

# Gesundheitsgespräch

## Ich krieg' keine Luft! – Hilfe bei Asthma

**Sendedatum: 25.03.2020**

**Experte:**

**Prof. Dr. Heinrich Worth**, stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Atemwegsliga

**Prof. Dr. Erika von Mutius**, Dr. von Haunersches Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München

Autoren: Patricia Stuchlik, Johannes von Creytz

Asthma ist das griechische Wort für Atemnot. In der Medizin nennt man eine chronische entzündliche Erkrankung der Atemwege ‚Asthma bronchiale‘, der Laie spricht meist nur von ‚Asthma‘. Fünf Prozent der Erwachsenen und zehn Prozent der Kinder leiden darunter.

Gerade Patienten mit allergischem Asthma haben häufig nur saisonal (etwa im Frühjahr) Anfälle, den Rest des Jahres leben sie ohne Beschwerden. Andere wieder leiden dauernd an der Krankheit. "Wie dem auch sei: Asthmatiker werden nahezu genau so alt wie Gesunde. Und wer richtig behandelt wird, der kann gut mit dieser Krankheit leben", urteilt Prof. Dr. Heinrich Worth, stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Atemwegsliga.

*Der Text beruht auf Interviews mit Prof. Dr. Heinrich Worth, stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Atemwegsliga, und Prof. Dr. Erika von Mutius, Dr. von Haunersches Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München.*

Das Atmen fällt plötzlich schwer, die Luft wird knapp, Husten schüttelt den Körper - so fühlt sich ein Asthmaanfall an. "Unter Asthma bronchiale, kurz Asthma, versteht man eine chronische, also dauerhaft bestehende Entzündung der Atemwege, die zu anfallsartiger Atemnot, zu unterschiedlich stark ausgeprägter Einengung der Atemwege und zu einer Überempfindlichkeit der Bronchien führt," definiert der Lungenfachmann Prof. Heinrich Worth. Man unterscheidet eine allergische Form, bei der der Patient beispielsweise auf Gräser, Pollen, Tierhaare oder Hausstaubmilben reagiert und eine nicht-allergische Form, deren Ursachen bis heute nicht genau bekannt sind. In sehr vielen Fällen spielen aber Virusinfekte eine große Rolle.

Die Schleimhaut der Bronchien von Asthmakranken neigt dazu anzuschwellen. Dadurch verengt sich der Kanal, durch den die Luft in die Lunge hinein- und hinausgeht. Das führt zu den asthmatypischen Beschwerden wie pfeifenden Atemgeräuschen, Luftnot und quälenden Husten.

### **Asthma oder chronische Bronchitis?**

Asthma und chronische Bronchitis haben häufig ähnliche Symptome. Deshalb verwechseln oft Laien und manchmal sogar Hausärzte die beiden Krankheiten miteinander. Es gibt aber deutliche Unterschiede:

#### **Merkmale der chronischen Bronchitis:**

- nur im Erwachsenenalter
- Krankheitsbeginn meist ab dem 50. Lebensjahr
- beginnt mit Husten und Auswurf
- Ursache meist Zigarettenrauch
- kein Zusammenhang mit Allergien erkennbar

#### **Merkmale von Asthma bronchiale:**

- entsteht oft schon beim Kind oder Jugendlichen
- steht oft in Zusammenhang mit Allergien
- typische Symptome: anfallsartig auftretende Atemnot, pfeifendes Atemgeräusch, Ausatmung ist stärker behindert als Einatmung, Beschwerden bei körperlicher Anstrengung
- Phasen, in denen keine oder nur geringe Beschwerden auftreten

### **Woher kommt Asthma? Ursachen und Diagnose von Asthma**

Früher galten Abgase von Verkehr und Industrie als Hauptursachen. Einige epidemiologische Studien aus den 90iger Jahren haben aber gezeigt, dass diese Vorstellung zu einfach ist. Nach dem Fall der Mauer untersuchten Wissenschaftler Kinder und Erwachsene aus der ehemaligen DDR und dachten, sie würden auf eine wesentlich höhere Anzahl von Asthmaerkrankungen stoßen, als in der alten Bundesrepublik. Das Ergebnis

Dieses Manuskript wird ohne Endkorrektur versandt und darf nur zum privaten Gebrauch verwendet werden.  
Jede andere Verwendung oder Veröffentlichung ist nur in Absprache mit dem Bayerischen Rundfunk möglich!

© Bayerischer Rundfunk 2020

Bayern 2-Hörerservice

Bayerischer Rundfunk, 80300 München; Service-Nr.: 0800 / 5900 222 Fax: 089/5900-46258

[service@bayern2.de](mailto:service@bayern2.de); [www.bayern2.de](http://www.bayern2.de)

zeigte aber das genaue Gegenteil. Trotz der wesentlich schlechteren Luft in den neuen Bundesländern gab es dort deutlich weniger Asthmafälle. Eine Folgestudie zeigte sogar, dass mit der Reduzierung der Abgase nach der Wiedervereinigung die Erkrankungsrate an Asthma anstieg.

