrigkeit erkennen
- Parodontitis und COPD: Möglicher Mechanismus aufgedeckt
- Neuer therapeutischer Ansatz zur Behandlung von Sarkoidose

Nachruf Jens Lingemann

(von der Website von COPD-Deutschland e.V.)



Liebe Mitglieder und Besucher,

traurig müssen wir Euch mitteilen, dass unser langjähriger 1. Vorsitzender und Mitbegründer des COPD-Deutschland e.V.

Jens Lingemann †

am 26.11.2023, zu Hause - wie er es sich gewünscht hatte - verstorben ist.

Als im Juni 2000 bei Jens Lingemann ein Lungenemphysem mit bereits schwerer COPD diagnostiziert wurde, hätte niemand damit gerechnet, dass er über 23 Jahre mit dieser Erkrankung weiterleben könnte. Er schaffte es durch seine konsequente Disziplin, einen starken Willen und der Liebe zu seiner Familie mit der eigenen Erkrankung umzugehen.

Jens Lingemann war der Motor und Hauptorganisator des Symposium-Lunge. Sein Charisma hat diese Veranstaltung und die gesamte Vereinsarbeit über viele Jahre vorangetrieben und Großartiges erschaffen. Trotz seiner eigenen, sehr schweren Erkrankung, die mit immer stärkeren Einschränkungen einherging, setzte er sich unermüdlich dafür ein, Aufklärungsarbeit zu leisten und anderen zur Seite zu stehen. Dadurch hat er sehr viele Menschen ermutigt und bestärkt.

Für ihn war die Frage nach dem "Warum" genau wie Selbstmitleid und trübsinnige Gedanken, nichts weiter als verschwendete Lebenszeit.

Die Trauer wird ein Teil unseres Lebens bleiben. Sie verändert sich und wir verändern uns mit ihr.

Wir werden Jens Lingemann mit großer Dankbarkeit und Hochachtung für seine Arbeit, die er für COPD Patienten und Patientinnen in ganz Deutschland und über die Grenzen hinaus, geleistet hat und die über seinen Tod hinaus weiter besteht, in guter und respektvoller Erinnerung behalten.

Im Namen aller Mitglieder und der Familie

Der Vorstand des COPD-Deutschland e.V.

Aus dem Internet am 6.2.2024: <https://www.copd-deutschland.de/>

Palliativmedizin frühzeitig in die Routineversorgung von Lungenpatienten integrieren

27. November 2023

Einige Lungenpatienten benötigen mindestens so viel palliativmedizinische Hilfe wie Krebskranke. Oft aber wird ihnen diese gar nicht oder erst dann angeboten, wenn der Tod quasi vor der Tür steht.



© bilderstoeckchen_Fotolia.com

Grundsätzlich kann der Bedarf für eine palliativmedizinische Behandlung bei schwerer COPD oder interstitiellem Lungenleiden (*Interstitial Lung Disease, ILD*) wie z.B. Lungenfibrose in jeder Phase der Erkrankung auftreten. Sie ist kein Ersatz, sondern eine Ergänzung der krankheitsmodifizierenden Therapie, heißt es in der neuen Leitlinie der *European Respiratory Society (ERS)*, online seit 17.8.2023).

Zum richtigen Zeitpunkt eingesetzt kann eine palliativmedizinische Behandlung unter Einbeziehung der pflegenden Angehörigen die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Betroffenen verbessern. Palliativmedizinische Maßnahmen sollten immer dann ergriffen werden, wenn sich die Patienten oder ihre informellen Pflegepersonen in physischer, psychosozialer und spirituell-existenzieller Hinsicht unzureichend unterstützt fühlen. Allerdings bringen sie oftmals ihre Nöte nicht von sich aus zur Sprache. Deshalb raten die Autoren, diese aktiv zu erfragen. Dabei ist auf das richtige Timing zu achten.

Patienten mit idiopathischer pulmonaler Lungenfibrose und deren Angehörigen sollte man die palliative Unterstützung sehr direkt anbieten. Bei ihnen kann ein Start bereits zum Zeitpunkt der Diagnose sinnvoll sein. Menschen mit leichter COPD hingegen würde man durch ein derartiges frühes Angebot eher verschrecken, warnen die Autoren. Bei ihnen sollte eine Überweisung zum Palliativmediziner insbesondere dann erwogen werden, wenn sich die Hinweise auf eine deutliche Verschlechterung der Erkrankung mehren (z.B. häufige stationäre Aufenthalte, Langzeit-Sauerstofftherapie, starke Beschwerden).

Oftmals zögern Ärzte mit diesem Schritt unter anderem deswegen, weil der individuelle Krankheitsverlauf unklar ist und das Lebensende nicht unmittelbar bevorsteht. Auch die Patienten sind häufig dagegen, da sie diese Maßnahme mit Krebs und Tod in Verbindung bringen – ein folgenreiches Missverständnis. Denn eine frühzeitige Vorstellung (nach Möglichkeit bereits im mittelschweren Stadium der COPD) verbessert in der Regel den Therapieerfolg. Im Nachhinein sind die meisten Patienten froh, diesen Schritt gegangen zu sein, so die Autoren.

Auch Patienten mit ILD werden oft zu spät in der **Palliativmedizin** vorgestellt, sodass es kaum mehr gelingt, ihren umfangreichen Bedürfnissen gerecht zu werden. Als Alarmzeichen gelten z.B. Sauerstofftherapie, unkontrollierte Symptome und funktionelle Verschlechterung, aber auch psychische Beschwerden (Angst, Depression) und die zunehmende Abhängigkeit von Angehörigen.

Die Integration palliativmedizinischer Elemente in die Routineversorgung erleichtert bei beiden Lungenerkrankungen nicht zuletzt das frühzeitige Gespräch über die Prognose. Zwar benötigt nicht jeder ILD-Patient zwangsläufig eine intensive und spezialisierte Palliativ-Versorgung, aber man sollte zumindest immer den individuellen Bedarf eruieren.

Viele Ärzte scheuen sich davor, über die Ziele der palliativen Therapie zu sprechen. Sie befürchten, dadurch dem Patienten die Hoffnung zu nehmen – zu Unrecht. Denn die meisten Schwerkranken wünschen sich eine offene und ehrliche Kommunikation. Unpassender Optimismus von ärztlicher Seite ist nicht angebracht. Sehr wichtig für den Erfolg der palliativen Unterstützung ist eine gute Kommunikation zwischen Patienten, pflegenden Angehörigen und medizinischem Personal. Dafür können auch telemedizinische Möglichkeiten oder internetbasierte Medien genutzt werden.

Ein zentraler Bestandteil der palliativen Versorgung bei COPD und ILD ist die vorausschauende Therapieplanung. Entscheidungen über das Ausmaß der gewünschten Behandlungen am Lebensende (z.B. Beatmung, Reanimation) hängen von der individuellen Prognose, der Krankheitslast und existenziellen Ängsten ab. Zu berücksichtigen ist, dass Patienten und Angehörige oft sehr unterschiedliche Wünsche bzw. Vorstellungen haben.

Zum Problem kann es werden, wenn COPD-Patienten nur wenig über ihre Erkrankung wissen und die gesundheitlichen Aussichten falsch einschätzen. Andererseits wollen Betroffene, die sich gut auskennen, das Gespräch oftmals nicht von selbst beginnen. Wichtig zu wissen ist in jedem Fall, dass sich Wünsche und Wertvorstellungen der Patienten im Lauf der Zeit verändern können. Die Therapieplanung sollte deshalb regelmäßig überdacht und ggf. angepasst werden.

Quelle: Medical Tribune vom 15.10.2023

Aus dem Internet am 6.2.2024

<https://www.lungenaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/palliativmedizin-fruehzeitig-in-die-routineversorgung-von-lungenpatienten-integrieren/>



Impfungen bei COPD besonders wichtig

26. Oktober 2023

Atemwegsinfekte sind häufige Verursacher von akuten Krankheitsverschlechterungen bei COPD. Gegen viele dieser Infektionen können Menschen mit der Lungenkrankheit sich durch eine Impfung schützen. Eine aktuelle Veröffentlichung listet die fünf wichtigsten Impfungen für Betroffene auf.

Mindestens sieben von zehn Krankheitsverschlechterungen einer COPD lassen sich auf einen Atemwegsinfekt zurückführen. In etwa 30 Prozent der Fälle sind Viren die Verursacher. Für Menschen mit einer COPD sind daher Impfungen vor Atemwegsinfekten besonders empfehlenswert.

