AOK
Die Gesundheitskasse.

Freier atmen, besser leben

Das Handbuch zu Asthma bronchiale

Curaplan

Impressum

1. Auflage, März 2020
Herausgeber: AOK-Bundesverband, Berlin

Medizinische Beratung:
Dr. Eike Eymers
Dr. Gabriele Müller de Cornejo

Text:
Ulrike Viegener
Redaktion:
Katja Winckler

Gestaltung: KomPart
Creative Director: Sybilla Weidinger
Titelfoto: AOK

Druck: Albersdruck GmbH & Co. KG, Düsseldorf

Freigabe durch BAS: 12.2.2020

© KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Job-Nr.: 20-0474

Fotos/Bildnachweise: AOK, istockphoto: S. 13 (south agency), S. 15 (svetkid), S. 16 (SerrNovik), S. 17 (bymuratdeniz), S. 44 (CecilieArcurs), S. 53 (baona), S. 56 (shironosov), S. 60 (matimix), S. 61 (matimix,W6), S. 62 (Peopleimages), S. 72 (AndrisTkachenko), S. 80 (Johanmandic), S. 84 (Jens Rother), S. 89 (urbazon)

Illustrationen/Grafiken: Sommer Illustration, Hamburg

Die Texte und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt und dürfen ohne Zustimmung des Verlags nicht reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.
ISBN 978-3-940172-55-6

Hinweis: Die Informationen in diesem Buch sind von den Autoren, der Redaktion und dem Herausgeber sorgfältig geprüft, stellen aber keinen Ersatz für eine medizinische Beratung und Betreuung dar. Autoren, Redaktion und Herausgeber übernehmen daher keine Haftung für etwaige Schäden, die sich durch Handlungen auf Basis der Empfehlungen dieses Buches ergeben.

Herzlich willkommen bei AOK-Curaplan Asthma!

Sie nehmen am Disease-Management-Programm der AOK teil – eine sehr gute Entscheidung. Bei AOK-Curaplan Asthma werden Sie oder Ihr Kind rundum bestens betreut. Nach einem strukturierten Plan werden Sie mit Medikamenten behandelt, die sich bereits bei vielen Patienten* bewährt haben. Gleichzeitig bietet das Programm aber genügend Spielraum für eine maßgeschneiderte Therapiestrategie. Asthma ist nämlich nicht gleich Asthma.

Wirksame Medikamente sind ein zentraler Baustein der Asthmabehandlung, aber nicht-medikamentöse Maßnahmen – Atemtechniken, Fitnesstraining, Nichtrauchen – tragen ebenfalls entscheidend zum Therapieerfolg bei. Sie selbst können viel dafür tun, dass es Ihnen gut geht. Das fängt damit an, dass Sie lernen, die Botschaften Ihres eigenen Körpers zu verstehen. Und es ist wichtig, dass Sie die Medikamente auch wirklich so anwenden, wie es Ihnen Ihr Arzt erklärt. Nutzen Sie die Chance und werden Sie Ihr eigener Gesundheitsexperte! Die AOK unterstützt Sie dabei.

Für Eltern gibt es in diesem Handbuch spezielle Unterkapitel zu Themen, die sie erfahrungsgemäß besonders interessieren. Diese Abschnitte finden Sie auf den Seiten, die mit dem Hinweis „Für Eltern“ gekennzeichnet sind.

Das Patientenhandbuch soll Ihnen vor allem praktische Informationen an die Hand geben. Ein bisschen Theorie muss schon sein, damit Sie die Krankheit besser verstehen. Vor allem aber geht es darum, dass Sie oder Ihr Kind im Alltag möglichst gut mit dem Asthma zurechtkommen. Wir haben Betroffene gefragt, was sie ganz besonders interessiert: alltagsrelevante Themen und auch psychische Aspekte. Dieses Feedback haben wir berücksichtigt.

Alles Gute wünscht
Ihre AOK

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Buch die männliche Form verwendet. Gemeint sind in allen Fällen jedoch selbstverständlich immer alle Geschlechter.

INHALTSVERZEICHNIS

1. KAPITEL
Was ist Asthma?
Auch Atemwege können überreagieren 6

FÜR ELTERN
Wächst sich das Asthma nicht vielleicht aus? 16

2. KAPITEL
Welche Untersuchungen stehen an?
Pusten und provozieren 18

FÜR ELTERN
Hat mein Kind wirklich Asthma? 28

3. KAPITEL
Wie wird Asthma behandelt?
Die medikamentöse Therapie fährt zweigleisig 30

4. KAPITEL
Wie inhaliere ich richtig?
Übung macht den Meister 42

5. KAPITEL
Asthmamanagement – wie geht das?
Sie können selbst einiges tun 50

FÜR ELTERN
Müssen wir den Hund wirklich abgeben? 56

FÜR ELTERN
Darf mein Kind Sport machen? 60

6. KAPITEL
Nicht rauchen – wie soll ich das schaffen?
Sich selbst auf die Schliche kommen 68

7. KAPITEL
Mein Peak-Flow-Wert – im grünen Bereich?
Das Ampelschema macht die Antwort leicht 74

8. KAPITEL
Was, wenn das Asthma schlimmer wird?
Warnzeichen erkennen und richtig reagieren 78

9. KAPITEL
Tipps für alle Lebenslagen 84

Glossar 92

Adressen, Links und Literaturtipps 97

Stichwortverzeichnis 100

1

KAPITEL 1

Was ist Asthma?

Auch Atemwege können überreagieren

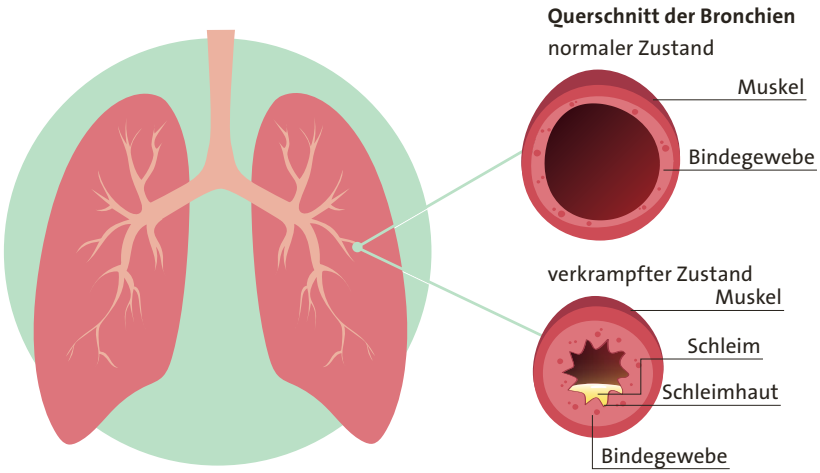
Plötzliche Atemnot, Pfeifgeräusche und Husten sind typische Asthmazeichen. Sie kennen das. Aber kennen Sie auch die Ursache? In diesem Kapitel erfahren Sie mehr darüber.

Asthma bronchiale – oft einfach nur Asthma genannt – ist eine häufige Atemwegserkrankung. Eine meist chronisch entzündliche Atemwegserkrankung, um genau zu sein. Chronisch bedeutet: Die Erkrankung verschwindet – anders als etwa ein Schnupfen – nicht nach ein paar Tagen oder Wochen, sondern hält über einen langen Zeitraum an. Über viele Jahre hinweg und oft sogar ein Leben lang. Die Atemwege sind zeitweise verengt – das ist der Grund für Ihre Atemnot. Typischerweise treten die Atembeschwerden bei Asthma plötzlich auf und danach ist der Spuk erst mal wieder vorbei. Bei leichterem Asthma kann es längere beschwerdefreie Phasen geben. Bei schwerem Asthma allerdings werden die Atemprobleme zu ständigen Begleitern.

