

Bekannt aus den ProSiebenSat.1-Teletexten



SIXX

TELE5

MAXX

GOLD

BESSER LEBEN

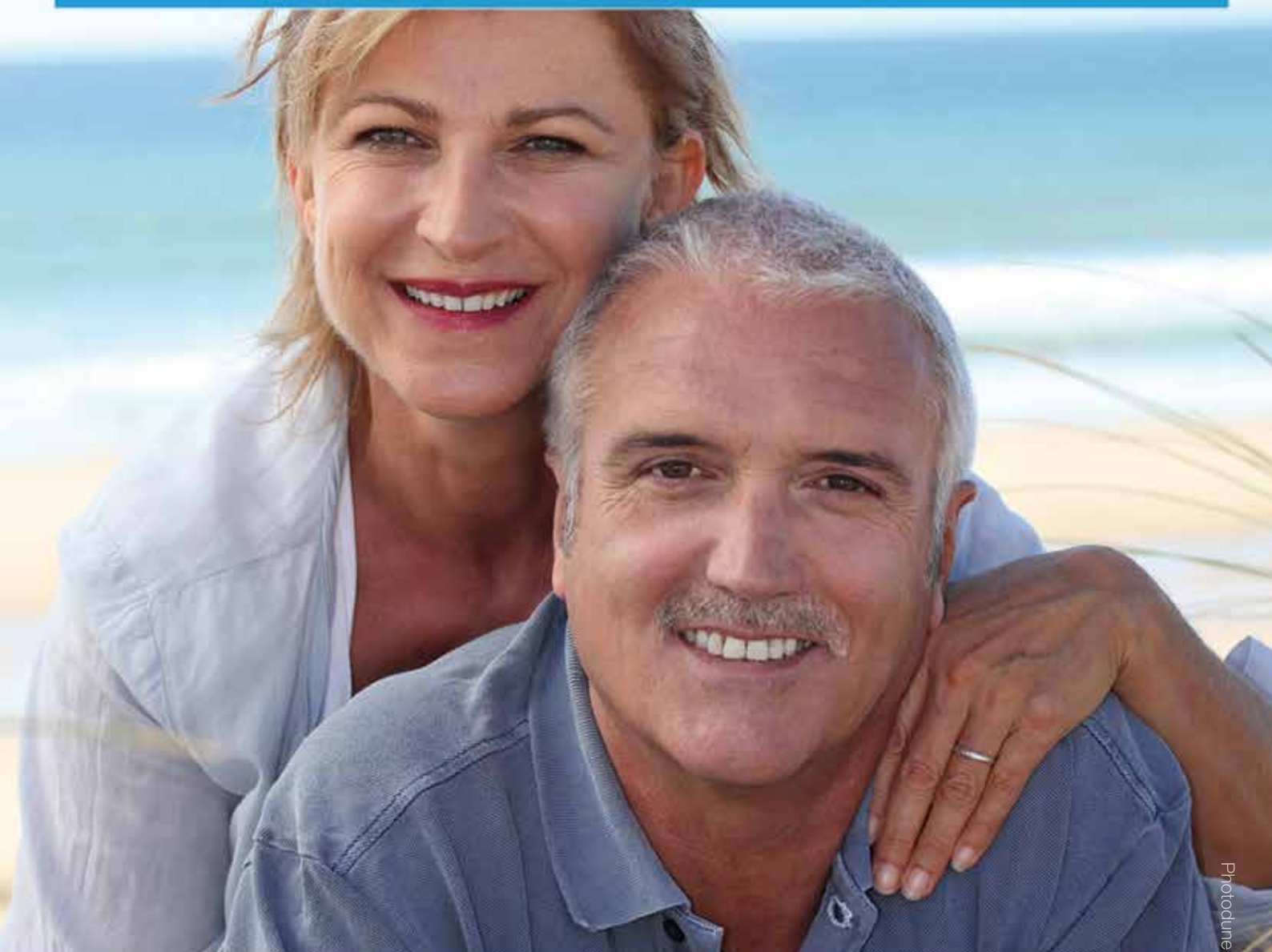


Photo: picture

Ratgeberbroschüre

BESSER LEBEN RATGEBER SERVICE

www.besser-leben-service.de

Liebe Leserin, lieber Leser,

vielen Dank, dass Sie sich für unseren RATGEBER SERVICE entschieden haben. Sie halten nun die gewünschten Informationen in Ihren Händen.

Experten und Fachjournalisten haben für Sie komplexe Themen übersichtlich und verständlich aufbereitet. Sie finden in dieser Ratgeberbroschüre wesentliche Fakten, Tipps und Tricks zum Thema, um Ihnen wichtige Entscheidungen zu erleichtern.

Ob es sich um Finanzen, Gesundheit und Prävention, Rente oder soziale Fragen dreht, gerne stehen wir Ihnen auch in Zukunft mit unseren vielfältigen Ratgeberbroschüren zur Seite.

Mit uns bleiben Sie auf einfache Weise besser informiert, so können Sie im Rahmen unseres BESSER LEBEN RATGEBER SERVICE jeden Monat eine weitere Broschüren kostenfrei erhalten. Ein Anruf genügt.