Ein Wissenschaftsteam hat nun die Auswirkungen von Impfungen gegen verschiedene Krankheitserreger bei COPD-Patient:innen ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass sie einen entscheidenden Beitrag für die Gesundheit der Betroffenen leisten können.

Fünf Impfungen empfohlen

Diese fünf Impfungen empfehlen die Autor:innen der Veröffentlichung für alle Menschen mit COPD:

1. **Influenza-Impfung (Grippe):** Die jährliche Grippeimpfung ist für COPD-Patient:innen besonders wichtig. Sie reduziert das Risiko von Grippe-Komplikationen und damit verbundene Krankheitsverschlechterungen erheblich.
2. **Pneumokokken-Impfung:** Diese Impfung schützt vor einer Vielzahl von bakteriellen Infektionen, einschließlich Lungenentzündungen, die bei Menschen mit COPD besonders schwerwiegend sein können.

3. SARS-CoV-2-Impfung (COVID-19): Die Impfung gegen das Coronavirus ist auch für COPD-Patient:innen von großer Bedeutung. Sie bietet einen wirksamen Schutz vor schweren Verläufen von COVID-19.
4. Keuchhusten-Impfung: Auch diese Impfung spielt eine wichtige Rolle. Sie schützt vor einer Infektion mit dem Keuchhusten-Bakterium *Bordetella pertussis*, das bei COPD-Betroffenen schwerwiegende Atemwegsprobleme verursachen kann.
5. Varicella-Zoster-Impfung (Gürtelrose): Auch diese Impfung sollte in Betracht gezogen werden, da Gürtelrose bei COPD-Patient:innen zu Komplikationen führen kann.

Besonders für ältere Betroffene kann eine sechste Impfung sinnvoll sein: die RS-Virus-Impfung. Ältere Menschen gelten als Risikogruppe für einen schweren Verlauf von Atemwegsinfektionen mit dem RS-Virus.

Die Autor:innen der Veröffentlichung empfehlen, den Impfstatus einmal pro Jahr zu überprüfen.

Quellen: Simon, S. et al.: The role of vaccination in COPD: influenza, SARS-CoV-2, pneumococcus, pertussis, RSV and varicella zoster virus. In: European Respiratory Review 2023, 32: 230034, doi: 10.1183/16000617.0034-2023

Aus dem Internet am 6.2.2024

<https://www.lungeninformationsdienst.de/aktuelles/news/artikel/impfungen-bei-copd-besonders-wichtig>

COPD und Bronchiektasen: Lungenentzündung durch Cortisonspray?

02. November 2023

Eingeatmetes Cortison kann bei Menschen mit COPD das Risiko einer Lungenentzündung (Pneumonie) erhöhen. Menschen, die sowohl unter COPD als auch unter Bronchiektasen leiden, werden aber häufig damit behandelt. Ein Wissenschaftsteam hat untersucht, ob das Lungenentzündungsrisiko dadurch weiter steigt.

Die Forschungsgruppe hat elektronische Gesundheitsakten von mehr als 316.000 COPD-Betroffenen aus den Jahren 2004 bis 2019 ausgewertet. Rund 152.000 davon, die bis zum Start der Auswertung keine Cortisonsprays angewendet hatten, wurden in eine weitere Analyse eingeschlossen. Etwa 2,5 Prozent dieser Patienten hatten gleichzeitig Bronchiektasen (COPD-Bronchiektasen-Overlap).

Die Ergebnisse: Die Anwendung eines Cortisonsprays erhöhte das Risiko für eine Lungenentzündung bei COPD-Betroffenen – allerdings nur, wenn die Medikamentennahme höchsten sechs Monate zurücklag. Menschen mit COPD-Bronchiektasen-Overlap hatten ein um etwa 24 Prozent erhöhtes Risiko, wegen einer Lungenentzündung ins Krankenhaus zu müssen. Das Inhalieren von Cortison führte bei diesen Personen zu keiner weiteren Risikoerhöhung.

Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Betroffene mit COPD-Bronchiektasen-Overlap früher eine Behandlung mit Antibiotika erhalten als COPD-Patient:innen ohne Bronchiektasen.

COPD-Bronchiektasen-Overlap

COPD und Bronchiektasen sind zwei verschiedene Lungenerkrankungen, die jedoch oft gemeinsam auftreten. Fachleute bezeichnen dies als COPD-Bronchiektasen-Overlap. Wie oft es auftritt, ist nicht genau bekannt, da Bronchiektasen häufig nicht festgestellt werden. Unterschiedliche Studien kommen zu Häufigkeiten zwischen 4 und 58 Prozent bei COPD-Betroffenen. Patient:innen mit schwerer COPD sind häufiger betroffen als bei milderem Krankheitsverlauf.

Cortisonsprays werden häufig verschrieben, um Verschlechterungen einer schweren COPD zu vermeiden. Diese Praxis ist jedoch umstritten, da die Behandlung die Lungenfunktion kaum beeinflusst, nicht bei allen Patient:innen wirkt und das Risiko einer bakteriellen Lungenentzündung (Pneumonie) erhöht.

Quellen: Ritchie, A. I. et al.: The Effect of Inhaled Corticosteroids on Pneumonia Risk in Patients With COPD-Bronchiectasis Overlap. In: Chest 2023, 164 (4): 875 - 884

Aus dem Internet am 6.2.2024

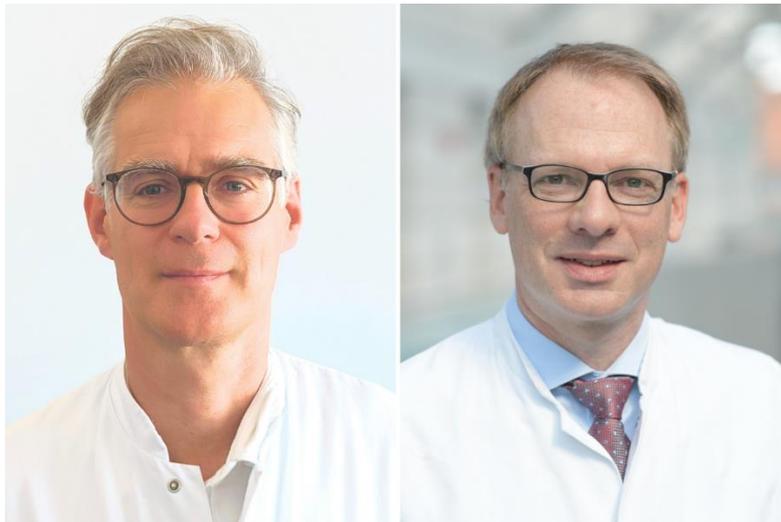
<https://www.lungeninformationsdienst.de/aktuelles/news/artikel/copd-und-bronchiektasen-lungenentzue-dung-durch-cortisonspray>

Schutz vor Atemwegserkrankungen: Medizinverbände empfehlen neue RSV-Impfung

2. November 2023



Neuer Schutz vor schweren Atemwegserkrankungen: Expertinnen und Experten von elf medizinischen Fachgesellschaften und Institutionen rufen jetzt insbesondere Über-60-Jährige mit Vorerkrankungen auf, sich gegen das Respiratory Syncytial-Virus (RSV) impfen zu lassen. In einem heute gemeinsam veröffentlichten Positionspapier heißt es: „RSV-Infektionen gefährden nicht nur Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder, sondern können auch bei älteren und vorerkrankten Erwachsenen schwere Krankheitsverläufe und Komplikationen von vorbestehenden Erkrankungen auslösen.“ Erstmals überhaupt sind nun zwei Impfstoffe gegen das RS-Virus in der Europäischen Union zugelassen worden. Die konkrete Empfehlung: „Insbesondere Erwachsene mit deutlich eingeschränkter Immunabwehr oder schweren Lungen- sowie Herz-Kreislauf-Vorerkrankungen empfehlen wir eine Impfung“, sagt Co-Autor Professor Wolfram Windisch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), unter deren Leitung das Empfehlungspapier entstanden ist.



Professor Wolfram Windisch und Professor Martin Witzentrath (privat / Charité, Wiebke Peitz)

Vor allem in den Wintermonaten treten RSV-Infektionen gehäuft auf. „In den Kliniken beobachten wir eine vergleichbare Krankheitslast und Sterberate wie bei Lungenentzündungen nach Influenza- oder Pneumokokken-Infektionen. Besonders gefährdet sind auch Menschen mit bösartigen Blutkrebserkrankungen wie Leukämie oder Multiples Myelom“, erklärt Professor Martin Witzentrath, federführender Autor des neuen Positionspapiers und Direktor der Klinik für Pneumologie, Beatmungsmedizin und Intensivmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Er warnt zudem vor dem Risiko schwerer Folgeerkrankungen, die durch eine RSV-Infektion ausgelöst werden können.