Schleimhaut chronisch entzündet

Die Atemwege (Bronchien) von Menschen mit Asthma sind leicht reizbar und reagieren überempfindlich. Manchen Patienten machen harmlose Pollen in der Frühlingsluft zu schaffen, andere bekommen in verqualmten Räumen Atemnot. Egal, was der Auslöser ist, es passiert immer dasselbe: Die Muskulatur der Bronchien zieht sich zusammen und die Schleimhaut schwillt an. Deshalb wird es eng in den Atemwegen und Sie bekommen plötzlich schlecht Luft. Bei den meisten Asthmatikern ist die Schleimhaut, mit der die Atemwege innen ausgekleidet sind, ständig entzündet. Diese Entzündung ist für die Überempfindlichkeit der Bronchien verantwortlich. Und auch für den Hustenreiz und die Atemgeräusche ist letztlich die Entzündung ursächlich (siehe Abbildung auf Folgeseite).

Blick in die Atemwege



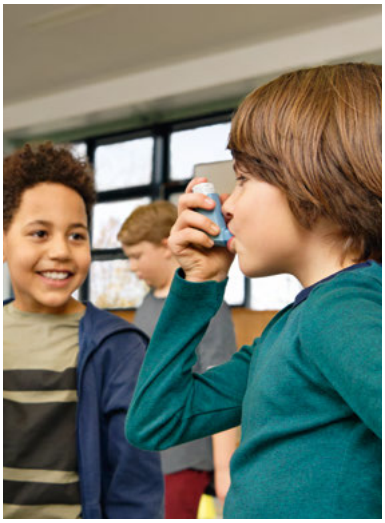
Jedes 10. Schulkind hat Asthma

Asthma kommt häufig vor: In Deutschland ist von rund acht Millionen Betroffenen auszugehen. Bei Kindern ist Asthma sogar die häufigste chronische Erkrankung überhaupt. Jedes siebte bis zehnte Schulkind leidet an Asthma, das haben Studien gezeigt. Oft wird die Erkrankung erst in diesem Alter festgestellt, obwohl sie bereits seit vielen Jahren besteht. In rund 70 Prozent der Fälle treten die ersten Anzeichen der chronischen Atemwegserkrankung bereits vor dem fünften Lebensjahr auf. Bis zur Diagnose vergehen aber im Schnitt fünf Jahre. Das ist wertvolle, verpasste Zeit: Asthma sollte früh und konsequent behandelt werden, damit die Kinder möglichst wenig beeinträchtigt werden und unbeschwert aufwachsen können. Außerdem zielt die frühzeitige Behandlung darauf ab, den Verlauf der Atemwegserkrankung günstig zu beeinflussen. Wenn Ihr Kind also wiederholt oder sogar ständig unter Atembeschwerden leidet, sollten Sie dies unbedingt zeitnah von einem Arzt abklären lassen.

Asthma ist nicht gleich Asthma

Sollte der Arzt den Verdacht haben, dass es sich um Asthma handelt, wird er eine Reihe von Untersuchungen durchführen. Er muss zunächst einmal ausschließen, dass andere Erkrankungen hinter den Beschwerden stecken. Steht die Asthmadiagnose sicher fest, beginnt die Ursachenforschung.

Denn Asthma ist nicht gleich Asthma. Es gibt verschiedene Formen, die eventuell unterschiedlich zu behandeln sind. Allen Formen ist gemeinsam, dass die Bronchien besonders empfindlich sind und in bestimmten Situationen überreagieren.



Jedes 10. Schulkind hat Asthma. Es ist wichtig, Asthma früh und konsequent zu behandeln.

Die Einteilung des Asthmas ist nicht in Stein gemeißelt. Immer wieder hat die Forschung neue Details ans Licht gebracht, die dazu geführt haben, die Einteilung anzupassen. Früher wurde in erster Linie allergisches Asthma von nicht-allergischem Asthma unterschieden, doch es hat sich gezeigt, dass es ganz so einfach nicht ist. Es gibt eine ganze Reihe unterschiedlicher Asthmatypen, wobei auch Mischformen und fließende Übergänge existieren.

Für die Behandlung ist es vor allem wichtig, ob die Schleimhaut der Bronchien entzündet ist. Bei den allermeisten Patienten ist dies der Fall, und zwar bei allergischem ebenso wie bei nicht-allergischem Asthma. Die Entzündung steht im Zentrum des Krankheitsgeschehens und muss unter Kontrolle gebracht werden. Deshalb sind in aller Regel Entzündungshemmer – sprich Kortison und Co. – bei Asthma die Basistherapie. Es gibt aber auch Asthmatiker, bei denen die Entzündung nicht so im Vordergrund steht. Sie benötigen eine andere Therapie.

Allergisches Asthma

In vielen Fällen ist Asthma allergisch bedingt. Die Betroffenen reagieren überempfindlich, wenn sie mit harmlosen Umweltbestandteilen in Berührung kommen, die als Allergene bezeichnet werden. Häufige Asthmaauslöser sind Pollenkörner (Blütenstaub) von Gräsern und Bäumen sowie Ausscheidungsprodukte der Hausstaubmilbe, aber auch Haare und Speichel von Haustieren spielen eine wichtige Rolle. Diese Allergene geraten

mit der Atemluft in die Bronchien und lösen dort Abwehrreaktionen des körpereigenen Immunsystems aus. Deshalb werden sie Inhalationsallergene genannt (Inhalation heißt Einatmen). Aber auch Bestandteile der Nahrung können bei einem Allergiker Asthmabeschwerden provozieren: Die Nahrungsallergene werden aus dem Darm ins Blut aufgenommen und können so in die Atemorgane gelangen.

Tritt eine allergische Reaktion auf, muss vorher eine Sensibilisierung stattgefunden haben: Das körpereigene Abwehrsystem hält ein harmloses Teilchen – zum Beispiel ein Pollenkorn der Birke – irrtümlich für gefährlich und greift es an: Dazu werden sogenannte IgE-Antikörper gebildet. Diese Waffen des Immunsystems passen – wie ein Schlüssel zum Schloss – zu Stoffen, die das Pollenkorn auf seiner Oberfläche trägt.

Allergisches Asthma: Reize, zum Beispiel Staub, können heftige körperliche Reaktionen auslösen.

Die IgE-Antikörper besitzen ein „Gedächtnis“ und liegen fortan auf der Lauer. Der Körper befindet sich nach der Sensibilisierung ständig in Alarmbereitschaft und jeder erneute Kontakt mit Birkenpollen – um bei diesem Beispiel zu bleiben – führt zu einer allergischen Reaktion: Die IgE-Antikörper binden sich an die Pollenkörner und das Schloss schnappt zu. Das ist das Signal für sogenannte Mastzellen, die ebenfalls zur Immunabwehr unseres Körpers gehören. Die Mastzellen schütten nun große Mengen an Histamin und anderen entzündungsfördernden Botenstoffen aus. Auf diese Weise sollen die Pollenkörner außer Gefecht gesetzt werden. Kommt ein Asthmatiker mit seinem Allergen in Kontakt, geht alles ganz schnell: Die beschriebenen Abwehrreaktionen laufen in Windeseile ab und es vergehen nur Minuten, bis sich die Bronchien verkrampfen und Atembeschwerden auftreten.
Kinder und Jugendliche leiden in aller Regel unter allergischem Asthma,

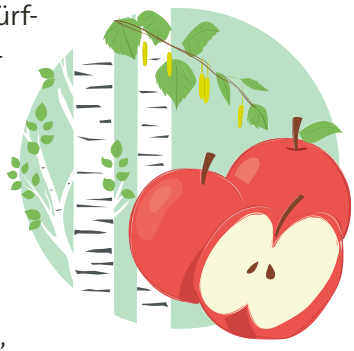
das in manchen Familien gehäuft auftritt. Es gilt als erwiesen, dass es eine genetische Veranlagung für Allergien und auch für allergisches Asthma gibt. Bei einer solchen Veranlagung ist das Risiko erhöht, es muss aber nicht zwangsläufig zur Erkrankung kommen. Offenbar spielen weitere Faktoren eine Rolle. Welche das sind, ist nicht abschließend geklärt.