Mit besten Grüßen

Ihr BESSER LEBEN RATGEBER SERVICE Team



MORGENHUSTEN TÖDLICHES RISIKO

Warum COPD so gefährlich ist

COPD - DIE UNTERSCHÄTZTE GEFAHR

COPD? Nie gehört. Was ist das? Die Abkürzung COPD (englisch: chronic obstructive pulmonary disease) steht für eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Dabei leiden die Patienten unter dauerhaft verengten und verschleimten Atemwegen (Bronchien). Die Erkrankung ist unter Betroffenen kaum bekannt, deshalb lassen sich auch nur wenige behandeln. Das Risiko, aufgrund dieser Erkrankung früher zu sterben, ist jedoch sehr groß.

In der Regel entsteht eine COPD durch eine chronische Entzündung der Bronchien. Aufgrund dieser Entzündung wird das Sekret der Atemwege nicht mehr vollständig abtransportiert und staut sich zurück.

Beim Voranschreiten der Erkrankung verdickt sich die entzündete Schleimhaut in den Bronchien und die Atemwege verengen sich (Obstruktion). Die verengten Atemwege haben eine eingeschränkte Atmungsfähigkeit zur Folge.

Außerdem kann im Verlauf einer COPD Sauerstoff schlechter aufgenommen und Kohlenstoffdioxid schlechter abgegeben werden. Das wiederum hat negative Auswirkungen auf andere Organe des Körpers. Im Krankheitsverlauf verschlechtert sich daher nicht nur die Funktion der Lunge, sondern auch

das Allgemeinbefinden. Zudem sind schubweise Verschlechterungen (Exazerbation) möglich, da die Atemwege abwehrgeschwächt sind und sich dort leicht neue Infektionen ausbreiten können.

In Deutschland leiden Schätzungen zufolge drei bis fünf Millionen Menschen an COPD. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist sie gegenwärtig die dritthäufigste Todesursache weltweit.

Der Ausbruch der Krankheit erfolgt meist im Erwachsenenalter zwischen dem 40. und dem 55. Lebensjahr. In der Vergangenheit erkrankten vor allem Männer an COPD. Nach Angaben der WHO sind heute jedoch Männer und Frauen beinahe gleichermaßen betroffen. Verantwortlich hierfür ist der steigende Tabakkonsum bei Frauen. Durch COPD verringert sich die Lebenserwartung um fünf bis sieben Jahre. Mithilfe einer Behandlung lässt sie sich jedoch erhöhen.

FRAGEBOGEN PERSÖNLICHES COPD-RISIKO

Könnten auch Sie von COPD betroffen sein? Beantworten Sie diese Fragen und erkennen Sie Ihr persönliches Risiko, an COPD erkrankt zu sein. Rechnen Sie dafür alle angegebenen Punkte für Ihre Antworten zusammen.

Leiden Sie häufig unter Atemnot?

00 nein

05 ja, bei Anstrengung, wie z. B. Treppensteigen

30 ja, bereits im normalen Alltag, beim leichten Gehen

Sind bei einer Infekt oft die Bronchien schwer und langwierig betroffen?

00 nein | 20 ja, häufig

Leiden Sie an einer Atemwegs-Allergie (z. B. Allergisches Asthma, Hausstaubmilbenallergie, Pollenallergie)? 30

nein | 00 ja

Benutzen Sie ein Spray gegen Atemwegsbeschwerden?

00 nein | 20 ja

Rauchen Sie oder haben Sie jemals geraucht?

00 nie

05 vor mehr als 5 Jahren

15 Ich rauche noch immer.

Sind Sie

00 eine Frau | 10 ein Mann

Sie sindJahre (= Punkte) alt.

Ihre Gesamtpunktzahl:

Auswertung:

Bis 120 Punkte: Sie haben vermutlich kein COPD. Wenn Sie sich dennoch betroffen fühlen, beobachten Sie Ihren Gesundheitszustand genau und/oder sprechen mit dem Arzt über Ihre Beschwerden.

120-150 Punkte: Es besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass Sie an COPD erkrankt sind. Beobachten Sie Ihren Gesundheitszustand genau und sprechen mit dem Arzt über Ihre Beschwerden. COPD beginnt schleichend, eine frühe Erkennung der Erkrankung verbessert die Therapie-Chancen.

Ab 150 Punkte: Mit hoher Wahrscheinlichkeit leiden Sie an COPD. Suchen Sie in nächster Zeit unbedingt einen Arzt auf und lassen sich gründlich untersuchen.

URSACHEN VON COPD

Auslöser für COPD ist eine dauerhafte Reizung der Lunge mit Luftschadstoffen. Dies kann auf unterschiedliche Ursachen zurückgehen.

RAUCHEN

Die Hauptursache für die Erkrankung ist Rauchen. 80 bis 90 Prozent der COPD-Erkrankungen lassen sich auf das Rauchen von Tabak zurückführen. Etwas 4.800 chemische Substanzen, von denen ca. 250 giftig und 90 krebserregend sind, enthält Tabakrauch, dazu kommen normalerweise harmlose Stoffe wie z. B. Zucker, die bei Verbrennung jedoch gesundheitsschädlich werden. Wechselwirkungen der Stoffe miteinander verstärken die schädliche Wirkung für die Lunge. Raucher erhalten den benötigten Kick vom Nikotin. Nikotin ist jedoch ein starkes Gift, es wird u. a. zur Schädlingsbekämpfung eingesetzt. Nur wenige Milligramm reines Nikotin (60 Milligramm) können für einen erwachsenen Menschen tödlich sein. Der gesetzliche Grenzwert für Nikotin im

Zigarettenrauch beträgt ein Milligramm. Beim Verbrennen von Tabak entsteht Teer, welcher durch den Zigarettenfilter kaum zurückgehalten wird. Teer ist sehr zäh und sehr haltbar - auch in der Lunge. Nicht umsonst wird Teer beim Straßenbau verwendet.