Nach Pandemie: RSV-Erkrankungen wesentlich häufiger – Oftmals unerkant

Eine aktuelle Studie zeigt auf, dass insbesondere nach den ersten Wellen der COVID-19-Pandemie RSV-Erkrankungen wesentlich häufiger vorkommen. „Diese Erkrankungen sind aber nicht neu und waren schon vor COVID-19 häufig. Allerdings ist der Nachweis durch eine zusätzliche Laboruntersuchung aufwendig“, sagt Witzentrath. Daher werde beim Hausarzt nur selten eine entsprechende Untersuchung in die Wege geleitet, auch einen ausreichend sensitiven Schnelltest für Praxen gäbe es bisher nicht. „Deswegen ist der Anteil von unbekannt Virusinfektionen in der Bevölkerung recht hoch – oftmals kann dem eine RSV-Erkrankung zugrunde liegen, die auch im Krankenhaus in der klinischen Routine meist unerkant bleibt.“

RSV-Impfung jetzt in der EU zugelassen – Kostenübernahme prüfen lassen

Die European Medicines Agency (EMA) hat in diesem Jahr erstmals zwei Impfstoffe für die EU zugelassen, die bereits in Apotheken erhältlich sind. Da die Ständige Impfkommission (STIKO) noch keine entsprechende Empfehlung für Deutschland ausgesprochen hat, sind die Kosten in der Regel privat zu tragen. Eine Kostenübernahme kann aber auch individuell bei der zuständigen Krankenkasse beantragt werden. Grundsätzlich gelte immer, erst das Beratungsgespräch mit dem eigenen Hausarzt zu suchen.

Quelle: Pressemitteilung

Aus dem Internet am 6.2.2024

<https://pneumologie.de/aktuelles-service/presse/pressemitteilungen/schutz-vor-atemwegserkrankungen-medinverbaende-empfehlen-neue-rsv-impfung>

G-BA übernimmt jüngste STIKO-Empfehlung zur Pneumokokken-Impfung in seine Richtlinie

16. November 2023

Zu den weltweit häufigsten bakteriellen Atemwegsinfektionen gehören Pneumokokken-Erkrankungen. Personen ab 60 Jahren sowie Personen mit Vorerkrankungen sind besonders gefährdet. In Deutschland ist seit Anfang 2022 ein 20 Serotypen abdeckender Pneumokokken-Impfstoff (20-valenter Pneumokokken-Konjugatimpfstoff, PCV20) für Personen ab 18 Jahren zugelassen. Nachdem die Ständige Impfkommission (STIKO) Ende September 2023 ihre bisherige Empfehlung zur Pneumokokken-Impfung angepasst hatte, entschied nun der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), die Änderungen auch in seine Schutzimpfungs-Richtlinie zu übernehmen. Die STIKO hatte den neuen PCV20-Impfstoff gegenüber den bisher empfohlenen Impfstoffen PPSV23 und PCV13 als überlegen bewertet.

Auf eine Impfung mit dem neuen Impfstoff PCV20 haben zukünftig Anspruch:

Personen ab 60 Jahren

Personen ab 18 Jahren mit Risikofaktoren für schwere Pneumokokken-Erkrankungen

Personen ab 18 Jahren mit beruflicher Indikation (Tätigkeiten wie Schweißen und Trennen von Metallen mit einer Belastung durch Metallrauch)

Zudem aktualisierte der G-BA die Schutzimpfungs-Richtlinie auch in Bezug auf die Impfung gegen COVID-19.

Für ein Inkrafttreten des Beschlusses zur Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie sind noch die rechtliche Nichtbeanstandung des Bundesministeriums für Gesundheit und die Veröffentlichung im Bundesanzeiger notwendig.

Hintergrund: Anspruch auf Schutzimpfungen

Voraussetzung für die Aufnahme einer Schutzimpfung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist eine Empfehlung der beim Robert Koch-Institut angesiedelten STIKO. Auf Basis der STIKO-Empfehlungen legt der G-BA spätestens zwei Monate nach deren Veröffentlichung die Einzelheiten zur Leistungspflicht der GKV in der Schutzimpfungs-Richtlinie fest.

Beschluss zu dieser Meldung:

Schutzimpfungs-Richtlinie: Umsetzung „STIKO-Stellungnahme COVID-19-Impfung“ und „STIKO-Empfehlung Pneumokokken-Impfung“

Aus dem Internet am 6. Februar 2024

<https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1145/>

Schon geringes Maß an körperlicher Aktivität könnte bei inoperablem Lungenkrebs wertvoll sein

11. Dezember 2023



Foto: © karepa/stock.adobe.com

Neue Forschungsergebnisse zeigen, dass schon weniger als fünf Minuten körperlicher Aktivität täglich bei Menschen, die an einer inoperablen Form von Lungenkrebs leiden, mit einer Lebensverlängerung verbunden sein könnten.

Wissenschaftler von der Curtin School of Allied Health, vom Curtin enAble Institute (Australien) und anderer Forschungsorganisationen ermittelten für ihre Untersuchung die tägliche Aktivität von 89 Menschen mit inoperablem Lungenkrebs ab dem Zeitpunkt der Diagnose. Anschließend verglichen sie die Sterblichkeitsraten nach zwölf Monaten zwischen Patienten mit mittlerer bis intensiver Aktivität (z. B. Gehen), und solchen, die weitgehend inaktiv waren. Die Ergebnisse waren signifikant: Personen, die für mehr als 4,6 Minuten pro Tag mäßig bis intensiv körperlich aktiv waren, besaßen nach zwölf Monaten ein um 60 Prozent geringeres Mortalitätsrisiko als die weniger aktiven Personen.

Diese Erkenntnis könnte bei der Behandlung von Menschen mit inoperablem Lungenkrebs, insbesondere solchen mit einer Erkrankung im Frühstadium, wichtig sein, meint Studienleiter Prof. Vin Cavalheri: „Wir haben schon in der Vergangenheit gezeigt, dass Menschen mit inoperablem Lungenkrebs vor Beginn der Behandlung sich nur sehr wenig bewegten und nur minimale Zeit mit mäßiger bis starker körperlicher Aktivität verbrachten“, erklärt er. „Diese neuen Erkenntnisse deuten darüber hinaus darauf hin, dass Ärzte schon früh in der Behandlung von inoperablem Lungenkrebs das Ausmaß der körperlichen Aktivität des betroffenen

Patienten ermitteln sollten. Wir müssen auch bewerten, was getan werden kann, um Menschen mit inoperablem Lungenkrebs zu mehr Bewegung zu ermutigen, da 24 Prozent der Studienteilnehmer weniger als eine Minute pro Tag einer körperlichen Aktivität von mittlerer bis hoher Intensität nachgingen.“ Dabei sei ein individuell auf den jeweiligen Patienten abgestimmter Ansatz wichtig, betont Cavalheri. Nur wenn eine Strategie sowohl machbar als auch nachhaltig sei, erhöhe dies die Wahrscheinlichkeit, dass körperliche Aktivität zu einem integralen Bestandteil des Lebens betroffener Patienten werde.

Der Wissenschaftler ergänzt: „Wir brauchen einen unterstützenden Rahmen, der es Menschen, bei denen ein inoperabler Lungenkrebs neu diagnostiziert wurde, ermöglicht, entsprechend ihren individuellen Umständen und Zielen körperlich aktiv zu sein.“ Während Bettruhe früher häufig als die beste Option im Krankheitsfall angesehen worden sei, stütze die neue Studie zunehmende Evidenz dafür, dass aktive Bewegung auch bei schweren Krankheiten wie Krebs von Vorteil ist. „Der Zusammenhang zwischen mehr körperlicher Aktivität und verringerter Sterblichkeit bestätigt die Ergebnisse früherer Untersuchungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung und an Menschen, bei denen Darm-, Brust- oder Prostatakrebs oder eine Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung diagnostiziert wurde“, sagt Cavalheri. „Wenn sich dieser Zusammenhang bestätigt, sind randomisierte kontrollierte Studien an Menschen mit inoperablem Lungenkrebs gerechtfertigt, in denen Interventionen zur Verbesserung der körperlichen Aktivität untersucht werden.“

Cavalheri V et al. Association between Physical Activity and Reduced Mortality in Inoperable Lung Cancer. J Clin Med 2023;12(23):7346; doi: 10.3390/jcm12237346

Quelle: Curtin University, 07.12.2023

Aus dem Internet am 6.2.2024

<https://biermann-medizin.de/schon-geringes-mass-an-koerperlicher-aktivitaet-koennte-bei-inoperablem-lungenkrebs-wertvoll-sein/>



Bei Kräften bleiben: Die COPD beeinflusst den Stoffwechsel

20. Dezember 2023

Schlapp, ausgelaugt, nachlassende Kondition und dazu möglicherweise auch ein deutlicher Gewichtsverlust? All dies können Begleiterscheinungen einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) sein. Solch eine Systemerkrankung betrifft weit mehr als nur die Atmung – sie kann sich auf den ganzen Körper auswirken.