Das bedeutet nicht, dass Abgase generell vor Asthma schützen. Die in der ehemaligen DDR bestehende Luftverschmutzung war ganz anderer Natur als die heutigen Luftprobleme in unseren Großstädten. Es zeigt aber auch dass die Ursachen, Asthma zu entwickeln, vielfältiger sind.

*"Sicher ist: Sowohl beim allergischen als auch beim nicht-allergischen Asthma wirken Gene und Umwelt zusammen. Es gibt also nicht die eine Ursache, denn bei der Entstehung von Asthma spielen viele Faktoren eine Rolle." Prof. Erika von Mutius*

### **Rolle der Umweltgifte und Allergene**

Die Zahl der allergischen Reaktionen - insbesondere bei Schulkindern - nimmt in vielen europäischen Ländern zu.

*"Mit der Zunahme der Allergien treten auch Heuschnupfen und Asthma häufiger auf. Ein Problem sind wahrscheinlich auch die starken Innenraumbelastungen. Wir haben gegenüber früheren Jahren dichter abgeschlossene Wohnungen; dadurch hat die Belastung mit Allergenen und Innenraumschadstoffen zugenommen. Wir nehmen an, dass dadurch auch das Asthma deutlich häufiger wird." Prof. Worth*

### **Diagnose von Asthma bronchiale**

Meist kommen Patientinnen und Patienten zum Arzt, weil sie unter Atemnot leiden.

Die typische Atemnot tritt anfallsartig auf, auch nachts oder in den frühen Morgenstunden, während der Ruhephasen und nicht nur bei Anstrengung. Manche haben auch Husten, teilweise mit Auswurf. Wieder andere suchen ihren Arzt auf, weil sie schon über zwei Monate unter chronischem Husten leiden. Der Arzt wird zunächst einmal den Patienten genau befragen, anschließend bestimmte Untersuchungen und Tests (wie die Überempfindlichkeitsprüfung) durchführen und dann über die geeigneten Schritte der Therapie entscheiden.

### **Tests zur Diagnose**

- Lungenfunktionslabor: Ermittlung von Atemvolumen und Atemwegswiderständen mittels Untersuchungen in einer Glaskabine; zunächst zur Diagnose, später zur Verlaufskontrolle mindestens einmal pro Halbjahr üblich

- Peak-Flow-Meter: einfaches Gerät, mit dem die maximale Stärke des Atemstroms bei der Ausatmung gemessen wird
- Überempfindlichkeitsprüfung der Atemwege mit chemischen Mitteln oder Belastungstests mit kalter Luft oder nach Laufbelastung
- Allergietestungen: im Blut und / oder auf der Haut, um herauszufinden, ob es sich um ein allergisches Asthma handelt
- Asthma-Kontroll-Test: Fragebogen mit fünf Fragen zur Güte der Asthmakontrolle, die für die Steuerung der Therapie wesentlich ist

### **Therapiemöglichkeiten – Was hilft bei Asthma?**

"Bei der Mehrzahl der Asthmatiker muss man medikamentös behandeln", erklärt der Vorsitzende der Deutschen Atemwegsliga Prof. Worth. "Meistens funktioniert das so, dass der Betroffene bestimmte Stoffe inhaliert - entweder als Spray oder als Pulver. Das wichtigste Arzneimittel ist dabei das inhalierbare Kortison als entzündungshemmendes Medikament."

Bei akuten Anfällen gibt man zudem bronchienerweiternde Substanzen, um die Atemwege zu weiten. Die wichtigste Medikamentengruppe sind hier die Beta-2-Sympathomimetika. Reichen diese nicht aus, können zusätzlich Anticholinergika eingesetzt werden.

### **Übersicht über zwei der Asthma-Medikamente**

#### **A) Entzündungshemmer**

- zur Dauermedikation (ein- bis zweimal pro Tag)
- meist inhalierbares Kortison
- unter Umständen lokale Nebenwirkungen auf die Mundschleimhaut (Pilzbefall möglich, aber selten); bei allen Sprays vermeidbar durch Vorsatzkammer.

**Tipp:** Wichtig ist eine Spülung des Mund- und Rachenraums nach der Inhalation.

#### **B) Bronchienerweiternde Substanzen**

- beim akuten Anfall, bei akuter Atemnot, auch vorbeugend vor Sport
- meist Beta-2-Sympathomimetika
- wirken innerhalb weniger Minuten
- Wirkungsdauer: sechs Stunden (kurzwirksame) oder zwölf Stunden (langwirksame)
- Bestehen Asthma-Beschwerden trotz Behandlung mit inhalativen Corticosteroiden und Beta-2-Sympathomimetika fort und ist die Inhaliertechnik des Betroffenen korrekt, so ist von einem schweren Asthma auszugehen.

Dieses Manuskript wird ohne Endkorrektur versandt und darf nur zum privaten Gebrauch verwendet werden. Jede andere Verwendung oder Veröffentlichung ist nur in Absprache mit dem Bayerischen Rundfunk möglich!