In der Lunge verklebt Teer die Flimmerhärchen in den Atemwegen, Schmutz- und Staubpartikel nicht mehr abtransportiert werden. Ebenfalls bei Verbrennen von Tabak entsteht Kohlenmonoxid, ein geruchloses und sehr giftiges Gas. Es bindet sich an die roten Blutkörperchen und verhindert damit den Sauerstofftransport.

Als Gegenmaßnahme - um den Körper trotzdem mit genügend Sauerstoff zu versorgen - werden Blutdruck und Pulsfrequenz hochgefahren. Der Körper läuft nun schon im Ruhezustand am Limit, etwaige körperliche Belastungen können nicht mehr ausgeglichen werden und führen zu einer deutlichen Leistungsminde- rungen.

Durch einen regelmäßigen Zigarettenkonsum erhöht sich das Risiko einer COPD-Erkrankung um das 13-fache.

PASSIVRAUCHEN

Auch Passivraucher sind gefährdet! Der ausgeblasenen Rauch ist sogar noch gefährlicher als das, was der Raucher inhaliert, denn Giftstoffe sind in höheren Konzentrationen enthalten. Der Anteil an Kohlenmonoxid ist z. B. doppelt so hoch, auch die Dosis andere Gifte wie Benzol, Cadmium und Blei ist höher. Zudem

sind die Partikel kleiner und können deshalb leichter in die entferntesten Lungenbläschen (Alveolen) eindringen und sich dort ablagern.

UMWELTBEDINGTE SCHADSTOFFE

Zu den Betroffenen können zudem Menschen zählen, die regelmäßig großen Mengen an Staub, Feinstaub oder Reizstoffen ausgesetzt sind. Wie bei Rauchern führt auch hier die anhaltende Reizung der Atemwege zu einer chronischen Bronchitis, die sich zu einer chronisch obstruktiven Bronchitis auswachsen kann.

ERBLICHE VERANLAGUNG

Darüber hinaus existieren einige sehr seltene erblich bedingte Krankheiten, die ebenfalls zu COPD führen können, so zum Beispiel der Alpha-1Antitrypsin-Mangel. Auch häufige Atemwegsinfektionen in der Kindheit können später zu COPD führen.

ÜBERLASTUNGEN

Druckbelastungen der Lunge, z. B. bei Berufsmusikern mit Blasinstrumenten oder bei Glasbläsern, können durch Überdehnung der Alveolen zur COPD-Diagnos „Lungenemphysem“ führen.

SYMPTOME

AHA-SYMPHOME

Typische COPD-Symptome sind die AHA-Symptome: Atemnot, Husten und Auswurf. Der Husten ist dabei meist chronisch ausgeprägt und tritt morgens am stärksten auf. Zudem

kommt es zu Auswurf von sogenanntem Sputum. Dabei handelt es sich um zähflüssigen Schleim, der beim Husten aus den Atemwegen hervorgebracht wird. Bei COPD-Patienten ist das Sputum meist bläulich gefärbt und wird insbesondere am Morgen abgehustet. Durch die sich verengenden Atemwege kommt es außerdem infolge der Erkrankung zu Atemnot. Betroffene geraten sehr schnell außer Atem und ihre körperliche Belastungsfähigkeit nimmt ab. Anfänglich spüren COPD-Patienten die Atemnot nur bei körperlicher Belastung, im fortgeschrittenen Stadium tritt diese jedoch auch im Ruhezustand auf.

EXAZERBATION

Die COPD-Symptome können sich plötzlich und deutlich verschlimmern, das bezeichnet man als Exazerbation. Es kommt dann meist zu Atemnotanfällen und verstärktem Husten mit Auswurf. Auslöser hierfür sind z. B. einen eigentlich harmlosen Atemwegsinfekt, Rauch, Abgase, starke Hitze oder Kälte oder eine hohe Luftfeuchtigkeit. Auf eine COPD mit asthmatischer Komponente weist häufiger Reizhusten hin, der meist ohne Schleimproduktion und vor allem morgens und nachts vorkommt. Oft wachen die Betroffenen auch nachts mit Hustenanfällen auf. Auch tagsüber husten die Betroffenen häufig anfallartig oder haben Anfälle von Atemnot. Auslöser hierfür sind oft äußere Reize wie Tabakrauch, Küchendünste, Parfum und andere Reizstoffe. Diese Anfälle entstehen durch ein überempfindliches Bronchialsystem. Im Verlauf der COPD nehmen die Symptome

an Häufigkeit und Ausprägung zu. Weitere Symptome einer COPD sind Geräusche beim Ausatmen wie zum Beispiel ein Rasseln oder Brummen sowie ein Engegefühl in der Brust. Im Krankheitsverlauf kann es zudem zu Leistungsabfall und Auszerrung kommen. Der abnehmende Sauerstoffgehalt im Blut führt außerdem gelegentlich zu einer blau-roten Verfärbung der Haut.