COPD beeinflusst den Stoffwechsel

Das Zusammenspiel aus Atmung, Herz-Kreislauf-Funktion und Ernährung bildet unter anderem die Basis für unseren Stoffwechsel und damit auch für einen funktionierenden Organismus.

Wenn es an einer Stelle Probleme gibt – beispielsweise bei Menschen mit COPD durch eine schlechte Atemfunktion und dadurch bedingte unzureichende Sauerstoffversorgung – gerät das System mitunter aus dem Lot. Mögliche Folgen: Verlust der körperlichen Leistungsfähigkeit, Gewichtsabnahme und Abbau von Muskelmasse.

Luft und Lebensmittel – Basis eines gesunden Stoffwechsels

Ohne Sauerstoff (aus der Atemluft) und Energie (aus der Nahrung) läge unser Stoffwechsel lahm. Sauerstoff sorgt überhaupt erst dafür, dass Nahrungsbestandteile wie Fett, Eiweiß und Kohlenhydrate in Energie umgewandelt werden können. Nur eine ausreichende und kontinuierliche Sauerstoffzufuhr gewährleistet, dass alle Stoffwechselvorgänge reibungslos ablaufen, also alle Organe, Muskeln und Gewebe gut funktionieren. Vor allem bei schweren Formen der COPD ist die Sauerstoffversorgung jedoch eingeschränkt.

Essen und Trinken – gesund und ausgewogen

Achten Sie darauf, genügend Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Am besten Sie trinken viel Wasser oder ungesüßten Tee. Auch mit Wasser gemischte Säfte eignen sich um den Feuchtigkeitshaushalt aufrecht zu erhalten. Frische Salate, Obst oder mageres Fleisch sollten auf Ihrem Speiseplan ganz oben stehen, da diese leicht verdaulich sind.

Mangelernährung und COPD – ein Problem bei dick und dünn

Zwischen 20 – 60 % der Menschen mit COPD leiden an einer Mangel- oder Fehlernährung. Betroffene haben einen erhöhten Energieaufwand für die Atmung, der durch die Nahrung gedeckt werden muss. Hinzu kommen Appetitmangel oder verringerte Lust am Kochen, zum Beispiel durch die krankheitsbedingte allgemeine Schwäche oder auch Begleiterkrankungen. Zudem verhindert die durch eine COPD hervorgerufene Atemnot manchmal den Gang zum Supermarkt, um sich mit gesunden frischen Lebensmitteln zu versorgen.



Bei sehr schlanken Menschen mit COPD überrascht es nicht, wenn sie mangelernährt sind. Aber auch wer äußerlich gut ernährt scheint, kann trotzdem einen Mangel an bestimmten Nährstoffen haben.

Zudem kann Übergewicht die Atemprobleme verstärken, da Herz und Kreislauf sowie die Lunge Mehrarbeit leisten müssen. Außerdem wird Übergewicht häufig von Folgeerkrankungen wie Diabetes, Herzerkrankungen und Bluthochdruck begleitet. Aus diesem Grund sind übergewichtige und untergewichtige COPD-Erkrankte gleichermaßen behandlungsbedürftig.

Zwei Formen der COPD – dasselbe Problem: Mangelernährung

Der „Pink Puffer“-Typ leidet unter starker Atemnot und ist durch die vermehrte und energiezehrende Atemanstrengung häufig kraftlos und sehr schlank bis deutlich untergewichtig. Diese COPD-Betroffenen, bei denen häufig auch ein Lungenemphysem vorliegt, leiden vor allem unter Kalorienmangel und benötigen eine spezielle Ernährungstherapie.

„Blue Bloater“-Typen hingegen neigen zu Übergewicht und zeigen trotz deutlichem Sauerstoffmangel mit bläulich verfärbter Lippen und Nagelbetten eine nicht so ausgeprägte Atemnot. Ihnen fehlen vor allem Eiweiß und Mikronährstoffe.

Muskelabbau beginnt schleichend

Bei den meisten Menschen mit COPD bilden sich bereits im Frühstadium der Erkrankung die Atemmuskulatur und die sogenannte fettfreie Muskelmasse des Körpers zurück. Gründe dafür können sein:

- Bewegungsmangel („Schonhaltung“)
- schlechte Nährstoffversorgung durch eingeschränkte Sauerstoffzufuhr
- erhöhter Energiebedarf (zum Beispiel durch Infekte)
- chronische Entzündungsvorgänge durch die COPD

Abwärtsspirale

Speziell mit der Schonung beginnt oft ein Teufelskreis, der Menschen mit COPD immer kraftloser werden lässt: Die krankheitsbedingte Atemnot führt zu einer Art Vermeidungsstrategie – die Betroffenen meiden körperliche Anstrengungen und Belastungen. Dadurch wiederum bildet sich die Muskulatur zurück, wodurch die Kondition sinkt. Dadurch kommt es bei Belastung zu noch mehr Atemnot, es entsteht eine Abwärtsspirale.

Den Teufelskreis durchbrechen

Mit einem an den Schweregrad der Erkrankung angepassten Trainingsprogramm/Bewegung können Sie der Abwärtsspirale entgegenwirken.

Quelle: COPD aktuell 12/2023, COPD-Newsletter der Pharma-Firma Boehringer-Ingelheim

Aus dem Internet am 06.02.2024

<https://patient.boehringer-ingelheim.com/de/copd-aktuell/mit-copd-leben/bei-kraften-bleiben-die-copd-beeinflusst-den-stoffwechsel?cid=em:nl:11733>

COPD – Was tun im Notfall?

20. Dezember 2023

Im Notfall stehen COPD-Patient:innen den Problemen keinesfalls hilflos gegenüber.

Der Notfall lässt sich organisieren und es ist sehr sinnvoll, bereits frühzeitig einige wichtige Vorbereitungen zu treffen. Dadurch verschaffen Sie sich die Sicherheit, im Ernstfall Routine zu haben.

Lesen Sie hier, was Sie bereits jetzt für den Notfall planen und vorbereiten können. Grundsätzlich sollten Sie den Notfallplan mit Ihrem:r Ärzt:in erstellen, die Notfall-Medikamente vorrätig haben und regelmäßig deren Verfallsdatum überprüfen.



Im Notfall gehen Sie strukturiert anhand einer festen Abfolge vor:

1. Ruhe bewahren

Es ist wichtig, im Notfall Ruhe zu bewahren. Atmen Sie tief ein und versuchen Sie, frische Luft zu bekommen.

2. Notfallmedikamente wie verordnet einnehmen

Um auf die Atemnot schnell reagieren zu können, halten Sie ein kurzwirksames bronchialerweiterndes Medikament und gegebenenfalls die Inhalierhilfe bereit und inhalieren Sie das Medikament entsprechend der ärztlichen Vorgaben.

3. Atmungserleichternde Körperhaltung

Nehmen Sie eine atementlastende bzw. -unterstützende Sitzposition ein, z. B. den sogenannten Kutschersitz oder die Torwartstellung. Lassen Sie sich die richtige Körperhaltung im Vorfeld von Ihrem:r Ärzt:in oder Physiotherapeut:in erklären und zeigen.

4. Atemtechniken

Im Rahmen einer Schulung können Sie vom Fachpersonal lernen, wie Ihnen Atemtechniken wie die Lippenbremse helfen können. So sind Sie darauf vorbereitet, diese Techniken im Notfall anzuwenden.

5. Hilfe verständigen

Wenn trotz dieser Maßnahmen keine Besserung eintritt, sollten Sie eine:n Ärzt:in aufsuchen oder notärztliche Hilfe anfordern.