© Bayerischer Rundfunk 2020

Bayern 2-Hörerservice

Bayerischer Rundfunk, 80300 München; Service-Nr.: 0800 / 5900 222 Fax: 089/5900-46258

[service@bayern2.de](mailto:service@bayern2.de); [www.bayern2.de](http://www.bayern2.de)

- Die Therapie des schweren Asthma erfordert eine weitere Charakterisierung von speziellen Untergruppen des Asthma, die man Phänotypen nennt. In Abhängigkeit vom vorliegenden Phänotyp können Biologika (Antikörper gegen bestimmte Botenstoffe der asthmatischen Entzündung, z.B. Anti-IgE-A-, Anti IL-5-Antikörper) noch vor dem Einsatz von Cortison-Tabletten in der Dauerbehandlung sinnvoll sein. Dies durch einen Lungenfacharzt zu prüfen.

### **Selbstkontrolle mit dem Peak-Flow-Meter**

Das Peak-Flow-Meter, ein kleines Gerät, das die maximale Stärke des Atemstroms bei der Ausatmung misst, kann dem Asthmakranken im täglichen Leben als Monitor dienen: Sinken die Peak-Flow-Werte, so ist das ein Warnzeichen, dass eine Verschlechterung des Asthma bevorsteht, und der Betroffene kann notwendige Gegenmaßnahmen ergreifen. Etwa mit einem Mittel, das die Bronchien erweitert oder die Entzündung bekämpft.

### **Wichtig: Patientenschulung**

Manche Asthmatiker leiden noch immer völlig unnötig, weil sie nicht optimal behandelt werden. Wichtig sei, so Heinrich Worth, dass der Asthmatiker aktiv an der Bewältigung seiner Krankheit mitwirkt: "In einer Patientenschulung zum Beispiel lernt der Patient Verschlechterungen zu erkennen und die Peak-Flow-Messung zur Steuerung der Inhalation der Medikamente einzusetzen. Beim gut eingestellten Asthmatiker beeinflusst so die Krankheit das tägliche Leben nur wenig."

Schulungen werden für Kinder ab dem Alter von ca. 5 Jahren angeboten.

### **Tipp: Angehörige schulen**

Auch die Lebenspartner sowie bei asthmatischen Kindern die Eltern sollten sich im Umgang mit Asthma schulen, um in einer akuten Situation helfen zu können, und um dem Asthma mit vorzubeugen.

Dabei geht es neben der Wissensvermittlung hauptsächlich auch um ein besseres Körpergefühl und um Verhaltensänderungen. Leidiges Thema sind immer wieder rauchende Personen aus dem näheren Umfeld von Patienten. So wissen die wenigsten, dass ein Raucher auch noch bis zu 20 Minuten nach einer Zigarette Nikotin abatmet und somit Asthmasymptome bei seinen Mitmenschen auslösen kann. Untersuchungen geschulter Familien zeigen, dass die Patienten deutlich weniger Krankenhausaufenthalte und deutlich weniger Notarztbesuche benötigen als Asthmakranke aus ungeschulten Familien.

### **Weitere Therapieansätze**

- Allergene vermeiden (Haustiere entfernen, ordentlich lüften, keine Holzschutzmittel)
- regelmäßiges körperliches Training
- Bei Kindern: körperliche Anstrengung nicht vermeiden
- Raucherentwöhnung (sehr wichtig, gerade auch bei Eltern von asthmatischen Kindern)
- gesunde Ernährung
- Umweltbelastungen wie Rauchen, Nähe zu stark befahrenen Straßen, Feuchtigkeitsschäden in der Wohnung vermeiden

### **Körperliches Training**

*"Studien haben eindeutig gezeigt, dass Sport sich positiv auf die Krankheit auswirkt. Dennoch ist bei vielen Betroffenen die Angst groß, durch körperliche Anstrengung einen Anfall zu provozieren. Da ist es besonders wichtig, sich vorher gut aufzuwärmen. Außerdem sollten Asthmatiker vor dem Training oder Wettkampf mit dem Peak-Flow-Meter ihre Lungenwerte messen und im Bedarfsfall selbst mit dem entsprechenden Medikament vorbeugen." Prof. Worth*

### **Tipps: Was vor dem Sport unbedingt beachtet werden sollte:**

Es ist besonders wichtig, sich vorher gut aufzuwärmen.

Wer unsicher ist, kann mit dem Peak-Flow-Meter seine Lungenwerte messen und im Bedarfsfall selbst mit dem entsprechenden Medikament vorbeugen.

### **Was tun bei einem Asthmaanfall?**

Ein schwerer Asthmaanfall kann lebensbedrohlich werden. Manche Anfälle dauern Stunden bis ganze Tage. Beim Sport kann es für Sekunden oder Minuten zu Asthmareaktionen kommen.