COPD ENTWICKELT SICH SCHLEICHEND

Problematisch bei einer COPD-Erkrankung ist, dass viele Betroffene die frühen Krankheitszeichen nicht ernst nehmen oder verdrängen. Atemnot wird beispielsweise häufig auf eine verschleppte Bronchitis oder eine schlechte Kondition geschoben. Es besteht daher die Gefahr, dass die Erkrankung nicht erkannt und dementsprechend nicht behandelt wird und damit weiter fortschreiten kann. Die mit der COPD verbundenen Veränderungen der Lunge lassen sich dann nicht rückgängig machen (d.h. sie sind irreversibel). Die dauerhafte Entzündung hat zur Folge, dass die Bronchien verengt sind und es vor allem bei Belastung immer stärker zu Atemnot kommt und dass die Lungenbläschen (Alveolen) zerstört werden – dies führt zu einer krankhaften Überblähung der Lunge (Emphysem). Beim Lungenemphysem haben sich statt vieler kleiner Bläschen einzelne große, schlaffe Blasen gebildet. Die für den Austausch von Sauerstoff und CO₂ zur Verfügung stehende Oberfläche ist nun viel geringer. Die Atemfunktion ist eingeschränkt, die

Schädigung anderer Organe ist die Folge.

So ist im weiteren Verlauf meist auch eine Schädigung des Herzmuskels festzustellen, da das Herz durch erhöhte Pumpleistung (um den Sauerstoffmangel auszugleichen) auf Dauer überlastet wird. Da sich eine COPD schleichend entwickelt, ist ein frühzeitiges Erkennen schwierig. Viele Menschen haben nach medizinischem Standpunkt bereits eine COPD, leiden aber noch nicht unter Symptomen. Oft entsteht eine COPD aus einer vermeintlich harmlosen Erkrankung, die jedoch in den Atemwegen zu schwerwiegenden Veränderungen führt, z. B. aus einer einfachen Bronchitis. Bei dieser sind die Luftwege normalerweise nicht dauerhaft verengt und können sich wieder erholen. Geschieht dies nicht, riskieren Betroffene jedoch, dass sich die Bronchien im weiteren Krankheitsverlauf verengen und eine chronisch obstruktive Bronchitis bzw. eine COPD entsteht.

SO VERÄNDERN SICH DIE ATEMWEGE

Wenn wir atmen, gelangen mit der Atemluft Fremdstoffe wie Schmutzpartikel, Feinstaub, Viren oder Bakterien in die Atemwege. Die Schleimhaut filtert diese Stoffe heraus, indem sie sie mit Schleim einhüllt. Die Härchen aus dem Flimmerepithel transportieren die Fremdstoffe aus dem Körper. Diese Tatsache kennen Sie sicher vom Schnupfen: Die Nase läuft, Sie müssen niesen und husten. Bei einer einfachen Erkältung dauern diese Symptome nur

ein bis zwei Wochen an, danach klinkt die Entzündung ab. Jetzt fährt die Schleimhaut die Schleimproduktion wieder herunter, die Atemwege werden frei und das Flimmerepithel erholt sich.

Hält der Zustand jedoch längere Zeit an, beginnt sich das Gewebe in den Atemwegen zu verändern. Schon bei einer normalen Atmung leistet es Schwerstarbeit, die zusätzliche Belastung durch ständiges Husten (z. B. bei einer Bronchitis oder noch schlimmer chronischen Bronchitis) kann es nicht mehr ausgleichen. Nun entzündet sich die Schleimhaut und lagert mehr Wasser und sogenannte Fibrine ein.

Diese Fibrine bewirken, dass die Schleimhaut durch Bindegewebe ersetzt wird, was das Gewebe verdickt und verhärtet. Es ist nun weniger anpassungsfähig. Der produzierte Schleim ist zäh, die Flimmerhärchen verkleben und sterben ab. Somit kommt der Abtransport der Fremdstoffe und des Schleims zum Erliegen. In der Lunge und blockieren die feinen Verästelungen der Bronchiolen. Je dicker die Schleimhaut wird und je mehr Schleim in der Lunge bleibt, desto enger wird der Durchmesser der Bronchien und Bronchiolen, durch den sich die Atemluft zwängen muss.

Als Folge davon können Betroffene weniger Luft ein- und ausatmen. An den Lungenbläschen kommt weniger Sauerstoff an, als der Körper eigentlich benötigt. Deshalb versucht die Steuerung im Atemzentrum, den Mangel durch häufigeres Atmen auszugleichen – es tritt nun in der Folge

Atemnot ein. Und das besonders wenn eigentlich vermehrt Sauerstoff benötigt wird, z. B. bei Bewegung und Belastung. Da wir im gesunden Zustand über mehr Lungengewebe verfügen als wir eigentlich brauchen, kann die Sauerstoffzufuhr auch bei einer Vorschädigung lange Zeit ohne Mangelerscheinungen aufrecht erhalten werden. Zumeist im Alter von 40 - 50 Jahren ist diese Reserve jedoch aufgebraucht und es kann dann plötzlich zu Atembeschwerden kommen.

AUSWIRKUNGEN/FOLGEN

COPD wirkt sich auf die körperliche Belastbarkeit sowie die Lebensqualität und die Psyche der Erkrankten aus. Bei Belastung kommt es zu einer Luftnot, in deren Folge der Körper nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt wird. Das führt zu einem Leistungsabfall des Herzens, des Kreislaufs und der Muskulatur. Bei COPD-Patienten ruft dies häufig Unsicherheit und Angst hervor und veranlasst sie, sich übermäßig zu schonen. Aufgrund dieser Schonung nehmen jedoch die Leistungsfähigkeit und die Muskelkraft der Erkrankten weiter ab. Aktivitäten, insbesondere auch die mit der Familie oder Bekannten, kommen zum Erliegen. Es besteht daher die Gefahr, dass Betroffene in eine soziale Isolation geraten, aus der sich eine Depression entwickeln kann. Ein Kreislauf, der durchbrochen werden muss.