Für den Fall, dass Sie Erste Hilfe benötigen, sollte der **Notfallplan** die folgenden Informationen enthalten und bereitgehalten werden:

- a) Name und Telefonnummer der:s Hausärzt:in
- b) Name und Anwendung des **Notfallmedikamentes**
- c) Informationen über Atemtechniken und erleichternde Körperhaltungen

Organisieren Sie einen **Hausnotruf**: Mit einem Sender, den Sie direkt am Körper tragen, können Sie dann per Knopfdruck den Rettungsdienst kontaktieren.

Bereiten Sie auch Ihre **Patientenverfügung** vor, in der therapeutische Richtlinien festgelegt werden. Diese Patientenverfügung ist für die Ärzt:innen bindend, falls man sich durch den Notfall nicht mehr selbst erklären kann. Bestimmen Sie mithilfe einer Vorsorgevollmacht eine Vertrauensperson, die Ihre gesundheitlichen Angelegenheiten in Ihrem Sinne regeln kann, wenn Sie dazu nicht mehr in der Lage sind.

6. Vorbereitung und Bereithaltung eines Notfallsets:

Stellen Sie sich ein **Notfallset** zusammen, das Sie gut sichtbar mit sich führen. Das Notfallset sollte Notfall-Medikamente, gegebenenfalls die Inhalierhilfe, den Notfallplan und die Patientenverfügung enthalten.

Diese Vorbereitungen werden wichtige Hilfen für den Ernstfall sein. Halten Sie den Notfallplan und das Notfallset immer bereit. Weihen Sie auch Ihre Angehörigen in den Notfallplan und das Notfallset ein. Dadurch vermeiden Sie die Hilflosigkeit bei Atemnot und erarbeiten sich und Ihren Angehörigen mehr Sicherheit für den Fall, dass Sie akut in Not sind.

Quelle: COPD aktuell 12/2023, COPD-Newsletter der Pharma-Firma Boehringer-Ingelheim

Aus dem Internet am 06.02.2024

<https://patient.boehringer-ingelheim.com/de/copd-aktuell/mit-copd-leben/copd-was-tun-im-notfall?cid=em:nl:11734>

Lungenhochdruck – Ursachen, Diagnose, Therapie

03. Januar 2024

Lungenhochdruck ist eine lebensbedrohliche Erkrankung, die durch eine Verengung der Lungenarterien entsteht. Er entwickelt sich oft als Folge von schweren Herz- oder Lungenkrankheiten – am häufigsten von COPD.

von **Team LEICHTER ATMEN**



Lungenhochdruck ist eine ernstzunehmende Erkrankung, die nicht selten als Folgeerkrankung von COPD entsteht. (Agenturfoto. Mit Modellen gestellt)

Was ist Lungenhochdruck?

Unter Bluthochdruck können sich die meisten etwas vorstellen – und nahezu jede:r kennt eine Person im nahen Umfeld, der oder die daran leidet. Doch was genau

ist Lungenhochdruck, welche Symptome verursacht er und inwiefern hängt er mit der COPD zusammen? Um diese Fragen zu beantworten, muss man sich einmal anschauen, wie Lungenhochdruck überhaupt entsteht.

Im menschlichen Blutkreislauf wird das Blut mit einem gewissen Druck durch die Arterien gepumpt. Ab einem Wert von über 140/90 mmHg – das steht für Millimeter Quecksilbersäule – spricht man von Bluthochdruck.

Im kleineren Blutkreislauf der Lunge, der das Blut vom Herzen in die Lungenarterien pumpt, liegt der Mitteldruck deutlich niedriger, nämlich bei nur 14 mmHg. Doch auch im Lungenkreislauf kann der Blutdruck in ungesundem Maße ansteigen. Ab einem Wert von über 25 mmHg spricht man von Lungenhochdruck oder von pulmonaler Hypertonie, wie man im Fachjargon sagt.

Aber wie hängen Herz und Lunge hier miteinander zusammen? Lungenhochdruck kann zu Umbauprozessen in der rechten Herzkammer führen, die sogar in einer Herzinsuffizienz münden können. Sprich: Das Herz kann seiner Aufgabe, den Körper mit lebenswichtigem Sauerstoff zu versorgen, nicht mehr nachkommen. Insgesamt verschlechtert diese Diagnose die Lebenserwartung in erheblichem Maß. Wird der Lungenhochdruck nicht behandelt, beträgt die Prognose nur noch wenige Jahre. Doch woher kommt dieser erhöhte Druck eigentlich?

Wie entsteht Lungenhochdruck?

Lungenhochdruck existiert einerseits als **eigenständiges Krankheitsbild mit ungeklärten Ursachen**. Häufiger ist jedoch eine pulmonale Hypertonie **als Folge von Herz- oder Lungenerkrankungen**. Die häufigste Ursache ist dabei die **Lungenkrankheit COPD**. Doch was geht hier genau vor sich?

Die COPD, die in bis zu 90 Prozent aller Fälle durch **Rauchen** verursacht wird, sorgt für Umbauprozesse innerhalb der Lunge. Genauer gesagt, **verengen sich die Blutgefäße** in der Lunge. Das hat wiederum einen **erhöhten Druck in den Arterien zur Folge**, die das sauerstoffreiche Blut im ganzen Körper verteilen. Wie man sich vorstellen kann, hat das Auswirkungen auf den gesamten Organismus.

Welche Symptome verursacht Lungenhochdruck?

Der **Blutkreislauf in unserer Lunge** ist **zuständig für die Sauerstoffaufnahme** in die Blutbahn. Ein erhöhter Lungenhochdruck stört und vermindert jedoch die Sauerstoffaufnahme ins Blut. Die klassischen Symptome dieses erhöhten Drucks sind **Brustschmerzen, Ödeme – also Wasseransammlungen – Müdigkeit und vermehrte Atemnot**, zunächst nur bei Belastung, später auch in Ruhe. Die Symptomatik kann sogar **bis zur Bewusstlosigkeit** führen und sich im Verlauf der Erkrankung ändern.

So viel zu den Symptomen, unter denen Betroffene des Lungenhochdrucks leiden. Doch wie wird diese Erkrankung eigentlich diagnostiziert?

Wie wird Lungenhochdruck diagnostiziert?

Diagnostiziert wird die pulmonale Hypertonie meist **erst im fortgeschrittenen Stadium**. Der Grund: Die **Symptome sind relativ unspezifisch** und können auch bei viel häufigeren Erkrankungen vorkommen.

Doch liegt der Verdacht auf Lungenhochdruck vor, wird häufig eine **Herzschalluntersuchung** – Echokardiographie genannt – gemacht. Sie erlaubt die Messung des Blutdrucks im Lungenkreislauf. Zudem kann man durch dieses Verfahren andere Erkrankungen wie eine Herzmuskelschwäche ausschließen. Sicherheit gibt aber erst eine **Rechtsherzkatheteruntersuchung**, die dann vorgenommen wird, wenn alle anderen Erkrankungen als Ursache der Beschwerden ausgeschlossen sind.

Mehr Informationen zu diesem Thema findet man auf der Website des Pulmonale Hypertonie e.V.

Eine aktuelle Studie zeigt allerdings, dass eine **frühzeitige Diagnose von Veränderungen der rechten Herzklappen entscheidend** ist. Das Forschungsteam analysierte Gewebeproben von Patient:innen mit Lungenhochdruck und von zwei defekten Rechtsherzkammern aus Tiermodellen. Durch ihre Analyse bestimmten die Forschenden, **welche Gene während der Umbauprozesse im Herzen aktiv** sind. Das Ergebnis: Die Untersuchung zeigte Unterschiede in der Genaktivität während der Umbauprozesse, die entweder günstig oder ungünstig für die Herzfunktion sein können. Außerdem zeigten sich **Unterschiede bei den Geschlechtern**, die man auf hormonelle Unterschiede zurückführte.

In Abhängigkeit dieser Genunterschiede wurden **fünf Proteine im Blut** identifiziert. Diese könnten als **Marker** für den Zustand der rechten Herzkammer dienen und, in Kombination mit anderen Diagnosemethoden, helfen, den **Krankheitsverlauf früher vorherzusagen**.

Wie therapiert man Lungenhochdruck?

Die Behandlung von Lungenhochdruck ist eine langfristig angelegte Therapie, die der ständigen Überwachung bedarf. **Regelmäßige Untersuchungen und Tests** – etwa alle drei bis vier Monate – sind deshalb unumgänglich, um die Erkrankung zu kontrollieren und die Maßnahmen zu optimieren. Die Patient:innen sollten dafür in jedem Fall an **erfahrenen Zentren der pulmonalen Hypertonie** betreut werden.