"Der Patient sollte bereits frühzeitig reagieren, also wenn die Beschwerden zunehmen oder die Peak-Flow-Werte abnehmen, indem er beispielsweise atemwegserweiternde Medikamente einsetzt." Prof. Worth

In der Regel können sich gut geschulte Patienten mit dem Notfallspray, das sie immer bei sich tragen sollten, selbst helfen. Häufen sich Anfälle, sollte man den Arzt die Dosis der Medikamente überprüfen lassen. In jedem Fall sollte man sich in seiner Arztpraxis über einen Notfallplan informieren.

### **Wichtig:**

Bei einem sehr schweren Anfall oder wenn trotz medikamentöser Behandlung keine Besserung eintritt, muss ein Arzt hinzugezogen werden!

## **Asthma und COVID-19**

Zu den Risikogruppen für den neuartigen Virus COVID-19, der die Lunge angreift, zählen unter anderem auch Asthmatiker und COPD-Patienten.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), die Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP) und die die Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA) raten einstimmig dazu, bei Asthma gegebenenfalls die Therapie mit inhalierbaren Steroiden (ICS) unverändert fortführen. In einer Pressemitteilung vom 16. März 2020 schreiben sie:

"Aktuell finden sich Stimmen, die die Therapie mit inhalierbaren Steroiden (ICS) – das Kern-Element der Asthma-Therapie – vor dem Hintergrund der aktuellen Coronavirus-Epidemie in Frage stellen. So wies Professor Dr. med. Christian Drosten, Institut für Virologie der Charité Berlin, in seinem Podcast vom 13. März 2020 darauf hin, dass Asthma-Patienten mit ihrem Arzt darüber sprechen sollten, ein auf Kortison basierendes Asthma-Medikament durch ein Medikament zu ersetzen, welches das Immunsystem weniger angreife. Diese Aussage verunsichert Patienten und Behandler.

Die deutschen Asthma-Spezialisten empfehlen, bei Kindern und Erwachsenen mit Asthma eine adäquate und individuell eingestellte antiasthmatische Inhalations-Therapie (insbesondere auch eine ICS-Therapie) nicht aus diesem Grund zu ändern oder gar zu beenden. Die Gefahr, dass sich das Asthma dadurch in bedrohlicher Weise verschlechtert und (ansonsten unnötige) Arztbesuche oder Krankenhaus-Aufenthalte erforderlich macht – einschließlich möglicher Kontakte mit COVID-19-Patienten – sei für den einzelnen Asthma-Patienten wesentlich bedrohlicher als ein mögliches, gleichwohl unbelegtes Risiko einer Förderung der Ansteckung mit dem Coronavirus (SARS-Cov-2). Eine erfolgreiche Inhalationstherapie bei Patienten mit Asthma sollte daher auch und gerade in der aktuellen Coronavirus-Pandemie unverändert fortgesetzt werden.

Alle übrigen, vom Robert Koch-Institut empfohlenen Hygiene- und Vorsichtsmaßnahmen, einschließlich der Meidung von Sozialkontakten, sind selbstverständlich auch von Patienten mit Asthma zu befolgen."

## **Asthma bei Kindern**

Nach groben Schätzungen leiden zehn bis zwölf Prozent der Kinder in Deutschland an Asthma bronchiale, berichtet die Kinderärztin Prof. Erika von

Mutius: "60 Prozent haben die allergische, nur 40 Prozent die nicht-allergische Form. Weiterhin zeigt die Statistik, dass verstärkt Jungen betroffen sind - bei den Erwachsenen sind es eher Frauen. Wissenschaftliche Erklärungen für diese Tendenz gibt es noch nicht."

### **Was können Eltern tun?**

- Aufhören zu rauchen,
- mit dem Kind zur Patientenschulung gehen,
- ihr Kind nicht zu sehr schonen, sondern zu Sport und Bewegung ermutigen,
- beobachten, wann Asthmaanfälle meist auftreten und solchen Situationen entgegenwirken.

Übrigens: Kinder, die lange gestillt werden, haben ein geringeres Risiko, an Allergien - und damit auch an allergischem Asthma - zu erkranken.

### **Medikamentöse Behandlung von Kindern**

Zur Behandlung von asthmatischen Kindern werden die gleichen Substanzen - also entzündungshemmende und / oder bronchienerweiternde Medikamente - eingesetzt wie bei Erwachsenen.

*"Aber je kleiner die Kinder sind, desto eher haben sie unter Umständen große Probleme mit dem Inhalieren. Es gibt deshalb Vorsatzkammern für die Sprays, die man bei Kindern grundsätzlich verwenden sollte. Sie sorgen dafür, dass die Nebenwirkungen von Kortison reduziert werden, denn durch den Vorsatz gelangen die wirksamen Substanzen direkt in die Bronchien und setzen sich nicht in der Mundschleimhaut ab." Prof. von Mutius*

### **Allergisches Asthma: nicht vorhersagbar**

Ganz kleine Kinder können schon eine Hausstauballergie bekommen, ein paar Jahre später kommt dann oft die Pollenallergie dazu und bei einigen wächst sich das Ganze zum allergischen Asthma aus. Das ist aber nur ein mögliches Szenario, denn die Allergien können entstehen, ohne, dass sie zu Asthma führen. Es ist auch kaum möglich, vorherzusagen, ob ein allergisches Kind auch Asthma bekommen wird.

