



Presseaussendung

Gesundheit / Oberösterreich

8.11.2016 / Kepler Universitätsklinikum GmbH

„Schach dem Lungentod!“

Experten fordern: Schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankungen – COPD – müssen genauso ernst genommen werden wie Herzinfarkt!

Die chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen – COPD, Lungenemphysem und chronisch obstruktive Bronchitis sind echte „Killerkrankheiten“: Sie kosten weltweit jährlich mehr als fünf Millionen Menschen das Leben. Nach Herzinfarkt und Schlaganfall ist COPD die dritthäufigste Todesursache weltweit - Tendenz steigend. Experten* der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP) weisen anlässlich des Welt-COPD-Tages am 9. November darauf hin, dass akute Verschlechterungen bzw. „Exazerbationen“ der COPD in ihrer Lebensbedrohlichkeit einem akuten Herzinfarkt gleichgesetzt, dementsprechend ernst genommen und häufig intensivmedizinisch behandelt werden müssen. In Österreich allerdings kommen lebensnotwendige diagnostische Verfahren, wie die Blutgasanalyse, und therapeutische Interventionen, wie die nicht-invasive Beatmung, nicht in allen Krankenhäusern im notwendigen Ausmaß zur Anwendung. Analog zu „Schach dem Herztod“ möchte die ÖGP nun mit dem Slogan „Schach dem Lungentod“ die erforderlichen Schritte aufzeigen.

COPD – eine zerstörerische Erkrankung

COPD ist eine chronische Krankheit, die zur Zerstörung der Bronchien, der Lungenbläschen und der Lungengefäße führt. Ausgelöst und verstärkt wird COPD durch Aktiv- und Passivrauchen, Schadstoffeinwirkung wie Feinstaub und Abgase sowie gehäufte Infekte.

Auch wenn COPD nicht heilbar ist, gibt es dennoch therapeutische Möglichkeiten, um das Fortschreiten der Krankheit aufzuhalten und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Wer an COPD erkrankt ist, muss damit rechnen, dass seine Lebenserwartung um bis zu zehn Jahre verkürzt ist. Die Krankheit ist unter anderem deshalb so heimtückisch, da sie sich meist sehr langsam über einige Jahrzehnte hinweg entwickelt. **Prim. Univ.-Prof. Dr. Meinhard Kneussl,**

Vorstand der 2. Medizinischen Abteilung mit Pneumologie, Wilhelminenspital Wien, Medizinische Universität Wien, und Präsident der ÖGP: „Symptome wie chronischer Husten mit Auswurf und Atemnot werden von den Patienten oft nicht richtig wahr- und ernstgenommen und somit auch nicht dem Arzt mitgeteilt. Dabei gilt: Je früher die Erkrankung diagnostiziert und behandelt wird, desto besser kann ihr Fortschreiten aufgehalten und dem schleichenden Verlust der Lungenfunktion entgegengewirkt werden; desto höher sind aber auch die Lebenserwartung und die Lebensqualität der Patienten.“ Doch welche Bedeutung das Auftreten der Symptome hat, wird leider oft „verschlafen“: In 90% der Fälle kommt es erst dann zur Diagnose COPD, wenn bereits Atemnot – und diese auch meist bereits bei geringer Anstrengung – vorliegt. Zu diesem Zeitpunkt aber sind in der Regel bereits 50% der Lungenstruktur angegriffen oder unwiederbringlich zerstört. Dabei würde bereits ein einfacher Lungenfunktionstest Aufschluss geben können. COPD wird – nach dem Ergebnis des Lungenfunktionstests – in vier Stadien eingeteilt: von Stadium I (leicht) bis Stadium IV (sehr schwer).

Lebensbedrohliche Exazerbation bei COPD ist mit Situation bei akutem Herzinfarkt gleichzusetzen

„Besonders gefürchtet sind die akuten Verschlechterungen dieser chronischen Erkrankung, die auch als Exazerbation bezeichnet werden“, erläutert der Lungenfacharzt **Prim. Priv.-Doz. Dr. Bernd Lamprecht**, Generalsekretär der ÖGP. „Exazerbationen gehen mit einem besonders starken Verlust an Lungenfunktion und weitreichenden Einschränkungen der Lebensqualität einher. Schwere Exazerbationen, also jene die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, sind mit einer Sterblichkeit verbunden, die jener bei akutem Herzinfarkt entspricht.“ Lamprecht weiter: „Während jedoch bei Verdacht auf Herzinfarkt sofort alle alarmiert sind und eine genau definierte diagnostische und therapeutische Kaskade abläuft, ist bei einer COPD-Exazerbation dieses für das Überleben der Patienten so wichtige klar strukturierte Vorgehen mitunter nicht gegeben.“