In diesem Jahr wurde möglicherweise ein **Meilenstein in der Lungenhochdruck-Therapie** erreicht. Denn zur Behandlung der Erkrankung waren bisher nur Medikamente zugelassen, die vor allem die Gefäße erweitern. Doch viele der Patient:innen leiden **trotz vielfacher Medikamentengabe unter schweren Symptomen**. Ein neuer Wirkstoff konnte in einer Studie mit mehr als 320 Betroffenen eine deutliche Verbesserung der Atmung und allgemeinen Leistungsfähigkeit erwirken, ebenso wie den Blutdruck in der Lunge zu senken. Zudem beeindruckend: Das Risiko, dass sich der Zustand der Patient:innen verschlechterte oder sie sogar starben, sank durch dieses Medikament um mehr als 80 Prozent. Eine Zulassung wurde Anfang 2023 beantragt, man darf also gespannt bleiben.

Lungenhochdruck ist eine ernstzunehmende Diagnose, die sich in den allermeisten Fällen negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirkt. Doch auf dem Gebiet der Forschung tut sich viel und jeder Fall verläuft individuell. So kann es schon bald möglich sein, dass mehr Patient:innen mit pulmonaler Hypertonie ein Leben mit Wohlbefinden und besserer Grundgesundheit führen können.

Quellen:

– Helmholtz Zentrum München, 2023: *Wie Lungenhochdruck und Herzfunktion zusammenhängen*. Abgerufen bei <https://www.lungeninformationsdienst.de/aktuelles/news/artikel/wie-lungenhochdruck-und-herzfunktion-zusammenhaengen> am 15.12.2023

– Medizinische Hochschule Hannover, 2023: *Meilenstein in der Lungenhochdruck-Therapie*. Abgerufen bei <https://www.mhh.de/presse-news/meilenstein-in-der-lungenhochdruck-therapie> am 15.12.2023

– Helmholtz Zentrum München, 2018: *Lungenhochdruck (pulmonale Hypertonie)*. Abgerufen bei <https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/lungenhochdruck> am 14.12.2023

– Foto: Moyo Studio / istock.com.com

Aus dem Internet am 6.2.2024

<https://www.leichter-atmen.de/lungenhochdruck>

Cochrane Review: Dreifachtherapie verbessert die Lebensqualität bei schwerer COPD

8. Januar 2024

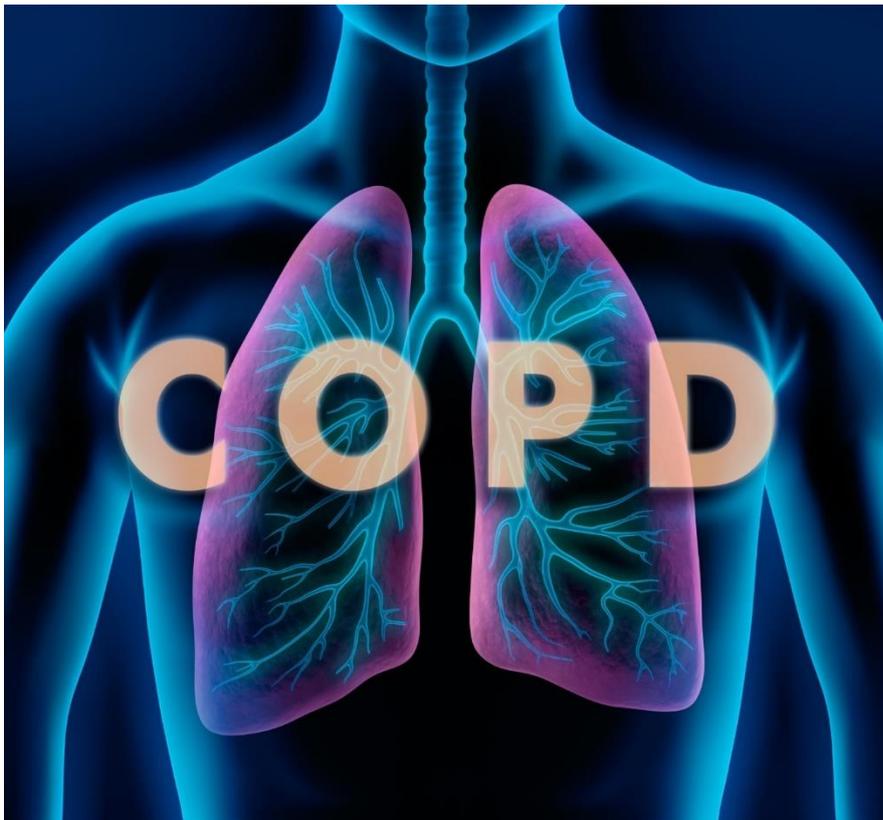


Foto: © peterschreiber.media/stock.adobe.com

Ein aktueller Review zur Behandlung einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) bestätigt, dass eine Dreifachkombination mit zwei bronchienerweiternden und einem entzündungshemmenden Wirkstoff gegenüber der verbreiteten Zweifachtherapie weitere Vorteile bringt.

Medikamente zum Inhalieren können bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) die Beschwerden lindern und Atemproblemen vorbeugen. Die dafür gebräuchlichen Inhalatoren können einen oder mehrere verschiedene Wirkstoffe enthalten.

In Frage kommen einerseits lang wirksame Bronchodilatoren zur Erweiterung der Atemwege wie langwirksame Beta-2-Agonisten (LABA) und langwirksame Muskarin-Antagonisten (LAMA). Eine weitere Stoffklasse sind inhalierbare Kortikosteroide (ICS) wie Fluticason, Beclometason oder Budesonid, die entzündungshemmend wirken.

Es hat sich gezeigt, dass sich die Therapietreue und die Ergebnisse für die Betroffenen verbessern, wenn man zwei atemwegserweiternde Mittel (LABA und LAMA) kombiniert anwendet. Kommt es dennoch häufig zu akuten Verschlechterungen, kann diese Kombination um ein Kortikosteroid zu einer Dreifachtherapie erweitert werden. Ob eine solche Dreifachkombination zusätzliche Vorteile und Risiken mit sich bringt, war Frage des aktuellen Cochrane Reviews.

Die Autoren fanden vier Studien mit insgesamt mehr als 15.000 COPD-Patienten, in denen die LABA/LAMA/ICS-Dreifachtherapien mit LABA/LAMA-Zweifachtherapien verglichen wurden. Die meisten Studienteilnehmenden waren Mitte sechzig, litten unter schweren oder sehr schweren COPD-Symptomen und hatten in letzter Zeit mindestens einen COPD-Schub erlitten. An den Studien nahmen mehr Männer als Frauen teil.

Evidenz von hoher Vertrauenswürdigkeit zeigt, dass sich die Lebensqualität der Betroffenen mit der Dreifachtherapie im Vergleich zur LABA/LAMA-Zweifachtherapie verbessert. Die mit der Dreifachtherapie behandelten Personen haben jedoch wahrscheinlich ein höheres Risiko für eine Lungenentzündung (moderate Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE).

Die Dreifachtherapie könnte sich im Vergleich zu den Zweifach-Inhalationen auch positiv auf die Häufigkeit von COPD-Schüben auswirken. Dies ist jedoch unsicher, da sich hier die Ergebnisse der einzelnen Studien deutlich unterscheiden.

Eine mögliche Erklärung: Möglicherweise senkt die Dreifachkombination die Zahl akuter Schübe in besonderem Maße bei Patienten mit einer großen Menge bestimmter weißer Blutkörperchen (Eosinophile) im Blut.

van Geffen W et al. Inhaled corticosteroids with combination inhaled long-acting beta2-agonists and long-acting muscarinic antagonists for chronic obstructive pulmonary disease.

doi.org/10.1002/14651858.CD011600.pub3

Quelle: Cochrane Deutschland, 4.1.2024

Aus dem Internet am 6.2.2024

<https://biermann-medizin.de/cochrane-review-dreifachtherapie-verbessert-die-lebensqualitaet-bei-schwerer-copd/>

Die Lippenbremse – in Ruhe und unter Belastung

10. Januar 2024

Die dosierte Lippenbremse hilft bei der Entspannung der Atemmuskulatur und ist die wichtigste Selbsthilfetechnik für Atemwegspatienten. Wann sollte die dosierte Lippenbremse angewendet werden?

von **Michaela Frisch**



Die dosierte Lippenbremse ist die wichtigste Selbsthilfetechnik für Atemwegspatienten. Anfangs – und damit meine ich wirklich als allererste Maßnahme in der Rehabilitation oder in der Lungensportgruppe – therapeutisch angeleitet, sollte sie mit der Zeit automatisch bzw. automatisiert eingesetzt und angewendet werden. Die Lippenbremse sollte sich zum „Selbstläufer“ im Rahmen der Selbstmanagementkompetenz für die eigene Erkrankung entwickeln.