DIAGNOSE/KLASSIFIKATION

AUSFÜHRLICHES ARZTGE- SPRÄCH

An erster Stelle steht natürlich zunächst das ausführliche Anamnese-gespräch mit dem Arzt. Hierbei möchte der Arzt zunächst den Schweregrad Ihrer Erkrankung feststellen bzw. andere Erkrankungen ausschließen, die ebenfalls eine Verengung der Bronchien und Atemnot verursachen. Außerdem geht es darum, mögliche Ursachen für die Erkrankung zu identifizieren, die in Ihren Lebensgewohnheiten begründet liegen, z. B. berufsbedingte Belastungen durch Staub oder Dämpfe, Rauchen usw.

KÖRPERLICHE UNTERSU- CHUNGEN

Mit verschiedenen Untersuchungen sucht der Arzt anschließend nach Hinweisen, die auf Veränderungen des Brustkorbs oder eine Überblähung der Lunge hindeuten. Der Arzt misst zunächst den Brustumfang um festzustellen, ob dieser größer als normal zu erwarten wäre ist. Und wie verhält es sich mit den Abständen zwischen den Rippen? Sind diese vergrößert, weist das auf eine Aufblähung der Lunge hin. Durch das Abklopfen des Oberkörpers bis hin zum Bauchraum erkennt der Arzt ebenfalls, ob bzw. wie stark Ihre Lungen vergrößert sind. Denn dort, wo sich die Lungen befinden, klingt der Ton hohler als am Zwerchfell, wo der Bauchraum beginnt.

Und schließlich wird der Arzt durch Abhören Ihre Atemgeräusche überprüfen. Dabei kann er eine ganze

Reihe von Merkmalen unterscheiden: Sind die Bronchien stark verengt, kommt es zu einem hohen Pfeifton, dem sogenannten Giemen. Je stärker die Verengung, desto lauter die Geräusche.

Sind die Bronchien voller Schleim, ist ein Brummen zu hören. weil der Schleim in den Bronchien in Schwingungen versetzt wird. Sind die Atemgeräusche hingegen sehr leise, kann das auf ein vorliegendes Lungenemphysem hindeuten.

Außerdem wird der Arzt nach weiteren allgemeinen Hinweisen zum Krankheitsbild suchen, z. B. ob sich Wassereinlagerungen (Ödeme) unter der Haut finden, wie es um die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit des Betroffenen bestellt ist oder in welcher Lage es mehr oder weniger zu Sauerstoffmangel und Atemnot kommt. All diese Untersuchungen tragen dazu bei, die richtige Diagnose zu stellen.

Das Gesamtbild der körperlichen Beeinträchtigungen verhilft dem Arzt zu einer sicheren Diagnose.

LUNGENFUNKTIONSPRÜFUNG MITTELS SPIROMETER

Ein sehr aussagefähige Untersuchungsmethode bei einer möglichen COPD-Erkrankung ist die Lungenfunktionsprüfung (Spirometrie). Mit ihrer Hilfe kann eine COPD von anderen Lungenerkrankungen wie zum Beispiel Asthma unterschieden und der Schweregrad der Erkrankung bestimmt werden. Während der Spirometrie bläst der Patient in das Mundstück eines Gerätes. Dieses misst das Lungenvolumen, das in ei-

ner bestimmten Zeit ein- und ausgeatmet wird.

Verschiedene Werte sind hier für die Beurteilung von Bedeutung:

TLC = Totale Lungenkapazität: Messwert, der darüber Auskunft gibt, wie viel Luft insgesamt in Ihren Lungen Platz hat.

VC = Inspiratorische Vitalkapazität: Messwert, der darüber Auskunft gibt, wie viel Luft insgesamt durch die Atmung bewegt wird.

FEV1 = Forciertes expiratorisches Volumen in der ersten Sekunde: die Sie in der ersten Sekunde ausatmen können. FIV1 = Forciertes inspiratorisches Volumen in der ersten Sekunde Messwert, der die Menge an Luft angibt, die Sie in der ersten Sekunde einatmen können.

PEF = Maximaler expiratorischer Fluss: Messwert der höchsten Atemstromstärke

Lungenfunktionstests wie die Spirometrie werden von vielen Hausärzten sowie von Lungenfachärzten durchgeführt. Rauchern wird empfohlen, diesen Test vorsorglich alle zwei Jahre durchführen zu lassen, auch wenn die genannten Symptome nur schwach oder gar nicht vorhanden sind.

Wenn man den FEV1-Wert und den VC-Wert ins Verhältnis zueinander setzt, ergibt sich die sogenannte „relative Einsekundenkapazität“. Dieser Wert gibt Auskunft über den Grad der Verengung Ihrer Bronchien und ist für die Diagnostik von COPD sehr wichtig. Eine Einsekundenkapazität von unter 70 Prozent bestätigt den Verdacht auf COPD

LUNGENFUNKTIONSPRÜFUNG MIT BODYPLETHYSMOGRAPHIE

Manchmal wird zusätzlich zur Spirometrie auch die Bodyplethysmographie angewendet, welche ebenfalls die Funktion der Lunge prüft. Bei diesem Test sitzt man in einem speziellen Raum und bläst über ein Mundstück in das Messgerät. Die so getätigten Messungen sind genauer und umfangreicher als bei der Spirometrie. Das Gerät stellt beispielsweise auch fest, wie viel Luft nach dem Ausatmen noch in der Lunge verbleibt. Das ermöglicht Aussagen dazu, wie hochgradig die Überblähung der Lungen ist. Außerdem misst es den Atemwiderstand, der ein Maßstab für die Verengung der Atemwege ist.