Saisonales Asthma

Bei allergischem Asthma kommen milde bis schwere Verläufe vor. Wie stark es jemanden erwischt, hängt unter anderem davon ab, auf wie viele Allergene er reagiert. Es gibt Asthmatiker, die nur gegen eine bestimmte Pollensorte – zum Beispiel Birkenpollen – allergisch sind. Sie haben Glück im Unglück, weil sie nur wenige Monate im Jahr Beschwerden haben. Hat die Birke aufgehört zu stäuben, ist Ruhe bis zur nächsten Pollensaison. In diesen Fällen spricht man von saisonalem Asthma. Durch Pollen ausgelöstes Asthma geht häufig aus einem Heuschnupfen hervor. Man sagt: Die Allergie hat die Etage gewechselt und ist von der Nase in die Bronchien – also von den oberen in die unteren Atemwege – umgezogen.

Wenn die Birke mit dem Apfel ...

Zunehmend sind Allergiker aber nicht nur gegen einen Stoff, sondern gleich gegen mehrere sensibilisiert. Das können verschiedene Pollen sein. Aber man kann auch gleichzeitig gegen Pollen und Nahrungsmittel allergisch sein. Bei Birkenpollen-Allergikern kommen solche Kreuzallergien häufiger vor. Die Betroffenen reagieren dann auch auf Äpfel, Karotten, Sojabohnen oder Erdnüsse. Der Grund dürfte sein, dass diese Früchte/Gemüse ähnliche Strukturmerkmale auf ihrer Oberfläche tragen wie die Birkenpollen. Meist treten nach dem Verzehr kritischer Nahrungsmittel nur leichte Beschwerden im Mund und Rachen auf. Juckreiz an der Lippe oder ein pelziges Gefühl an der Zunge sind typische Zeichen. Es kann aber auch zu schwereren allergischen Reaktionen mit Zungenschwellung, Erbrechen, Atemnot und/oder Nesselfieber kommen.



Pollen und Milben: Sie sind häufig schuld

Häufige Auslöser von allergischem Asthma sind Pollen von Gräsern und Bäumen sowie Kot der Hausstaubmilbe. Diese Allergene tragen auf ihrer Oberfläche Kennzeichen, die das Immunsystem irrtümlich für gefährlich hält. Es produziert deshalb spezifische Abwehrwaffen (Antikörper) und feuert sie in Zukunft jedes Mal ab, wenn der Allergiker mit den kritischen Pollen bzw. mit Hausstaub in Kontakt kommt. Die Bronchien ziehen sich zusammen und der Patient bekommt Atemnot. Auch Tierhaare und Sporen von Schimmelpilzen spielen als Allergene bei Asthma eine wichtige Rolle.

Das heißt nun aber nicht, dass alle Menschen, die allergisch gegen Birkenpollen sind, die genannten Früchte und Gemüse von ihrem Speisezettel streichen müssen. Nur wenn nach dem Verzehr nachweislich allergische Beschwerden auftreten, sollte auf das betreffende Nahrungsmittel verzichtet werden.

Eosinophiles Asthma

Das eosinophile Asthma zählt zu den nicht-allergischen Asthmaformen. Ebenso wie beim allergischen Asthma spielen aber auch hier Zellen der körpereigenen Abwehr die entscheidende Rolle. In diesem Fall sind es die eosinophilen Granulozyten (EOS), die „falsch“ reagieren. EOS sind bei diesem Asthmatyp in großen Mengen im Blut und im Lungengewebe zu finden. Normalerweise sind die EOS für die Abwehr von Krankheitserregern zuständig, beim eosinophilen Asthma jedoch spielen sie verrückt und greifen die Schleimhäute der Atemwege an. Sie rufen eine massive

Entzündung hervor, die abgesehen von den Bronchien mit ihren feinen Verästelungen typischerweise auch die Nasennebenhöhlen erfasst. Eosinophiles Asthma tritt meist bei Erwachsenen ab dem 35. Lebensjahr auf. Die Krankheitsverläufe sind in aller Regel schwer.

Mischformen des Asthma

Die meisten Asthmatiker leiden unter Mischformen. Bei allergischem Asthma treten die Atemprobleme in erster Linie auf, wenn die Betroffenen mit „ihrem“ Allergen oder „ihren“ Allergenen in Kontakt kommen. Infolge der chronischen Entzündung sind ihre Atemwege allerdings ständig gereizt und neigen dazu, zu verkrampfen – manchmal auch ohne Allergenkontakt. Unterschiedliche Faktoren können die Asthmabeschwerden verschlimmern. Atemwegsinfektionen mit Viren und Bakterien zählen ebenso zu diesen Triggerfaktoren wie das Einatmen von Schadstoffen, zum Beispiel von Zigarettenrauch, Ozon und Dieselpartikeln. Aber auch kalte Atemluft reizt die empfindlichen Atemwege und sorgt nicht nur bei winterlichen Temperaturen, sondern eventuell auch bei nebligem Wetter für verstärkte Beschwerden.

Zigarettenrauch reizt die Atemwege – egal bei welcher Art von Asthma.

Anstrengungsasthma: Das sollten Sie wissen

Häufig werden Asthmabeschwerden durch körperliche Anstrengung ausgelöst. Bis zu 90 Prozent aller Asthmatiker sollen betroffen sein, und zwar Allergiker ebenso wie Nicht-Allergiker. Beim Sport zum Beispiel werden Menschen mit Anstrengungsasthma plötzlich kurzatmig und bekommen keine Luft. Vor allem zu Beginn, wenn sich der Körper warmläuft, aber auch nach dem Sport, wenn die Aktivität wieder heruntergefahren wird, treten die Atembeschwerden auf.

Menschen mit Anstrengungsasthma benötigen unter Umständen eine Anpassung ihrer Basismedikamente.

Ein solches Anstrengungsasthma ist ein Zeichen dafür, dass mit der medikamentösen Einstellung etwas nicht stimmt. Bei den meisten Alltagstätigkeiten – beim Spaziergang mit dem Hund zum Beispiel oder bei Arbeiten im Haushalt – ist alles okay. Aber wenn es richtig anstrengend wird wie beim Sport, reichen die Medikamente nicht aus, um das Asthma in Schach zu halten. Deshalb muss die medikamentöse Basistherapie bei Belastungsasthma angepasst werden.

Wenn man sich körperlich anstrengt, wird die Atmung schneller und tiefer und man atmet mehr durch den Mund. Im Unterschied zur normalen Atmung durch die Nase strömen große Mengen Atemluft ungefiltert, nicht vorgewärmt und nicht befeuchtet in die unteren Atemwege ein. Und das kann bei überempfindlichen Bronchien zu Atemproblemen führen. Vor allem bei winterlichen Temperaturen und trockener Luft sollten Betroffene beim Sport und anderen körperlich anstrengenden Tätigkeiten – beim Schneeschippen zum Beispiel – vorsichtig sein.