Wann sollte die dosierte Lippenbremse angewendet werden?

Durch die locker aufeinander gelegten Lippen, die damit verbundene „gebremste“ und in deren Folge verlängerte entspannte Ausatmung, führt zur Stabilisierung und Weithaltung der Atemwege. Die dosierte Lippenbremse ist einzusetzen, wenn

- eine Anstrengung bzw. Belastung begonnen wird, z.B. Treppensteigen, dauerhafte Belastungen bei einem („schnelleren“) Spaziergang, d.h. bei allem, was als Belastung empfunden wird – dies kann auch das morgendliche Ritual Aufstehen, Anziehen, Körperhygiene usw. sein. Natürlich unterstützt die dosierte Lippenbremse auch jegliche Form von körperlicher Aktivität und Training – angepasst an die jeweilige und individuelle Trainingssituation.

- Luftnot bis hin zu Atemnot spürbar ist. Gründe hierfür können sowohl physische wie auch psychische Überlastungssituationen darstellen. Also Stress, Angst, Sorge vor Kontrollverlust (Husten und Thema Blasenkontrolle ...). Die Stabilisierung bei der Ausatmung verhilft in Ausnahmesituationen zu mehr Luft, einer generellen Beruhigung durch eine Reduktion der Angst und weniger Panik.

Wie funktioniert die Lippenbremse?

Die Lippen liegen bei der Ausatmung locker mit einem leichten Spalt aufeinander. Entsteht dadurch bei der Ausatmung ein leichter Widerstand, werden die Bronchien weit gehalten und stabilisiert. Eine effektivere und längere Ausatmung hilft, die „alte“/verbrauchte Luft abzuatmen. Allerdings gilt es zu vermeiden, die Luft mit Druck herauszupressen bzw. die Wangen aufzublasen. Ziel der dosierten Lippenbremse ist ein entspanntes Ausströmenlassen der Luft über die Lippen.

Der richtige Einsatz der Lippenbremse kann dazu beitragen, dass:

- die Ausdauerleistung sich um 16–25 % verbessert,
- die dynamische Überblähung reduziert und
- die Bewältigung von Alltagsaktivitäten erleichtert werden,
- v.a. bei fortgeschrittener Erkrankung diese Effekte nachgewiesen effektiv wurden.

Überzeugende Gründe, warum die dosierte Lippenbremse bei Atemwegspatienten als die wichtigste und effektivste Selbsthilfetechnik bezeichnet wird, aber auch einem Gesunden nicht schadet.

Quellen: Patientenzeitschrift COPD in Deutschland (Patienten-Bibliothek), Ausgabe 4 | 2023

Aus dem Internet am 6.2.2024

<https://www.leichter-atmen.de/lippenbremse-in-ruhe-und-unter-belastung>



Obstruktive Schlafapnoe – Schläfrigkeit erkennen

22. Januar 2024



Fenster herunterkurbeln, Koffein, laute Musik und Singen – nutzen Autofahrer mehr als drei dieser Strategien, um wach zu bleiben, könnte das auf übermäßige Schläfrigkeit aufgrund obstruktiver Schlafapnoe (OSA) hinweisen.

Foto: kleberpicui/stock.adobe.com

Schätzungen zufolge leidet eine von fünf Personen unter OSA, allerdings erkennen viele das Problem nicht und die Erkrankung bleibt unbehandelt. Die Folge können Einschlafneigung hinterm Steuer und ein höheres Risiko für Verkehrsunfälle sein. Einer aktuellen Studie zufolge könnte die Frage nach der Nutzung bestimmter Strategien, um beim Autofahren wach zu bleiben (z.B. Fenster öffnen, Koffein, laute Musik etc.) dabei helfen OSA-Patienten mit einem erhöhten Risiko für einen Verkehrsunfall zu identifizieren.

Studienautor Dr. Akshay Dwarakanath vom St James's University Hospital in Leeds (Großbritannien) betont die Bedeutung der Studie: „Bis zu einem Fünftel der Zusammenstöße im Straßenverkehr können auf Müdigkeit oder Schläfrigkeit zurückzuführen sein. Viele OSA-Patienten nehmen aus privaten oder beruflichen Gründen am Straßenverkehr teil, und es gibt gute Hinweise darauf, dass bei einigen Patienten ein erhöhtes Risiko für Zusammenstöße im Straßenverkehr besteht.“

An der Studie nahmen 119 Personen mit OSA teil, die noch nicht behandelt wurden. Als Vergleichsgruppe dienten 105 Personen ohne OSA. Alle Teilnehmer beantworteten Fragen zu ihrer Schläfrigkeit im Allgemeinen, zu ihrer Schläfrigkeit während des Fahrens, zu Strategien, die sie nutzen, um hinter dem Steuer wach zu bleiben und zu Vorfällen im Straßenverkehr, z. B. Kollisionen.

Die Forscher fanden heraus, dass Menschen mit OSA im Vergleich zu Gesunden häufiger Strategien anwenden, um beim Autofahren wach zu bleiben. Fast ein Drittel der Personen mit OSA gab an, häufig mehr als drei Bewältigungsstrategien anzuwenden. Keiner der Menschen ohne OSA nutzte mehr als drei Bewältigungsstrategien. Außerdem ergab die Studie, dass Personen mit OSA, die mehr als drei Strategien anwendeten, sich im Allgemeinen und beim Autofahren schläfriger fühlten und mit höherer Wahrscheinlichkeit bereits in einen Unfall verwickelt waren (22,8% vs. 2,4% bei OSA-Patienten, die weniger Bewältigungsstrategien nutzten).

Die von OSA-Betroffenen meistgenannten Strategien waren das Öffnen des Fensters, Tee oder Kaffee trinken und die laute Musik. Als weitere Bewältigungsmechanismen wurden Singen, Selbstgespräche, Verändern der Sitzposition, Kaugummi kauen, Anhalten für einen Spaziergang oder Übungen, Anhalten für ein Nickerchen oder um das Gesicht mit kaltem Wasser zu waschen genannt.

Dwarakanath erklärte: „Ärzte werden häufig gebeten, Empfehlungen zur Fahrtauglichkeit ihrer Patienten abzugeben. Dies kann eine Herausforderung sein, da es erhebliche Auswirkungen auf den Lebensunterhalt des Patienten haben kann, insbesondere wenn es sich um einen Berufskraftfahrer handelt. Ärzte haben jedoch die Pflicht, Patienten, bei denen ein hohes Unfallrisiko besteht, vom Fahren abzuraten. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass OSA-Patienten, die nicht therapiert werden, oft Bewältigungsstrategien nutzen, die stellvertretende Marker für Schläfrigkeit sein könnten. Nach diesen Strategien zu fragen, könnte Ärzten dabei helfen Patienten mit erhöhtem Unfallrisiko zu identifizieren und diese entsprechende zu beraten.“

Dwarakanath A et al. An exploratory study evaluating the use of coping strategies whilst driving in Obstructive Sleep Apnoea Syndrome patients and controls. ERJ Open Research 2024.

Quelle: European Respiratory society, 17.01.2024

Aus dem Internet am 6.2.2024

<https://biermann-medizin.de/obstruktive-schlafapnoe-schlaefrigkeit-erkennen/>



Parodontitis und COPD: Möglicher Mechanismus zwischen Zahnfleischerkrankung und Progression der Lungenerkrankung aufgedeckt

31. Januar 2024



Porphyromonas gingivalis (Abbildung: © Fukafuka Futon/stock.adobe.com)

Wissenschaftler haben in einer neuen Untersuchung Zellen des Immunsystems identifiziert, die eine entscheidende Rolle beim mikrobiellen Zusammenhang zwischen der Chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) und einer Parodontitis spielen.

Wie die Forschenden von Sichuan-Universität in China berichten, fördern mit einer Parodontitis assoziierte Bakterien eine COPD durch die Aktivierung von zwei Zelltypen: $\gamma\delta$ -T-Zellen und M2-Makrophagen. Eine Konzentration auf diesen Mechanismus könnte neue, praktische Strategien für die COPD-Prävention oder -Kontrolle bieten, erklärt die Arbeitsgruppe vom West China Hospital of Stomatology der Sichuan-Universität.