MESSUNG DES PEAKFLOW- WERTES (PEF-WERT)

„Peak-Flow“ („Spitzenströmung“) bezeichnet den starken Luftstrom zu Beginn der Ausatmung. Seine Kraft hängt von Alter, Größe und Geschlecht ab. Der Arzt wird diese Messung sicher in seiner Praxis durchführen, eine regelmäßige Messung mit dem Peak-Flow-Meter Zuhause empfiehlt sich jedoch zusätzlich. So können mögliche Verschlechterungen schnell erkannt und die Therapie anpassen werden.

Das Peak-Flow-Meter besteht aus einem Mundstück mit einem Messgerät, die Messung ist ganz einfach und dauert ungefähr 10 Sekunden: hinstellen, tief Luft holen, Luft anhalten, kräftig ausblasen, Werte ablesen. Wichtig dabei ist, dass Sie die Skala zu Beginn der Messung zunächst auf Null stellen. Dann halten

Sie das Gerät waagrecht, schließen die Lippen möglichst fest um das Mundstück und atmen kurz und kräftig aus.

Da der Peak-Flow-Wert von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich ist, ist es wichtig, Ihren persönlichen Höchstwert zu kennen. Den können Sie feststellen, wenn Sie die Werte verschiedener Tage beobachten. Regelmäßige Messungen geben auch darüber Auskunft, ob eine Therapie gut anschlägt und sich Ihre Werte verbessern. Auch das Gegenteil kann beobachtet werden: Die Werte verschlechtern sich, weil die Bronchien sich aus irgendwelchen Gründen noch weiter verengt haben. Das kann an einer aufziehenden Erkältung oder an einer allgemeinen Verschlechterung Ihrer Konstitution liegen. In diesem Fall sollten Sie unbedingt zum Arzt gehen. Es empfiehlt sich, ein Patiententagebuch zu führen, in dem Sie ihre persönlichen Werte regelmäßig eintragen. Tagebuch-Vorlagen zum Ausdrucken finden Sie unter z. B. unter www.aok.de/copdtagebuch.

Was sagen die Werte aus

Im Vergleich zu Ihrem persönlichen Bestwert geben die Messungen folgende Anhaltspunkte: Peakflow-Wert 70 bis 100 %: Der Zustand der Atemwege ist stabil. Allgemein ist alles in Ordnung, bei Atemnot müssen Sie allerdings reagieren. Peakflow-Wert 50 bis 70 %: Der Zustand der Atemwege ist labil. In diesem Fall beraten Sie sich mit Ihrem Arzt, ob z. B. die Bedarfstherapie erhöht werden sollte (z. B. ein Atemzug mehr aus dem Inhalator). Er kann bei häufiger

Veränderung auch die Dauertherapie entsprechend anpassen. Peakflow-Wert unter 50 %: Der Zustand der Atemwege ist instabil. Notfallmedikamente einnehmen, Arzt anrufen und atmungserleichternde Sitzposition ausführen. Weitere Schritte des Notfallplans anwenden.

Wann Sie unbedingt den Peakflow-Wert messen sollten

Zu empfehlen ist eine Messung unbedingt in folgenden Situationen: Am Anfang der Erkrankung, denn da wissen Sie noch nicht, welchen Bestwert Sie erreichen können.

An Tagen, an denen Sie sich nicht wohl fühlen, z. B. wenn sich eine Erkältung oder Grippe ankündigt.

Bei einer beginnenden Atemnot. Dann wird der Peakflow-Wert meist sehr niedriger sein. Aber Achtung: Der Peakflow-Wert kann auch „hinterherhinken“ - vielleicht ist er noch gut, obwohl Sie schon zu wenig Luft ausatmen können. Seien Sie nicht auf den Peakflow-Wert fixiert - entscheidend ist, wie es Ihnen geht!

Wenn Sie Sport treiben. Auch dann kann sich der Peakflow-Wert verändern. Deshalb wird z. B. in den Lungensportgruppen vor Beginn der Stunde und zwischendurch immer mal gemessen.

RÖNTGENUNTERSUCHUNG

Die Röntgenuntersuchung geben Auskunft über etwaige Lungentumore. Vor allem bei Rauchern ist diese Untersuchung wichtig, denn die Zigaretten-Schadstoffe führen nicht nur zur Entzündung der Bronchien bzw. zu COPD, sondern können

eben auch Tumore verursachen.

Außerdem können auf dem Röntgenbild weitere Hinweise erkannt werden, die für COPD sprechen, beispielsweise verbreiterte Rippenzwischenräume, horizontal verlaufenden Rippen, durch krankhafte Bindegewebsvermehrung verdicktes Lungengerüst usw.

Natürlich kann ihr Arzt dafür auch auf bereits vorhandene Röntgenaufnahmen zugreifen, die eventuell schon vor kurzem von anderen Ärzten gemacht wurden. Sprechen Sie Ihren Arzt darauf an, um unnötige Strahlenbelastungen zu vermeiden.