### **Hyposensibilisierung bei allergischen Kindern – ja oder nein**

Bei der Hyposensibilisierung wird der Körper mit dem Stoff, auf den er allergisch reagiert, konfrontiert. Oft wird empfohlen, allergische Kinder mit Heuschnupfen hyposensibilisieren zu lassen; damit könne man einem allergischen Asthma vorbeugen. Derzeit laufen mehrere Studien, um zu untersuchen, wie wirksam diese Vorbeugung tatsächlich ist.



*"Hyposensibilisierung ist grundsätzlich schon eine Option, auch bei Kindern. Die Entscheidung gehört aber in die Hand eines Facharztes. Er muss in jedem Einzelfall festlegen, ob oder wann eine Hyposensibilisierung sinnvoll ist." Prof. Erika von Mutius*

### **Studie: Gesunde Bauernkinder**

Heutzutage ist belegt, dass Kinder, die auf einem Bauernhof groß werden und von klein auf in Kontakt mit Tierställen sind und die Kuhmilch direkt vom Hof konsumieren, ein weitaus geringeres Risiko haben, an Asthma zu erkranken. Zum einen ist die Diversität der mikrobiellen Exposition in der Umwelt ein Schutzfaktor – also harmlose Keime, die typischerweise in Kuhställen vorkommen.

Zum anderen gibt es Faktoren in der Kuhmilch – wahrscheinlich in der Molkenfraktion der Milch – die diesen Schutz bewirken.

Mastbetriebe mit Massentierhaltung sind in diesem Zusammenhang allerdings nicht als Bauernhof zu sehen. Studien haben ergeben, dass die Abluft aus Ställen solcher Betriebe stark mit Feinstaub, Ammoniak und anderen Schadstoffen belastet sein kann, welche die Bronchien reizen und Asthma auslösen können.

*"Wir versuchen immer noch eine Anwendung für Kinder, die nicht auf einem traditionellen Bauernhof aufwachsen können, zu finden. Da gibt es zahlreiche Hürden zu überwinden, aber wir haben die Hoffnung noch nicht verloren, dass es eines Tages gelingen kann. Mittlerweile bieten etliche Landwirte einen Kindergarten auf dem Bauernhof an, was ich eine gute Idee finde. Es ist auch eine minimal behandelte Kuhmilch entwickelt worden, die wir in einer Studie auf ihre Wirksamkeit als Asthmaschutz testen werden." Prof. Erika von Mutius*

### **Schulsport ist gut für Kinder mit Asthma**

Asthmatische Kinder sollten nicht vom Sportunterricht ausgeschlossen werden. Prof. Heinrich Worth von der Deutschen Atemwegsliga beobachtet aber, dass "leider diese Kinder sehr oft vom Schulsport befreit werden. Sowohl Eltern als auch Lehrer haben Angst, das Kind könnte während des Unterrichts einen Anfall erleiden." Aber zu viel Schonung ist eher negativ für den Krankheitsverlauf, ganz abgesehen davon, dass es der Psyche der Kleinen nicht guttut, wenn sie nicht mit den anderen spielen dürfen.

### **Tipp: Vor dem Sport inhalieren**

*"Gut eingestellte Kinder können ganz normal am Schulsport teilnehmen. Wichtig ist, dass die Lungenwerte vor der Sportstunde mit Hilfe des Peak-Flow-Meters überprüft werden. Hat das Kind schlechte Werte, muss es vor dem Sport ein Medikament inhalieren." Prof. Heinrich Worth*

Auch Kinderärztin Prof. von Mutius unterstützt die Initiative.

*"Kindern, die ungern mit dem Peak Flow Meter hantieren, bei denen aber bei Anstrengung asthmatische Beschwerden auftreten können, rate ich: Vor dem Sport, insbesondere wenn viel Laufen gefragt ist, ein kurz wirksames Beta-2-Mimetikum nehmen."*

Nur bei einem akuten Anfall ist Sport tabu.

## **COPD – wenn die Lunge an Kraft verliert**

### **Experten:**

**Prof. Dr. Heinrich Worth**, stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Atemwegsliga, Facharztforum Fürth

**Dr. Artur Wölfel**, leitender Oberarzt am Krankenhaus für Naturheilweisen in München Harlaching

"Ich habe eine COPD? Das kann doch nicht sein – das hätte ich gemerkt!" antworten viele Patienten, wenn der Arzt bei ihnen eine Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung – eine COPD – diagnostiziert. Husten, Auswurf und Atemnot – für viele Raucher sind dies bloß Begleiterscheinungen ihrer Sucht, aber keine Vorboten einer langsam fortschreitenden und gefährlichen Krankheit. Doch wenn sich die Atemwege immer weiter verengen, muss im schlimmsten Fall dauerhaft künstlich beatmet werden. Die COPD ist eine Volkskrankheit – etwa sechs Millionen Deutsche sind betroffen. Sie ist zwar nicht heilbar, aber gut behandelbar: Dem Patienten kann durch eine medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie geholfen werden. Weltweit ist COPD die vierthäufigste Todesursache, schätzt die Weltgesundheitsorganisation WHO, und in zehn Jahren wird sie vermutlich an die dritte Stelle vorgerückt sein. Der Grund für diese Steigerung: Immer mehr Menschen rauchen, und Zigarettenkonsum ist der Hauptverursacher von COPD.