Ausdauersport ist gerade gut

Aufpassen ja, Anstrengung meiden nein. Anstrengungsasthma führt – auf den ersten Blick verständlich – häufig zu Schonverhalten: Die Betroffenen gehen anstrengenden Tätigkeiten aus dem Weg und treiben keinen Sport. Auf den zweiten Blick jedoch erweist sich genau das als falsch. Menschen mit Asthma und auch mit Anstrengungsasthma wird sogar empfohlen, regelmäßig etwas Sport zu machen. Denn das fördert ihre Fitness und Belastbarkeit. Wichtig ist, dass die Betroffenen ein Gespür dafür bekommen, wie weit sie ihren Körper fordern können und wann er mit Atemproblemen reagiert.

Bei Anstrengungsasthma wird ein ein individuell angepasstes körperliches Training empfohlen.

Etwas ganz anderes als Anstrengungsasthma ist das durch Extremsport ausgelöste Asthma, das zum Beispiel bei Marathonläufern beobachtet wird. Bei dieser seltenen Asthmaform wird die Atemwegserkrankung durch eine dauerhafte Extrembelastung des Körpers ausgelöst, die zu Umbauten in den Atemorganen führt. In diesen Fällen sollten die sportlichen Aktivitäten reduziert werden, weil sie die Ursache der Beschwerden sind. Beim Anstrengungsasthma jedoch ist dies nicht der Fall.

Rundum bestens betreut

AOK-Curaplan Asthma ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP). Medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen sind dabei in sinnvoller Weise verzahnt. Die Patienten werden umfassend geschult und so in die Lage versetzt, ihre Atemwegserkrankung optimal zu managen. Ihr koordinierender Arzt ist in der Regel Ihr Hausarzt.

WÄCHST SICH DAS ASTHMA NICHT VIELLEICHT AUS?

Es ist mitunter nicht leicht, Eltern davon zu überzeugen, dass Asthma konsequent behandelt werden muss. „Das wächst sich schon aus“, ist ein häufig vorgebrachtes Argument. Aber das stimmt so leider nicht.

In der Tat gibt es Kinder, bei denen die Asthmabeschwerden im Laufe der Jahre abnehmen und bis zur Pubertät ganz verschwunden sind. Etwa die Hälfte aller Kinder mit Asthma hat im Erwachsenenalter keine Beschwerden mehr. Das heißt aber nicht, dass auch die Überempfindlichkeit der Atemwege verschwunden ist. Diese bleibt meist ein Leben lang bestehen. Und deshalb kann das Asthma jederzeit wiederkommen: Rund ein Drittel der Erwachsenen, die als Kinder an Asthma gelitten haben, dann aber beschwerdefrei wurden, entwickeln plötzlich wieder Atemprobleme. Mit anderen Worten: Wirklich ausgewachsen hatte sich das Asthma nicht.

Und es gibt auch die andere Hälfte der Kinder: Bei ihnen bleibt das Asthma – ohne Pause – bis ins Erwachsenenalter bestehen. Es muss sogar damit gerechnet werden, dass die Beschwerden im Laufe der Zeit zunehmen. Außerdem kann es zu bleibenden Einbußen der Lungenfunktion und der Leistungsfähigkeit kommen. Bei schweren Verläufen geht das mitunter sehr schnell.

Atembeschwerden Ihres Kindes sollten Sie ernst nehmen, dabei aber gelassen bleiben.

Sichere Vorhersage nicht möglich

Je schwerer das Asthma in der Kindheit ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit eines günstigen Spontanverlaufs. Aber: Genau vorhersagen lässt sich nicht, wie sich ein Asthma im individuellen Fall entwickeln wird. Auch bei Kindern mit leichterem Asthma kann die Erkrankung bis ins Erwachsenenalter fortbestehen und eventuell schlimmer werden.

Deshalb sollte kindliches Asthma immer behandelt werden, und zwar konsequent und so früh wie möglich. Dann stehen die Chancen gut, dass sich die Asthmaerkrankung stabilisieren lässt und Folgeschäden verhindert werden können.
Entscheidend ist, dass man die chronische Entzündung der Bronchialschleimhaut in den Griff bekommt. Deshalb sind Entzündungshemmer wie Kortison und Co. bei Asthma in aller Regel die Basistherapie.

Die konsequente Behandlung der chronischen Atemwegsentzündung zielt im Übrigen nicht nur darauf ab, den Verlauf des Asthmas günstig zu beeinflussen. Ihr Kind spürt den Erfolg der Behandlung unmittelbar: Es hat weniger – im Idealfall gar keine – Beschwerden und ist in seinem kindlichen Alltag weniger eingeschränkt. Es kann herumtoben, Sport machen und – ganz wichtig – mit anderen Kindern mithalten. Ein chronisch krankes Kind kann leicht zum Außenseiter werden. Das gilt es unbedingt zu verhindern. Jede Menge Gründe also, Asthma nicht auf die leichte Schulter zu nehmen. Schieben Sie den Arztbesuch deshalb nicht auf die lange Bank, wenn Ihr Kind längere Zeit oder wiederholt Atembeschwerden hat.

Ist Ihr Kind medikamentös richtig eingestellt, kann es in der Regel uneingeschränkt seinen kindlichen Alltag genießen.

2

KAPITEL 2

Welche Unter-suchungen stehen an?

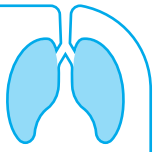
Pusten und provozieren

Bei Verdacht auf Asthma stehen verschiedene Untersuchungen an. Erst gilt es, die Diagnose zu sichern. Und dann müssen Ursachen und Ausmaß des Asthmas geklärt werden.

Wenn Sie mit Beschwerden wie Atemnot oder Reizhusten zum Arzt kommen, wird er Sie erst einmal sehr genau befragen und – ohne großen technischen Aufwand – untersuchen. Es könnte ein Asthma hinter diesen Beschwerden stecken, es könnte aber auch etwas anderes sein. Der Arzt braucht weitere Informationen, um sich ein genaues Bild zu machen. Er wird Sie nach Ihrer Belastbarkeit im Alltag sowie nach Auslösern der Atemnot fragen. Und auch das Vorkommen von Atemwegserkrankungen innerhalb der nächsten Familie ist ein wichtiger Anhaltspunkt. Dann wird Ihr Arzt Ihre Lunge abhören, um zu prüfen, ob Sie beim Atmen pfeifen oder brummen. Solche Atemnebengeräusche sind typisch für Asthma, können allerdings auch bei anderen Erkrankungen auftreten. Besonders im Kindesalter gibt es verschiedene Erkrankungen mit „zum Verwechseln“ ähnlichem Erscheinungsbild.

Deshalb muss der Arzt die Verdachtsdiagnose Asthma erst einmal absichern. Zum Untersuchungsprogramm gehört immer die Messung der

Typische Asthmasymptome



- **Luftnot, die meist anfallsweise auftritt, und zwar oft nachts oder frühmorgens**
- **Probleme vor allem beim Ausatmen**
- **Kurzatmigkeit**
- **Atemnebengeräusche wie Pfeifen und Brummen**
- **Engegefühl in der Brust**
- **trockener Reizhusten, kann bei leichtem Asthma das einzige Symptom sein!**
- **bei Kindern Hauteinziehungen im Brustkorb**
- **Beschwerden bzw. verstärkte Beschwerden auf bestimmte Auslöser hin**

Lungenfunktion mittels Spirometrie. Diese zeigt die bei obstruktiven Atemwegserkrankungen wie Asthma typischen Veränderungen: Vor allem das Ausatmen bereitet Asthmatikern Probleme, weil sie wegen der verengten Bronchien gegen einen erhöhten Widerstand ankämpfen müssen. Die Lungenfunktionsprüfung kann dies sichtbar machen. Um Asthma von anderen Lungenerkrankungen abzugrenzen, wird zusätzlich ein Test auf Reversibilität gemacht. Bei diesem wird ein atemwegserweiterndes Spray inhaliert und anschließend der Lungenfunktionstest wiederholt. Verbessert sich die sogenannte Einsekundenkapazität, ist von einem Asthma auszugehen.