LABORUNTERSUCHUNGEN

Um andere Ursachen für Ihre Symptome auszuschließen (oder zu bestätigen), wird der Arzt noch andere Laboruntersuchungen anordnen. So kann eine akute Verschlechterung der Atmung beispielsweise von einer Infektion herrühren. Um eine erbliche Form des Lungenemphysems nachzuweisen oder auszuschließen, wird die Konzentration des Alpha-1-Antitrypsin feststellen lassen. Dieses schützt normalerweise alle Gewebe im Körper, darunter auch die Lunge. Ist es nicht ausreichend vorhanden, kommt es zu COPD. Auch eine Blutarmut (Anämie) sollte bei COPD-Patienten ausgeschlossen werden. Denn ähnliche Symptome des Sauerstoffmangels können auch entstehen, wenn die Zahl der roten Blutkörperchen zu gering und deshalb der Hämoglobin-Wert zu niedrig ist.

BLUTGASANALYSE

Die Blutgasanalyse erlaubt Aussa-

gen darüber, wie viel Sauerstoff und wie viel Kohlendioxid das Blut des Patienten enthält. Das ist wichtig, um die Schwere der Erkrankung einschätzen zu können und Therapien festzulegen. Sind die Blutgaswerte sehr schlecht, wird der Arzt womöglich eine Sauerstofftherapie verordnen.

SONSTIGE WEITERFÜHRENDE UNTERSUCHUNGEN

In einigen Fällen wird auch eine Computertomographie, kurz CT, veranlassen. Beim CT kann man das überblähte Lungenwebe sehr gut sehen.

Auch eine Lungenspiegelung (Bronchoskopie) ist manchmal erforderlich. Bei der COPD-Diagnose nutzt der Pneumologe die Bronchoskopie, um in die Luftröhre und ihre Bronchien zu sehen und die Schleimhäute genauer zu betrachten. Zu diesem Zweck schiebt der Arzt einen etwa bleistiftdicken, biegsamen Schlauch, an dessen Ende sich eine kleine Kamera befindet, durch den Mund in die Atemwege. Bei der Untersuchung kann der Pneumologe direkt Gewebeproben entnehmen und anschließend feingeweblich untersuchen lassen (Biopsie).

Wenn sich Ihr Zustand verschlechtert, wird Ihr Arzt weitere Untersuchungen vornehmen oder auch wiederholen.

SCHWEREGRAD

Mediziner teilen die COPD nach den Kriterien der Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) in vier Klassen und vier Patientengruppen ein.

Der Schweregrad der COPD wird dabei in zwei Schritten ermittelt. Er richtet sich nach

- der Lungenfunktion,
- der Anzahl von deutlichen Verschlechterungen der Symptome (sog. Exazerbationsrate) und
- dem Ergebnis eines Patienten-Fragebogens (sog. COPD Assessment Test) zu den Symptomen.

Zuerst wird zur Bestimmung des COPD-Schweregrads das Ergebnis des Lungenfunktionstests herangezogen. Je nachdem, wie stark die Lungenfunktion schon beeinträchtigt ist, teilt man die Patienten in vier Klassen ein – von GOLD 1 (Stadium mit geringster Beeinträchtigung) bis GOLD 4 (Stadium mit höchster Beeinträchtigung). Wichtig für diese Einteilung sind wie bereits erwähnt die Werte FEV1 (größtmögliche Menge Luft, die Sie innerhalb einer Sekunde ausatmen können) und VC (Luftmenge, die Sie nach tiefem Einatmen mit maximaler Geschwindigkeit insgesamt wieder ausatmen können).

Das Verhältnis von FEV1 zu VC beträgt normalerweise mehr als 0,75 (75%), bei älteren Menschen liegt die Grenze bei einem Verhältnis von 0,7 (70%) – bei Menschen mit COPD ist dieser Wert niedriger.

COPD-Stadien nach GOLD

COPD-GOLD-Klasse	FEV1 (Sollwert = 100 %)	FEV1/VC 1
(leicht)	mind. 80% Soll	< 70% 2
(mittel)	50% bis 79% Soll	< 70% 3
(schwer)	30% bis 49% Soll	< 70% 4
(sehr schwer)	< 30% Soll	< 70%

Der zweite Schritt zur Bestimmung des COPD-Schweregrads nach GOLD besteht darin, die Anzahl der Symptomverschlimmerungen (sog. Exazerbationen) und die Symptom-schwere zu erfassen. Hierbei werden die Patienten entsprechend in Gruppen von A (gering) bis D (hoch) eingeteilt. Entscheidend für die Zuordnung zu einer Gruppe ist:

- die Häufigkeit von Krankheits-schüben in den vergangenen 12 Monaten (Exazerbationsrate) und
- die individuelle Ausprägung der Symptome (gemessen anhand eines Patientenfragenbogens).

Schweregrad der COPD-Symptome / Exazerbationen nach GOLD

Patienten-gruppe	Anzahl der Exazerba-tionen	Symptome
A	niedrig (max. 1 pro Jahr)	wenige
B	niedrig (max. 1 pro Jahr)	vermehrte

C	hoch (mind. 2 pro Jahr)	wenige
D	hoch (mind. 2 pro Jahr)	vermehrte

Der Lungenfunktionswert und die ABCD-Grade fließen also getrennt in den COPD-Schweregrad ein. Das heißt z. B., wenn Sie relativ gute FEV1-Werte aufweisen (= COPD-GOLD-Klasse 2), aber gleichzeitig zwei oder mehr Exazerbationen im Jahr mit vermehrten Symptomen haben (= Patientengruppe D), entspricht das dem COPD-Schweregrad GOLD D2.