„Durch die Verbesserung der parodontalen Therapie und die gezielte Hemmung von $\gamma\delta$ -T-Zellen und M2-Makrophagen können wir möglicherweise dazu beitragen, das Voranschreiten einer COPD einzudämmen“, erklärt Mikrobiologe Boyu Tang, der die Studie gemeinsam mit dem Mikrobiologen Yan Li leitete.

Frühere Studien, darunter einige von Li und Tang, haben gezeigt, dass dem im Mundraum vorkommenden Bakterium *Porphyromonas gingivalis* eine wichtige Rolle bei der Parodontitis zukommt. Für ihre aktuelle Studie setzten Li, Tang und Kollegen Mausmodelle ein, um zu zeigen, wie diese Bakterien die Progression einer COPD verstärken können. In einem Experiment zeigten sie, dass es bei Mäusen, die sowohl an Parodontitis als auch an COPD litten, zu einer stärkeren COPD-Progression kam als bei Tieren, die ausschließlich an einer COPD erkrankt waren.

In einem anderen Experiment fanden die Wissenschaftler heraus, dass die Bakterien bei Mäusen mit einer oralen *P. gingivalis*-Infektion in das Lungengewebe wanderten und dieses infizierten, was zu einer signifikanten, feststellbaren Veränderung der Lungenmikrobiota führte. Weitere Beobachtungen mittels Durchflusszytometrie und Immunfluoreszenz ergaben, dass die Parodontitis die Ausbreitung der Immunzellen im Lungengewebe förderte. In Experimenten mit Lungengewebe von Mäusen brachte die Gruppe schließlich den Zusammenhang auf den Punkt, indem sie zeigte, dass *P. gingivalis* die Immunzellen aktivieren und so deren Fähigkeit zur Produktion von Zytokinen fördern kann, die mit einer Verschlechterung der COPD einhergehen.

Die Forschenden beobachteten, dass die Abnahme der Lungenfunktion und die Zunahme der Immunzellen geringer ausfielen als erwartet, stuften dies aber als mögliches Artefakt des Versuchsaufbaus ein. Das Team erstellte COPD-Tiermodelle unter Verwendung von Zigarettenrauch. „Wenn die Zigarettenrauchexposition über einen größeren Zeitraum verlängert werden könnte, wären diese Veränderungen möglicherweise ausgeprägter“, erklärte Li. In zukünftigen Studien plant die Gruppe nach Angaben Lis zu untersuchen, wie sich eine erhöhte Exposition gegenüber Tabakrauch auf die Immunantwort auswirken könnte.

„Wir werden weitere Studien an Menschen durchführen, um den Mechanismus zu bestätigen“, kündigt Li an. Die Wissenschaftler planen, Patienten mit beiden Erkrankungen zu rekrutieren und ihnen eine Parodontitisbehandlung anzubieten. Anschließend wollen sie die Lungenfunktion und die Anzahl der Immunzellen vorher und nachher miteinander vergleichen. „Unsere Erkenntnisse könnten zu einer möglichen neuen Strategie zur Behandlung von COPD führen“, sind die Forschenden überzeugt.

Xiong K et al. Periodontitis aggravates COPD through the activation of $\gamma\delta$ T cell and M2 macrophage. mSystems 12.01.2024; doi: 10.1128/msystems.00572-23

Quelle: American Society for Microbiology, 12.01.2024

Aus dem Internet am 6.2.2024

<https://biermann-medizin.de/parodontitis-und-copd-moeglicher-mechanismus-zwischen-zahnfleischerkrankung-und-progression-der-lungenerkrankung-aufgedeckt/>



Neuer therapeutischer Ansatz zur Behandlung von Sarkoidose

25. Januar 2024



Foto: © Coloures-Pic - stock.adobe.com

Ein Forschungsteam unter der Leitung von Georg Stary (Medizinische Universität Wien und CeMM) hat einen neuen Ansatz zur Behandlung der Sarkoidose identifiziert. Die Hemmung eines bestimmten Signalwegs zeigte in einer klinischen Studie deutliche Erfolge bei der Behandlung von Granulomen in der Haut. Das eröffnet neue therapeutische Wege für Sarkoidose und ähnliche entzündliche Erkrankungen.

In ihrer Studie richteten die Forschenden der MedUni Wien sowie des CeMM (Forschungszentrum für Molekulare Medizin der Österreichischen Akademie der Wissenschaften) ihre Aufmerksamkeit auf mögliche neue Therapieansätze der Sarkoidose. Sie wählten den mTOR-Signalweg (mechanistic target of rapamycin), der dafür bekannt ist, den Stoffwechsel und das Wachstum in vielen Zelltypen zu regulieren, da eine mTOR-Aktivierung in Granulomen von Patienten aus verschiedenen Geweben beobachtet wurde.

16 Patienten mit Granulomen der Haut und anderen Organen wurden in eine klinische Studie an der Universitätsklinik für Dermatologie eingeschlossen. Dabei setzten die Forschenden den mTOR-Inhibitor Sirolimus ein, der 1999 erstmals zur Verhinderung von Organabstoßungen nach Nierentransplantationen zugelassen wurde. Er hatte sich in präklinischen Modellen der Sarkoidose bereits als vielversprechend erwiesen.

Teilweise vollständige Remission der Symptome

Sirolimus wurde zunächst topisch (als Creme) und dann systemisch (als orale Lösung) verabreicht und dessen Wirkung auf die Hautgranulome beobachtet. Die topische Behandlung erwies sich als erfolglos, vielleicht weil die Granulome nur schwer von der Oberfläche aus zu durchdringen sind. Im Gegensatz dazu war die systemische Behandlung bei 7 von 10 Patienten, welche die Studie komplett beendeten, erfolgreich, und bei einigen kam es nach einer viermonatigen Behandlung sogar zu einer vollständigen Rückbildung und bis zu zwei Jahre später zu keinem Wiederauftreten.

Interessanterweise wiesen die Patienten, die auf die systemische Behandlung ansprachen, eine höhere mTOR-Expression in ihren Granulom-Fibroblasten auf als jene Patienten, bei denen dies nicht der Fall war. „Wir vermuten, dass die mTOR-Hemmung im Gegensatz zu breit angelegten Immunsuppressiva sowohl auf Immun- als auch auf Nicht-Immunzellen in

Granulomen abzielt und damit eine erneute Ausbildung von Granulomen unterbinden kann“, schließt Studienleiter Stary.

Multizentrische Studie soll Ergebnisse bestätigen

Die klinische Studie deutet auch auf eine Wirkung der systemischen Behandlung auf Granulome in anderen lebensnotwendigen Organen hin, obwohl es aufgrund der geringen Patientenzahl schwierig ist, konkrete Schlussfolgerungen zu ziehen. Die Forschenden planen nun eine multizentrische klinische Studie mit mehr Patienten, um die Hautergebnisse zu bestätigen und die Wirksamkeit des Medikaments vor allem bei Lungenbeteiligung, die bei 90 Prozent der Sarkoidose-Betroffenen vorhanden ist, weiter zu testen.

„Angesichts der Seltenheit der Sarkoidose und der Tatsache, dass mTOR-Inhibitoren wie Sirolimus nicht mehr patentiert sind, ist das Forschungsinteresse der Industrie begrenzt. Dies zeigt, wie wichtig von Forschern initiierte Studien und akademische Forschung sind“, betont Stary und hebt den akademischen Charakter der Studie, die durch den Wiener Wissenschafts-, Forschungs- und Technologiefonds gefördert wurde, hervor.

In künftigen Arbeiten wollen die Forschenden die Bedeutung von mTOR, aber auch anderen Signalwegen bei weiteren nicht infektiösen granulomatösen Hauterkrankungen wie der Necrobiosis lipoidica, die häufig mit Diabetes einhergeht, untersuchen. Stary hofft, dass ihre Forschungen weitere gezielte Therapien für diese vernachlässigten Krankheiten hervorbringen werden.

Anna Redl A et al. Efficacy of mTOR inhibition in cutaneous sarcoidosis in a longitudinal pilot study. Lancet Rheumatology 2024;6:e81-e91.

Quelle: Medizinische Universität Wien, 23.01.2024

Aus dem Internet am 6.2.2024

<https://biermann-medizin.de/neuer-therapeutischer-ansatz-zur-behandlung-von-sarkoidose/>