Dieses Manuskript wird ohne Endkorrektur versandt und darf nur zum privaten Gebrauch verwendet werden.  
Jede andere Verwendung oder Veröffentlichung ist nur in Absprache mit dem Bayerischen Rundfunk möglich!

© Bayerischer Rundfunk 2020

Bayern 2-Hörerservice

Bayerischer Rundfunk, 80300 München; Service-Nr.: 0800 / 5900 222 Fax: 089/5900-46258

[service@bayern2.de](mailto:service@bayern2.de); [www.bayern2.de](http://www.bayern2.de)

## Atemprobleme – wenn die Luft ausgeht

Nicht selten wird die Diagnose COPD verschleppt, und oft merkt der Patient erst nach Jahren, dass etwas nicht stimmt. Keuchen beim Treppensteigen? Husten mit Auswurf? Halten diese Symptome länger als ein paar Wochen an, muss ein Arzt aufgesucht werden.

*"Die Patienten merken typischerweise erst sehr spät, dass sie ernstlich erkrankt sind. Die meisten von ihnen sind Raucher und nehmen ihren morgendlichen Husten – teilweise auch mit Auswurf – noch nicht als Krankheit wahr. Sie führen den Husten auf einen für sie normalen Raucherhusten zurück und die Atemnot auf das Alter." Prof. Heinrich Worth*

Ein folgenschwerer Fehler, denn, wer länger als acht Wochen hustet, sollte unbedingt hellhörig werden.

## **"...und Ausatmen" – ein Atemwegstest**

Wie fortgeschritten eine COPD bereits ist, lässt sich durch eine sogenannte Lungenfunktionsmessung erkennen. Um den Grad der Obstruktionen zu erfassen, misst man das Atemvolumen, welches der Patient nach einer maximal tiefen Einatmung in einer Sekunde bei stärkster Anstrengung ausatmen kann. Diese sogenannte Ein-Sekunden-Kapazität ist umso niedriger, je stärker die Atemwege verengt sind. Nachdem eine Einengung der Atemwege festgestellt worden ist, prüft der Arzt, ob der Patient auf bronchien-, also atemwegs-erweiternde Medikamente anspricht.

## **COPD – Klärung eines Begriffs**

COPD ist eine Abkürzung für *chronic obstructive pulmonary disease*, die Chronisch Obstruktive Lungenkrankheit. Hauptkennzeichen: Die Atemwege sind eingeengt, und diese Enge ist durch Medikamente nicht oder nur wenig rückbildungsfähig. Zwei Krankheitsbilder werden unter dem Begriff COPD zusammengefasst.

1. Die **Chronisch Obstruktive Bronchitis**, die entsteht, wenn zu einer chronischen Bronchitis eine Einengung der Atemwege hinzukommt.
2. Das sogenannte **Lungenemphysem**, eine Überblähung der Lunge: Diese Veränderung ist nicht mehr rückbildungsfähig. Es kommt zu einer Zerstörung der Lungenbläschen und einer Einschränkung der Versorgung des Körpers mit Sauerstoff.

Neu im Verständnis der COPD ist, dass diese Erkrankung zwar in der Lunge beginnt, aber doch eine Reihe von Auswirkungen auf Herz, Kreislauf, Muskulatur, Knochensystem und Psyche hat.

### **Zu spät zum Arzt – ein Risiko**

Je später eine COPD erkannt wird, umso weniger Chancen gibt es, die Erkrankung aufzuhalten. Ein Patient, der spät zur Diagnose kommt, verkürzt seine Lebenserwartung: Denn wenn das Lungengewebe erst einmal in funktionsloses Bindegewebe umgebaut ist, kann es nicht wiedergewonnen werden.

### **Genetische Ursachen?**

*"Die Hauptrisikogruppe für eine COPD sind Raucher. Allerdings erkrankt nur ein Teil von ihnen an dieser Krankheit. Warum das so ist, wissen wir noch nicht genau. Momentan wird aber intensiv daran geforscht, inwiefern neben dem Rauchen auch eine genetische Veranlagung von Bedeutung ist. Auch die sogenannte 'inhalative Belastung' am Arbeitsplatz - beispielsweise bei Arbeitern in Kohlebergbau - spielt eine Rolle." Prof. Heinrich Worth*

### **Nikotin-Stopp – Therapieregul Nummer eins**

"Sofort mit dem Rauchen aufhören!" – das ist bei COPD die Präventions- und Therapieregul Nummer eins. Doch, obwohl Rauchen die Ursache für 90 Prozent der Krankheitsfälle ist, geben nur wenige Patienten ihre Sucht auf. Dabei wäre es sowohl für Gesunde als auch für Menschen, die ein bereits eingeschränktes Lungenvolumen haben, wichtig, dem blauen Dunst ein für alle Mal zu entsagen.