Für Sie als Patient ist eine Lungenfunktionsprüfung ganz „easy“ und mit keinerlei Risiko verbunden. Vielleicht haben Sie hinterher einen trockenen Mund und/oder verspüren einen leichten Hustenreiz. Eventuell wird Ihnen durch das tiefe Atmen auch leicht schwindelig. Diese Nebenwirkungen verflüchtigen sich aber rasch. Zu beachten ist: Keine Zigarette kurz vor der Untersuchung! Außerdem sollten Sie vorher keine großen Mahlzeiten zu sich nehmen, weil ein „voller Bauch“ die Untersuchungsergebnisse verfälschen kann.

Spirometrie

Der Lungenfunktionstest hilft, Asthma zu erkennen.

Die Spirometrie – der „kleine“ Lungenfunktionstest – läuft folgendermaßen ab: Der Patient bekommt eine Klemme auf die Nase, sodass er nur durch den Mund ein- und ausatmen kann. Über ein Mundstück atmet er dann in das Spirometer hinein, das die Atemströme aufzeichnet. Zunächst werden die Luftströme bei normaler Atmung registriert. Dann wird der Patient aufgefordert, seine Atmung zu verändern. Es ist wichtig, dass Sie die Anweisungen des medizinischen Personals genau befolgen. Denn Qualität und Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse hängen entscheidend von der Mitarbeit des Patienten ab.

Die beiden wichtigsten Messgrößen bei der Spirometrie sind die Vitalkapazität und die Einsekundenkapazität:

- **Vitalkapazität (VC):** Zur Bestimmung der Vitalkapazität atmet der Patient zunächst maximal aus und anschließend atmet er dann so tief wie möglich ein. Auf diese Weise wird die Luftmenge bestimmt, die die Lunge maximal aufnehmen kann. Bei Asthma ist diese inspiratorische Vitalkapazität normal oder leicht erniedrigt.
- **Einsekundenkapazität (Forciertes Expiratorisches Volumen, FEV1):** Zur Bestimmung der Einsekundenkapazität atmet der Patient zunächst tief ein. Dann soll er so schnell wie möglich ausatmen. Gemessen wird die Luftmenge, die dabei innerhalb einer Sekunde entweicht. Dieser Wert zeigt an, ob das Ausatmen normal funktioniert oder beeinträchtigt ist. Bei Asthma ist die Einsekundenkapazität reduziert.

Ganzkörper-Plethysmographie

Die Ganzkörper-Plethysmographie wird auch „großer“ Lungenfunktionstest genannt, weil sie noch mehr Informationen liefert als die Spirometrie. Sie wird bei speziellen Fragestellungen bei einem Lungenfacharzt durchgeführt, während die „kleine“ Lungenfunktion auch beim Hausarzt möglich ist, sofern er über ein Spirometer verfügt. Die Ganzkörper-Plethysmographie hat den Vorteil, dass sie weniger von der Mitarbeit des Patienten abhängig ist. Deshalb wird die Ganzkörper-Plethysmographie u. a. bei Kindern im Vorschulalter empfohlen. Und auch schwer kranken Menschen kann man die Lungenfunktionsprüfung mit diesem Verfahren erleichtern. Spirometrie und Ganzkörper-Plethysmographie können kombiniert werden.

Bei der Ganzkörper-Plethysmographie sitzt der Patient in einer luftdicht verschlossenen Glaskabine, deren Luftvolumen bekannt ist. Die Nase ist mit einer Klemme verschlossen wie bei der Spirometrie und der Patient atmet durch den Mund in einen Schlauch. Dabei verändert sich der Luftdruck in der Kammer: Wenn der Patient einatmet, verringert sich der Druck, wenn er ausatmet, steigt der Druck an. Die Druckveränderungen in der Kammer, die von Messfühlern registriert werden, entsprechen den

Ganzkörper-Plethysmographie: Dieser Lungenfunktionstest liefert dem Arzt noch genauere Informationen als die Spirometrie.

Druckveränderungen in den Atemwegen des Patienten und liefern ein Abbild seiner Lungenfunktion. Zusätzlich werden über den Schlauch die Atemströme des Patienten gemessen, sodass sich ein komplettes Bild ergibt.

Ist es zeitweilig oder immer eng?

Hat die Lungenfunktionsprüfung Hinweise auf eine Verengung der Bronchien ergeben, würde dies für ein Asthma sprechen, wenn der Patient anfallsweise unter Atemnot leidet. Aber nicht immer ist die Sachlage so eindeutig. Manchmal lässt sich ein Asthma nur schwer von einer COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) unterscheiden, die ebenfalls mit einer Verengung der Bronchien einhergeht und im Lungenfunktionstest ähnliche Ergebnisse zeigt.

Einen wesentlichen Unterschied zwischen den beiden Atemwegserkrankungen gibt es allerdings: Bei Asthma sind die Bronchien mal mehr und

mal weniger verengt, bei COPD dagegen sind sie immer dicht. Bei COPD herrscht nämlich Enge in den Atemwegen, weil die Schleimhaut ständig geschwollen ist und Schleim die Bronchien verstopft. Beim Asthma dagegen kommt es zu einer – vorübergehenden – Verkrampfung der Bronchialmuskulatur, die auf bestimmte Reize überempfindlich reagiert. Dieser Unterschied lässt sich zu diagnostischen Zwecken nutzen. Dazu werden je nach Krankheitsausprägung unterschiedliche Medikamente genutzt, die die Bronchien erweitern und die Einsekundenkapazität beim Menschen mit Asthma verbessern. Die Bronchien entkrampfen und der Patient bekommt besser Luft. Leidet der Patient dagegen an einer COPD, tut sich im Lungenfunktionstest gar nichts, weil die Enge nicht beseitigt wurde. Diesen Test nennt man Bronchospasmolyse, was sich als „Lösen eines Bronchialkrampfs“ übersetzen lässt.

Soll der Verdacht auf eine Überempfindlichkeit der Bronchien weiter untermauert werden, kann ein unspezifischer Provokationstest Klarheit bringen. Dazu atmet der Patient unter Aufsicht Wirkstoffe wie Methacholin oder Histamin ein, die Asthmabeschwerden auslösen (provozieren) können. Im Laufe der Testreihe wird die Dosis der Testsubstanzen gesteigert und vor sowie nach jeder Inhalation die Lungenfunktion überprüft. Nimmt die Einsekundenkapazität unter dem Einfluss des verabreichten Wirkstoffs ab, spricht dies für eine Überempfindlichkeit. Manche Medikamente können den Provokationstest verfälschen und müssen vorher für kurze Zeit abgesetzt werden. Ihr Arzt wird Sie entsprechend aufklären. Nach der Untersuchung sollten Sie körperliche Anstrengung vermeiden, bis die Reizung des Bronchialsystems abgeklungen ist.