COPD führt zu CO²-Vergiftung

Atemversagen ist eine der häufigsten Todesursachen bei schwerer COPD. Dem akuten Atemversagen geht eine schleichende chronische Verschlechterung der Atemleistung voran, die zu einer chronischen CO²-Vergiftung im Blut führt. Der Grund dafür: Die Patienten können bei stark eingeschränkter Lungenfunktion das im Körper als Stoffwechselprodukt anfallende CO² nicht mehr abatmen und sterben an der daraus resultierenden CO²-Vergiftung, wenn sie nicht rechtzeitig auf eine Intensivstation gebracht und dort beatmet werden. Kneussl: „Erhalten die Patienten bereits bei geringer chronischer CO²-Erhöhung im Blut eine Atemunterstützung, eine sogenannte nicht-invasive Beatmung mittels Atemmaske, können die CO²-Werte normalisiert werden; dies wiederum führt nicht nur zu einer deutlichen Milderung der Atemnot, auch die Sterberate sinkt drastisch.“

„Schach dem COPD-Lungentod“ – Management der COPD muss verbessert werden

Voraussetzung dafür aber ist, dass Patienten mit schwerer COPD regelmäßig auf eine eingeschränkte CO²-Abatmung mittels Blutgasmessung ab dem Zeitpunkt von schwerer Atemnot und Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit untersucht werden müssen.

Lamprecht: „In Österreich gibt es diesbezüglich aber noch Defizite.“ Das in Österreich durchgeführte COPD-Audit, in dessen Rahmen die Praxis der Behandlung der akuten Verschlechterung von COPD im Krankenhaus untersucht wurde, zeigte, dass bei durchschnittlich 17% der Patienten, die in der Notaufnahme aufgenommen werden, überhaupt keine Messung der Blutgase durchgeführt wird. Und nicht einmal die Hälfte der Patienten mit akuter CO²-Erhöhung wird in Krankenhäusern einer Maskenbeatmung zugeführt.

Lamprecht: „Eine durchgehende Behandlungsstrategie ist von größter Wichtigkeit! Um die Qualität der Behandlung zu erhöhen, muss eine einheitliche Behandlungsstrategie für die chronische schwere COPD etabliert werden. Die heute verfügbaren inhalativen medikamentösen Therapien zielen neben einer Verbesserung der Lungenfunktion, Abnahme der Atemnot und Verbesserung der Belastungstoleranz insbesondere auch auf eine Reduktion der gefürchteten Exazerbationen. Weitere Optimierungen im Management der Erkrankung sind insbesondere durch eine Verbesserung bei der Behandlung akuter schwerer Exazerbationen im Krankenhaus zu erwarten. Denn hier stehen für die Behandlung von COPD, bei vergleichbarem Risiko, nicht dieselben Ressourcen zur Verfügung wie dies für Herzinfarkte oder Schlaganfälle gewährleistet ist!“

Rehabilitation – nach Herzinfarkt außer Frage, bei COPD noch erheblicher Verbesserungsbedarf

Eine Sensibilisierung der Betroffenen für Erstsymptome, dadurch eine möglichst frühe Diagnosestellung sowie frühzeitige Einleitung adäquater therapeutischer Interventionen und natürlich die Vermeidung von Risikofaktoren – hier steht an erster Stelle das Vermeiden von Zigarettenrauch – aber auch vorbeugende Maßnahmen wie eine Impfung gegen Influenza (Grippe) und Pneumokokken (Erreger der Lungenentzündung) sind wichtige Punkte im Kampf gegen „den Lungentod durch COPD“.

Lamprecht: „Weiters muss die Therapietreue der Patienten gestärkt werden – dazu zählt, dass nicht nur die optimale inhalative Therapie für den individuellen Patienten gefunden, sondern auch die richtige Anwendung geübt werden muss. Auch die Handhabung der Langzeitsauerstofftherapie oder der nicht-invasiven Beatmung über den Krankenhausaufenthalt hinaus muss erlernt und geübt werden. Eine Motivation zur regelmäßigen körperlichen Bewegung, im Bereich des Möglichen, und die ‚richtige‘ Ernährung, da viele COPD-Patienten an Untergewicht leiden, wird am besten im Zuge eines Rehabilitationsaufenthalts dem Patienten näher gebracht.“ Kneussl abschließend: „Doch während ein Reha-Aufenthalt nach einem Herzinfarkt als selbstverständlich gilt, muss das Bewusstsein dafür bei COPD in den Köpfen der Patienten, Ärzte und Sozialversicherungsträger noch besser verankert werden. Nur ein umfassendes Paket – von möglichst frühzeitiger Diagnostik, über die dem COPD-Stadium entsprechenden Therapie, über eine klar definierte Interventionskaskade bei akuter Exazerbation der COPD bis hin zur Rehabilitation kann – analog zum Herzinfarkt – auch bei COPD die Sterblichkeit senken und die Lebensqualität der Patienten erhöhen. Nur dieses Bündel an Maßnahmen kann ein ‚Schach dem Lungentod‘ Wirklichkeit werden lassen.“

Rückfragen-Kontakt:

Prim. Priv.-Doz. Dr. BERND LAMPRECHT

Vorstand der Klinik für Lungenheilkunde / Pneumologie

Wissenschaftlicher Leiter der Pneumologischen Rehabilitation, Rehaklinik Enns
Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie



Kepler Universitätsklinikum GmbH
Med Campus III.
4021 Linz, Krankenhausstraße 9
AUSTRIA
T +43 (0)5 7680 83 - 6910, F +43 (0)5 7680 83 - 6915
bernd.lamprecht@kepleruniklinikum.at
www.kepleruniklinikum.at