### **Raucherentwöhnung – die wichtigste Vorbeugung**

*"Raucherentwöhnung ist das wichtigste Therapieelement überhaupt. COPD ist in erster Linie eine Krankheit der Raucher. Wer nicht raucht, bekommt in der Regel auch keine COPD. Und wenn COPD-Patienten mit dem Rauchen aufhören, schreitet die Erkrankung sehr viel langsamer fort." Prof. Heinrich Worth*

### **Raucherentwöhnung – häufig langfristig erfolglos**

*"Wir Ärzte können dem Patienten die Entwöhnung durch Nikotinersatzstoffe in Hautpflastern, Kaugummis oder Nasensprays erleichtern. Und wir können suchtlindernde Medikamente einsetzen. Doch trotz dieser Möglichkeiten sind wir nicht sehr erfolgreich. Die Entwöhnungsrate liegt nach zwei Wochen bei etwa 80 Prozent. Nach einem Jahr rauchen 60 Prozent der Patienten wieder, wenn Verhaltenstherapie, Nikotinersatzstoffe und Suchthemmer kombiniert wurden. Das ist eine sehr unbefriedigende Lage." Prof. Heinrich Worth*

Dennoch sollten Raucher nach einer erfolglosen Entwöhnung einen neuen Entwöhnungsversuch starten.

### **Raucherentwöhnung mit Naturheilkunde**

*"Leider gilt hier der Grundsatz: Es gibt nichts Gutes, außer man tut es! Wenn man selber nicht den festen Willen zum Aufhören mitbringt, wird das auch keine Pille und keine Nadel schaffen. Akupunkturbehandlung kann eine Raucherentwöhnung aber unterstützen – den Willen zur Abstinenz immer vorausgesetzt. Erfolgreiche Raucherentwöhnung verlangt eine grundsätzliche innere Umprogrammierung, also eine Änderung des Lebensstils insgesamt. Eingebettet in eine Ernährungsumstellung, regelmäßige körperliche Aktivität und Rückbesinnung auf vernachlässigte Hobbies und Interessen, wird die Absage an das Nikotin dann nicht als Verzicht erlebt. Naturheilkundlich spricht man von Ordnungstherapie – das heißt, man soll neue Lebensinhalte entdecken und nicht nur qualvoll Verzicht üben." Dr. Artur Wölfel*

### **Medikamente & Therapie**

Mit Medikamenten lässt sich eine COPD zwar nicht heilen, aber Krankheitsverlauf und akute Verschlechterungen lassen sich positiv beeinflussen: Eine medikamentöse Therapie kann Entzündungen und Infekte hemmen, Schleim lösen und dem Patienten allgemeine Linderung verschaffen.

### **Bewährte Medikamente**

*"Bei einer COPD setzen wir Medikamente ein, die zur Erweiterung der Atemwege führen – die sogenannten Bronchodilatoren. Mit diesen atemwegserweiternden Medikamenten verbessert man die Lungenfunktion, lindert die Atemnot und verschafft dem Patienten mehr Lebensqualität. Außerdem beugen langwirksame Bronchodilatoren mit einer Wirkdauer von mindestens zwölf Stunden auch akuten Verschlechterungen, sogenannten Exazerbationen, vor. Einem kleinen Teil der Patienten nützen auch Medikamente, die entzündungshemmend wirken – beispielsweise das inhalierbare Cortison und neuerdings Roflumilast. Bei Atemwegsinfekten, die durch Bakterien verursacht werden, setzt man bei der COPD zusätzlich Antibiotika ein. Wenn der zähe Schleim eine große Rolle spielt, würde man einen Behandlungsversuch mit schleimlösenden Medikamenten unternehmen, den sogenannten Mukopharmaka." Prof. Heinrich Worth*

### **Komplementärmedizin bei COPD - Physikalische Therapie**

*"Von ärztlicher Seite wird leider zu oft die Behandlung auf die – sicher unverzichtbare – Verordnung von Medikamenten beschränkt. Körperliches Training, physikalische Therapie und Ernährungsmedizin können aber eine wertvolle Ergänzung darstellen. Wärmeapplikationen in Verbindung mit einer sanften lokalen Massage – die sogenannte "heiße Rolle" – wirken*

*beispielsweise sekretfördernd und krampflösend. Stärkere Effekte erzielt man in der Akutphase durch die passive Hyperthermie – zum Beispiel durch ein Schlenzsches Überwärmungsbad oder eine Infrarot-Ganzkörperhyperthermie. Hierbei wird durch kontinuierliche äußere Wärmezufuhr ein Anstieg der Körpertemperatur erzielt. Durch wiederholte Anwendungen lässt sich damit auch die oft gesteigerte Infektanfälligkeit der COPD-Patienten vermindern." Dr. Artur Wölfel*