Dem Auslöser auf der Spur

Bei Verdacht auf allergisches Asthma werden im Blut die IgE-Antikörper bestimmt. Wie Sie bereits erfahren haben, sind das spezifische Waffen des Immunsystems, mit denen im Fall einer Allergie eigentlich harmlose Umweltbestandteile wie Blütenpollen attackiert werden. Diese IgE-Antikörper lassen sich im Blut nachweisen, wobei entweder die Gesamtkonzentration an IgE oder die Menge eines bestimmten IgE-Antikörpers zum Beispiel gegen Birkenpollen bestimmt wird.

Bei allergischem Asthma dient der Pricktest dazu, die Auslöser zu identifizieren.

Die Suche nach dem verantwortlichen Allergen ist kriminalistische Feinarbeit. Üblicherweise wird ein Hauttest – ein Pricktest – durchgeführt, um das Allergen zu überführen, das im individuellen Fall für die Asthmabeschwerden verantwortlich ist. Vielleicht haben Sie selbst ja schon einen Verdacht, worauf Sie allergisch reagieren? Dann sollten Sie Ihren Arzt darüber informieren. Er kann Sie dann gezielt auf die verdächtige Substanz testen und bei positivem Ergebnis darauf verzichten, die ganze Palette gängiger Allergene durchzuprobieren.

Dies ist erforderlich, wenn man völlig im Dunkeln tappt. Dann wird der Patient systematisch auf Stoffe getestet, die häufig für Allergien verantwortlich sind. Gängige Allergene wie Pollen von Bäumen und Gräsern stehen als standardisierte Testlösungen zur Verfügung. Sie werden einzeln auf die Haut aufgebracht, die mit einer feinen Lanzette oder Nadel oberflächlich eingeritzt wird. Die Haut wird entsprechend markiert, sodass der Arzt mögliche Reaktionen eindeutig zuordnen kann. Besteht gegen einen der Teststoffe eine Allergie, kommt es an der betreffenden Stelle zu Rötung, Juckreiz und Quaddelbildung als Zeichen einer Entzündungsreaktion. Quaddeln sind stecknadelkopf- bis münzgroße, meist juckende Hautschwellungen, die sich zu einem großflächigen Ausschlag verbinden können und typisch für allergische Reaktionen sind.

Der Pricktest gilt als Standardverfahren der Allergietestung. Fällt der Pricktest positiv aus und das Ergebnis stimmt mit der Krankengeschichte überein, kann man davon ausgehen, dass das verantwortliche Allergen überführt ist. Sind die Ergebnisse des Pricktests nicht eindeutig, kann ein spezifischer inhalativer Provokationstest nachgeschaltet werden: Dabei lässt man den Patienten – immer unter Aufsicht – die verdächtigten Allergene in winzigen Mengen einatmen.

Schlechte Gesellschaft

Zum diagnostischen Programm bei Asthma gehört immer auch die Frage nach Begleiterkrankungen, die ein Asthma verschlimmern können. Es ist wichtig, eine solch schlechte Gesellschaft beim Asthmamanagement im Blick zu haben. Deshalb wird Sie Ihr Arzt gezielt auf asthmarelevante Krankheiten hin untersuchen. Das sind in erster Linie

- **Refluxkrankheit**
- **starkes Übergewicht**
- **Entzündungen der Nase und Nebenhöhlen**
- **Ängste und depressive Verstimmungen.**

Obacht bei Sodbrennen!

Refluxkrankheit – was verbirgt sich dahinter? Reflux heißt Rückfluss: Saurer Nahrungsbrei fließt bei den Betroffenen aus dem Magen in die Speiseröhre. Schuld ist häufig ein schwächelnder Schließmuskel am Mageneingang. Vor allem im Liegen und beim Bücken gelangt Nahrungsbrei bis in den Rachenraum und es kann passieren, dass Teilchen davon eingeatmet werden. Wenn die hochaggressive Magensäure dann auf eine überempfindliche, entzündete Bronchialschleimhaut trifft, kurbelt das den Krankheitsprozess natürlich an. Diskutiert wird, ob der Reflux von saurem Mageninhalt vielleicht sogar Ursache eines Asthmas sein kann.

Gegen Sodbrennen kann es helfen, den Oberkörper hochzulagern.

Auf jeden Fall sollte eine begleitende Refluxkrankheit bei Asthmatikern ernst genommen werden. Teilen Sie Ihrem Arzt unbedingt mit, wenn Sie unter Sodbrennen leiden. Und auch häufiges Räuspern und Heiserkeit können durch rückfließenden Magenbrei verursacht sein. Manchmal gelingt es ganz ohne Medikamente, das Problem in den Griff zu bekommen. So lässt sich oft schon

eine deutliche Besserung erzielen, wenn die Betroffenen ihren Oberkörper beim Schlafen hochlagern. Und auch der Verzicht auf Nahrungsmittel, die die Produktion von Magensäure stark ankurbeln, kann viel bringen.

Übergewicht belastet die Atemorgane. Abnehmen kann Asthmabeschwerden lindern.

Ein paar Kilos zu viel?

Eine andere ungünstige Begleiterkrankung ist starkes Übergewicht (Adipositas). Bei einem Body Mass Index (BMI, kg/m^2) von über 30 kommt Asthma doppelt so häufig vor wie bei Normalgewicht, das haben Studien gezeigt. Außerdem haben übergewichtige Asthmatiker deutlich öfter unter schwerem Asthma zu leiden. Besonders das Bauchfettgewebe steht im Verdacht, Entzündungsprozesse im ganzen Körper anheizen zu können. Die Fettzellen setzen offenbar entzündungsfördernde Botenstoffe frei. Durch die Blutbahn gelangen diese Stoffe zu den Bronchien und können bei Asthmatikern die Schleimhautentzündung weiter anfachen.

Hinzu kommt, dass jedes Pfund zu viel die Atemorgane belastet: Sie müssen mehr leisten, um den Körper mit Sauerstoff zu versorgen. Außerdem behindern bei starkem Übergewicht Fettpolster die Entfaltung der Lunge und schränken so die Atemfunktion weiter ein. Übergewichtige Asthmatiker sollten deshalb dringend versuchen abzuspecken.

Schon Kinder und Jugendliche sind heutzutage häufig zu dick. Eltern sollten deshalb – auch mit Blick auf eine drohende oder bestehende Asthmaerkrankung – auf eine gesunde Ernährung und regelmäßige Bewegung ihrer Kinder achten. Jedes Pfund, das purzelt, trägt zu einer besseren Lebensqualität bei.

Sind Nase und Nebenhöhlen frei?

Entzündungen in den oberen Atemwegen – also der Nase und ihren Nebenhöhlen – sind ebenfalls ungünstig und sollten bei Asthmatikern sorgfältig auskuriert werden. Besonders in den Nasennebenhöhlen können

Entzündungen, die oft Folge von Infekten sind, lange Zeit unbemerkt vor sich hin schwelen. Mediziner sprechen dann von chronischer Sinusitis. Nasenpolypen – gutartige Wucherungen der Nasenschleimhaut – üben ebenfalls einen negativen Einfluss auf Asthmaerkrankungen aus.

ASS und Co.

Schließlich wird Ihr Arzt Sie auch danach fragen, ob Sie Medikamente einnehmen. Es gibt nämlich welche, die ein bestehendes Asthma verschlimmern können. Acetylsalicylsäure (ASS) zählt dazu. Der Wirkstoff wird in höherer Dosierung als Schmerzmittel verwendet. Und in niedriger Dosis wird ASS bei hohem Herzinfarktrisiko eingesetzt, um die Bildung von Blutgerinnseln zu verhindern. Auch nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) wie Ibuprofen oder Indometacin, die ähnlich wirken wie ASS, können Asthmabeschwerden verstärken und eventuell schwere Anfälle auslösen. Dabei handelt es sich nicht etwa um allergische Reaktionen. Vielmehr entstehen unter dem Einfluss dieser Medikamente im Körper Gewebshormone (Leukotriene), die zu einer Verengung der Bronchien führen. Deshalb sollten Asthmatiker, falls möglich, auf andere Schmerzmittel ausweichen.