Die GOLD-Klassifikation nach der Betrachtung des Lungenfunktions-werts und der ABCD-Grade der Symptome ermöglicht es den Ärzten, besser auf die einzelnen COPD-Pa-tienten einzugehen und die Behand-lung individueller zu gestalten.

Fazit Die Diagnose einer COPD ist eine langwierige Angelegenheit, da der Arzt sicherstellen muss, dass Husten und Atemnot nicht durch eine andere Erkrankung verursacht werden, z. B. durch Asthma bronchiale, einen Tumor oder eine Herzschwäche. Dafür sind ein ausführliches Anamnese-Gespräch mit anschlie-ßenden körperlichen Untersu-chungen notwendig. Vor alle der Lungenfunktionstest ist hierbei wich-tig, denn er gibt dem Arzt Aufschluss über die zugrunde liegende Erkran-kung und den Schweregrad der Atemwegsverengung. Nach dieser umfassenden Diagnostik können Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt etwas ge-gen das Voranschreiten der COPD

tun und wieder mehr Mobilität und Lebensqualität zurückgewinnen.

VERLAUF UND PROGNOSE

Der Verlauf einer COPD hängt zum einen davon ab, wie stark die Erkrankung ausgeprägt ist und zum anderen ganz besonders davon, wie sich die Betroffenen verhalten. Während die einfache chronische Bronchitis (die meist einer COPD vorausgeht) in kurzer Zeit ausheilen kann, ist eine COPD in der Regel nicht mehr vollständig heilbar.

Ein rauchfreies Leben hilft jedoch in vielen Fällen, den fortschreitenden Verlauf aufzuhalten und die Beschwerden erheblich zu lindern.

Zu den häufigsten Komplikationen, die bei einer COPD auftreten, zählen Infektionen der Bronchien und Lungenentzündung. Diese können dazu führen, dass sich der Zustand der Betroffenen akut verschlechtert.

Auch Zigarettenrauch, schädliche Gase, Stäube oder Dämpfe beeinträchtigen die Betroffenen stark.

Ist es im Verlauf der COPD bereits zu einem Lungenemphysem gekommen, sind die Prognose weitaus ungünstiger. Denn hierbei ist das Lungengewebe schon zu stark zerstört, die Schädigungen sind nicht mehr rückgängig zu machen.

Zusätzlich auftretende Erkrankungen von Herz und Lunge verschlimmern die COPD meist akut. Bemerkbar macht sich eine solche exazerbierte COPD durch folgende Symptome:

- zunehmende Atemnot
- vermehrter Husten
- zunehmender eitriger Auswurf

- Druck- und Engegefühl in der Brust
- Fieber Als Spätfolge der COPD kann das sogenannte Cor pulmonale auftreten – eine Schwächung und Vergrößerung des rechten Herzens aufgrund des erhöhten Widerstands in den Lungenarterien. Lebensgefährliche Komplikationen sind das Versagen von Atemmuskulatur und Herz.

SELBSTHILFEGRUPPEN UND BERATUNGSSTELLEN

COPD Selbsthilfe Gemeinschaft
www.copd-selbsthilfe.de

Deutsche Sauerstoff- und BeatmungsLIGA LOT e.V. Frühlingstraße 1 83435 Bad Reichenhall +49 (0) 8651 - 76 21 48 www.selbsthilfe-lot.de vorstand@sauerstoffliga.de

Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland Lindstockstraße 30 45527 Hattingen +49 (0)2324 - 99 90 00 patientenorganisation@lungenemphysem-copd.de www.lungenemphysem-copd.de

COPD – Deutschland e.V. Fabrikstraße 33 47119 Duisburg +49 (0)2324 - 99 90 00 vorstand@copd-deutschland.de www.copd-deutschland.de

Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. www.pat-liga.de

Deutsche Atemwegsliga e.V. kontakt@atemwegsliga.de www.atemwegsliga.de

Bestellen Sie auch den Ratgeber Nr. 17 „Gut leben trotz COPD“ gratis in unserem Service Center.

Weitere Ratgeberbroschüren bestellen

Wir halten für Sie über 50 weitere Ratgeberbroschüren mit interessanten und wertvollen Informationen für Ihren Alltag bereit. Selbstverständlich aktualisieren wir unser Angebot fortwährend für Sie. Übrigens - im Rahmen des BESSER LEBEN RATGEBER SERVICE können Sie sich jeden Monat kostenfrei eine weitere Broschüre zusenden lassen.

Wählen Sie aus diesen Kategorien:

- Rente & Vorsorge
- Gesundheit
- Beruf, Steuern und Finanzen
- Wellness & Ernährung
- Familie und Soziales

Alle verfügbaren Ratgeber können Sie ganz bequem einsehen auf unserer Internetseite **www.besser-leben-service.de**.

Alternativ stellt Ihnen unser Service Team die Ratgeber auch gern persönlich unter 030 - 231 888 394 vor. Wir freuen uns auf Ihren Anruf.



BESSER LEBEN RATGEBER SERVICE

Impressum:

GDI Gesellschaft für Digitale Informationsdienste mbH

Geschäftsführer: Jürgen Brockmann

Büro Leipzig: Lützowstraße 11 A, 04155 Leipzig

Büro Berlin: Oranienburger Straße 5, 10178 Berlin

Handelsregister: Amtsgericht Leipzig, HRB 16737

USt-ID: DE 209803796