### **Richtige Ernährung**

*"Sowohl Mangel-, als auch Überernährung verschlechtern die Prognose eines Patienten mit COPD. Durch unsachgemäße Ernährung verschlechtert sich auch die Atmung. Unbedingt erforderlich ist deshalb eine Ernährungsumstellung. Blähende, schwer verdauliche Speisen sollen gemieden, die Nahrungszufuhr auf fünf bis sechs kleine Mahlzeiten über den Tag verteilt werden. Nach dem Prinzip einer Entzündungshemmung durch Vermeidung tierischer Fette empfehlen wir eine Ernährung mit lactovegetabler Grundtendenz (Schonkost aus Milch und Milchprodukten, Obst und Gemüse) aber auch den häufigen Verzehr von fettem Seefisch. Als Nahrungsmittelergänzung können die sogenannten Antioxidantien Vitamin C, E und Selen zur Neutralisierung der hochaktiven, entzündungsfördernden Sauerstoffradikale sinnvoll sein." Dr. Artur Wölfel*

### **Körperliches Training**

*"Der Teufelskreis Atemnot, körperliche Schonung und Muskelabbau infolge Bewegungsmangel muss durchbrochen werden. Die zunehmende muskuläre Schwäche kann ein Teilaspekt der erlebten Atemnot sein und darüber hinaus die oft durch die erforderliche Cortisontherapie bestehende Gefahr der Knochenentkalkung verstärken. In Abhängigkeit vom Stadium der COPD ist täglich ein 30-minütiges Training zu fordern. Konsequenter durchgeführt, kann man damit auch eine langfristige Besserung der Lebensqualität erreichen." Dr. Artur Wölfel*

*"Körperliches Training ist eine evidenzbasierte wichtige Therapiemaßnahme, die ab mittlerem Schweregrad der COPD dringlich empfohlen wird." Prof. Heinrich Worth*

Deswegen ist die Teilnahme an ambulanten Lungensportgruppen mit speziell ausgebildeten Trainern, die in Lehrgänge der Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland geschult wurden, von großer Bedeutung. Hierbei geht es darum, dass die Muskulatur und die Koordination des Bewegungsapparates so verbessert werden, dass der Patient bei gleicher Beeinträchtigung der Lunge mit einem besser funktionierenden Bewegungsapparat mehr leisten kann.

### **Wichtig bei der Ernährung und Bewegung**

*"Wesentlich bei der Ernährungstherapie ist, dass der schwerkranke COPD-Patient, der an Gewicht abnimmt, eine schlechtere Prognose hat. Besserungen des Ernährungszustandes können durch häufige hochkalorische kleine Mahlzeiten erreicht werden, da der Patient wegen Atemnot keine größeren Mengen an Nahrungsmittel zu sich nehmen kann, sowie gegebenenfalls eine Kombination von Ernährungsbehandlung mit körperlichem Training." Prof. Heinrich Worth*

### **In schweren Fällen: Sauerstoff spezial**

Akute Verschlechterungen mit zunehmender Atemnot können bei COPD-Patienten eine intensivmedizinische Behandlung oder sogar eine Beatmungstherapie notwendig machen. Hochmoderne, mobile und leicht handhabbare Flüssigsauerstoffgeräte erleichtern den Patienten das Leben. Spezielle nicht-invasive Beatmungsverfahren können die überlastete Atemmuskulatur auch über Nacht per "Heimbeatmung" unterstützen.

*"Bei einem chronischen Sauerstoffmangel hilft die Langzeitsauerstofftherapie, sofern sie über mindestens 16 Stunden am Tag eingesetzt wird. Wenn der Patient jedoch ein Versagen, eine überlastete Atempumpe oder eine überlastete Atemmuskulatur mit Sauerstoffmangel, aber zusätzlich CO<sub>2</sub>-Anstieg im Blut hat, dann empfiehlt sich die nichtinvasive Beatmung sowohl akut als auch bei einigen Patienten dauerhaft im Sinne einer Heimbeatmung." Prof. Heinrich Worth*

Bei einzelnen Patienten mit einem schweren Lungenemphysem, die trotz ausgeschöpfter medikamentöser Therapie unter Einschluss einer pneumologischen Rehabilitation weiterhin über erhebliche Atemnot klagen, kann eine endoskopische Lungenvolumenreduktion erwogen werden, bei der überblähte Lungenanteile verringert werden, so dass gesunde Lungenanteile mehr Raum zum Atmen haben. Nur in Einzelfällen kommt eine Lungentransplantation in Frage.

### **Wichtig: Schutzimpfungen für COPD-Patienten**

*"Wir empfehlen Menschen, die bereits an einem eingeschränkten Lungenvolumen leiden, die jährliche Gripeschutzimpfung und die Impfung gegen Pneumokokken. Grippeviren sind gerade für Lungenkranke gefährlich, da sich die von ihnen verursachten Entzündungen bei einer durch COPD geschädigten Lunge stärker auswirken als bei Gesunden." Prof. Heinrich Worth*