Auch Betablocker sind für Asthmatiker keine Arzneimittel der Wahl. Diese Medikamente, die vor allem bei Bluthochdruck sowie nach Herzinfarkt zum Einsatz kommen, können zu einer Verengung der Bronchien führen. Bei einer bestehenden Überempfindlichkeit der Atemwege können Betablocker deshalb bedrohliche Asthmaanfälle provozieren. Außerdem kann es zwischen Betablockern und bestimmten Asthmamedikamenten zu ungünstigen Wechselwirkungen kommen.

Ihr Arzt als Lotse

Curaplan

Ihr koordinierender Arzt ist Ihr erster Ansprechpartner. Er überweist Sie zur Weiter- und Mitbehandlung an einen qualifizierten Facharzt. Er veranlasst bei deutlicher Verschlechterung die Einweisung ins Krankenhaus zur sofortigen Behandlung. Des Weiteren prüft er, ob gegebenenfalls eine Reha notwendig ist.

HAT MEIN KIND WIRKLICH ASTHMA?

Asthma bei Kindern tritt meist bereits vor dem fünften Lebensjahr auf. Die Beschwerden werden aber oft übersehen, falsch gedeutet oder einfach nicht ernst genommen.

Eine frühe Diagnose ist wichtig, damit Kinder mit Asthma richtig behandelt werden und möglichst unbeschwert aufwachsen können. Allerdings kann sich die Diagnose gerade im Kleinkindalter schwierig gestalten: weil es eine Reihe von Kinderkrankheiten mit ähnlichem Beschwerdebild gibt und ein kleines Kind bei den erforderlichen Untersuchungen noch nicht so gut „mitarbeiten“ kann. Haben Sie daher etwas Geduld: Es kann einige Zeit dauern, bis die Verdachtsdiagnose Asthma feststeht oder einwandfrei widerlegt worden ist. Atemnot, Husten und pfeifender Atem sind typische Asthmabeschwerden. Aber sie sind nicht nur typisch für Asthma allein. Auch Pseudokrupp, eine meist virusbedingte Schwellung der Kehlkopf-Schleimhaut, führt zu anfallsartiger Atemnot. Der Husten erinnert an das Bellen eines Seehundes.

Oder ist es schon wieder ein Infekt?

Vielleicht hat Ihr Kind aber auch eine – meist durch Viren ausgelöste – Bronchitis. Eine solche Entzündung der Bronchialschleimhaut geht mitunter mit asthma-ähnlicher Atemnot einher. Manchmal wird in diesem Zusammenhang von infekt-getriggertem Asthma gesprochen, obwohl es sich gar nicht um ein „richtiges“ Asthma handelt. Die Unterscheidung zwischen echtem Asthma und Atemwegsinfekten mit asthma-ähnlicher Symptomatik ist manchmal nicht leicht, zumal sich im Kleinkindalter oft ein Infekt an den nächsten reiht. Kaum ist eine „Erkältung“ überstanden,

geht das Schniefen wieder los. Gehen diese wiederholten Infekte mit Atemnot einher, kann das mit chronischem Asthma verwechselt werden.

Eine andere diagnostische Stolperstelle ist das Cough-Variant-Asthma. Bei diesem Asthma fehlt die anfallsartige Atemnot. Ein hartnäckiger, trockener Husten ist das einzige Symptom. Das Cough-Variant-Asthma geht meist einem klassischen Asthma voraus.

Untersuchungen spielerisch angehen

Bei Verdacht auf Asthma wird der Arzt Ihr Kind sehr genau körperlich untersuchen. Und auch gezielte Fragen zur Krankheitsgeschichte können wertvolle Hinweise liefern. Es ist wichtig, dass Sie diese Fragen so genau wie möglich beantworten. Denn die Lungenfunktionsprüfung mittels Spirometrie kann sich bei Kindern unter fünf Jahren schwierig gestalten, weil sie dabei schnell, langsam oder tief atmen müssen. Für diese Kinder sind dann die asthmatypischen Symptome und Häufigkeit der Anfälle entscheidend. Außerdem schaut der Arzt, ob sich die Symptome des Kindes durch Asthmamedikamente verbessern lassen.

Bei einigen Kindern wird unter Umständen eine Gesamtkörper-Plethysmographie durchgeführt. Das allerdings geht nicht beim Haus- oder Kinderarzt, sondern beim Lungenfacharzt. Das Kind sitzt bei der Untersuchung in einer gläsernen Kabine und pustet in einen Schlauch. Nur still sitzen und ruhig atmen sollte es. Vielleicht denken Sie sich eine Geschichte aus: die Glaskabine als U-Boot, das Ihr Kind gedanklich in eine Unterwasserwelt entführt. Ein spielerischer Umgang mit der Untersuchung kann die Sache erleichtern. Auch beim Pricktest. Der Arzt muss die Haut am Arm oder Rücken mehrfach leicht anritzen, um zu prüfen, ob Testsubstanzen eine allergische Reaktion hervorrufen. Je ein winziger Piks. Aber was wissen Erwachsene schon, wie weh das tut ...

Auch für Kleinkinder

Curaplan

AOK-Curaplan steht auch kleinen Asthmapatienten offen. Kleinkinder ab einem Jahr können eingeschrieben werden.

3

KAPITEL 3

Wie wird Asthma behandelt?

Die medikamentöse Therapie fährt zweigleisig

Asthma lässt sich heute erfolgreich behandeln. Das setzt allerdings Ihre Mitarbeit voraus. Gemeinsam als Team – und nur als Team – werden Sie und Ihr Arzt die Asthmaerkrankung meistern. Die medikamentöse Behandlung ist zweigleisig angelegt: Sie erhalten eine Dauertherapie, die Sie täglich anwenden. Und Sie bekommen ein Bedarfsmedikament, das Ihnen im Fall akuter Atemnot schnell wieder Luft verschafft.

Asthma ist – wie Sie inzwischen wissen – eine chronische Erkrankung, bei der überempfindliche Bronchien auf unterschiedliche Reize mit Verkrampfung reagieren. In der großen Mehrzahl der Fälle spielt dabei eine chronische Entzündung der Bronchialschleimhaut die entscheidende Rolle. Das gilt für allergisches Asthma ebenso wie für nicht-allergisches Asthma. Je ausgeprägter die Entzündung, desto heftiger sind die Beschwerden. Und auch für die weiteren Aussichten – die Prognose – ist das Ausmaß der Entzündung maßgeblich. Deshalb zielt die Asthmabehandlung vor allem darauf ab, die Entzündung der Bronchialschleimhaut in den Griff und so das Asthma unter Kontrolle zu bekommen.

Asthmakontrolle ist das Ziel

Wenn die Entzündung gut kontrolliert ist, sollte die Überempfindlichkeit der Bronchien nachlassen und es sollte seltener zu anfallsartigen Verengungen der Atemwege mit Luftnot kommen. Gute Asthmakontrolle heißt ganz konkret: Öfter als zweimal pro Woche sollten tagsüber keine Beschwerden auftreten. Entsprechend sollte das Bedarfsmedikament, das bei Atemnot angewendet wird, nicht öfter als zweimal pro Woche zum Einsatz kommen. Die Nächte sollten vollkommen beschwerdefrei und die Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt sein.

Die Asthmatherapie wird Stufe für Stufe gesteigert, bis die Beschwerden gut kontrolliert sind. Bei dauerhaft guter Asthmakontrolle kann die Therapie eventuell auf eine niedrigere Stufe umgestellt werden.

Stufe für Stufe zum Erfolg

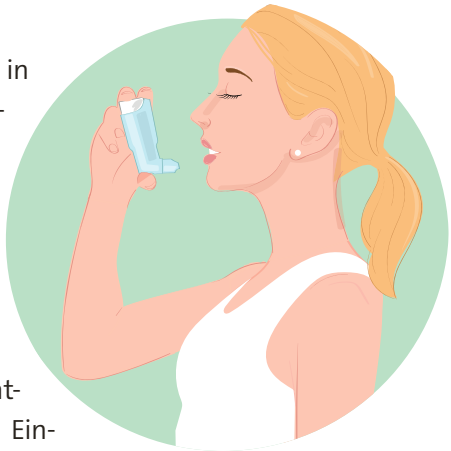
Um das Ziel einer guten Asthmakontrolle zu erreichen, folgt die medikamentöse Behandlung einem Stufenplan. Stufe für Stufe geht der Arzt nach diesem Plan vor, bis Sie möglichst beschwerdefrei sind. Treten unter der Therapie häufiger Beschwerden auf, wird zur nächsten Stufe gewechselt. So viel Therapie wie nötig, so wenig Therapie wie möglich. Das ist das Motto der Asthmabehandlung. Und mithilfe des Stufenplans lässt sich dieser Leitsatz sehr gut umsetzen.

Regelmäßig wird kontrolliert, wie gut die verordnete Therapie funktioniert. Das ist wichtig, denn Asthma ist nicht immer gleich. Viele Asthmatiker haben gute Phasen und schlechte Phasen. Gerade noch ist alles im grünen Bereich, da steigt die Pollenbelastung der Luft und die Atemprobleme nehmen zu. Dasselbe kann passieren, wenn man im Stress ist oder Liebeskummer hat. Dann leiden die empfindlichen Atemwege mit und verkrampfen häufiger. Umgekehrt können sich die Asthmabeschwerden aber auch bessern, wenn man entspannt und glücklich ist. Teilen Sie

Ihrem Arzt in jedem Fall mit, wenn Sie eine Verschlimmerung Ihres Asthmas bemerken. Er wird dann prüfen, ob die Therapie eventuell intensiviert werden muss. Andererseits kann man die Therapie versuchsweise herunterzufahren, wenn das Asthma über mindestens drei Monate keine Probleme macht.

Im Prinzip ist die Asthmabehandlung bei Erwachsenen beziehungsweise Kindern und Jugendlichen gleich: Die Dauertherapie, die täglich anzuwenden ist, zielt in erster Linie auf die Entzündungshemmung ab. Falls erforderlich werden Entzündungshemmer mit Medikamenten kombiniert, die die Bronchien erweitern. Zusätzlich zu dieser Dauertherapie erhält jeder Patient ein Bedarfsmedikament, das ihn rasch von akuter Atemnot befreit. Im Detail gibt es allerdings Unterschiede bei der Behandlung von Erwachsenen beziehungsweise Kindern und Jugendlichen. Während Erwachsene bei unzureichender Asthmakontrolle früher ein zusätzliches Medikament bekommen, probiert man bei Kindern erst einmal eine Dosiserhöhung aus. Das ist für kleinere Patienten leichter umzusetzen als die Anwendung eines weiteren neuen Medikaments.

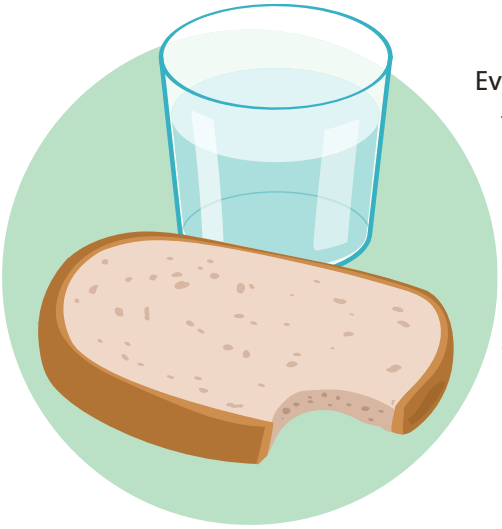
Keine Angst vor Kortison und Co.!



Um die Entzündung der Bronchialschleimhaut in Schach zu halten, werden inhalative Glukokortikosteroide – kurz Glukokortikoide – eingesetzt. Diese Wirkstoffe sind chemisch verwandt mit Kortison, einem Hormon, das unser Körper selbst produziert. Als Medikament ist Kortison der stärkste Entzündungshemmer, den es gibt. Etwas Besseres als Kortison und seine Abkömmlinge gibt es nicht, wenn man die chronische Entzündung in den Bronchien eindämmen will. Der Einfachheit halber sprechen wir in diesem Buch immer von Kortison, wenn wir Kortison und verwandte Wirkstoffe (Glukokortikosteroide) meinen.

Das Medikament Kortison kann in unterschiedlicher Weise verabreicht werden: als Spray, in Tablettenform oder auch als Infusion. Die Dauertherapie bei Asthma erfolgt in der Regel mit einem Kortisonspray. Kortison wird also inhaliert (eingeatmet). So gelangt das Medikament zielgenau dorthin, wo es seine Wirkung entfalten soll. Wird Kortison dagegen in Tablettenform (oral) gegeben, gelangt es erst einmal ins Blut und wird dann im Körper verteilt. Dabei „versandet" ein beträchtlicher Teil des Wirkstoffs in anderen Geweben und nur ein Bruchteil der aufgenommenen Menge kommt in den Bronchien an. Deshalb muss man Kortison bei oraler Gabe deutlich höher dosieren als bei der Inhalation.

Der Umweg über das Blut hat mehr Nebenwirkungen zur Folge als die Inhalation. Gefürchtete Nebenwirkungen bei Langzeiteinnahme von Kortisontabletten sind unter anderem eine verstärkte Anfälligkeit für Osteoporose und Infekte sowie eine Wirkung auf den Blutzucker, den vor allem Diabetiker im Blick halten sollten. Sie kommen tatsächlich vor, wenn Kortisontabletten über einen längeren Zeitraum in einer bestimmten Dosis eingenommen werden. Bei der Inhalation von Kortison brauchen Sie jedoch keine Angst vor solchen Nebenwirkungen zu haben: Erstens wird das Medikament deutlich niedriger dosiert als bei oraler Gabe. Und zweitens gelangt von dieser ohnehin niedrigen Dosis nur ein winziger Bruchteil in den Blutkreislauf.



Eventuell können bei der Inhalation von Kortison lokale Nebenwirkungen im Mund und Rachen wie Heiserkeit und Mundsoor (Hefepilzbefall) auftreten. Um das zu vermeiden, sollten Sie nach der Kortisoninhalation ein Glas Wasser trinken und etwas essen.

Auch Eltern haben häufig die Sorge, das Kortison könne die Knochenentwicklung und das Wachstum ihres Kindes beeinträchtigen. Tatsächlich scheinen Kinder im ersten Jahr der Behandlung geringfügig langsamer zu wachsen, im weiteren Verlauf holen sie dann aber wieder auf und gleichen den – in der Regel ohnehin winzigen – Wachstumsverlust wieder aus.

Sie werden vielleicht noch wissen wollen, ob es bei Asthma keine Alternativen zu Kortison gibt. Vorbehalte gegenüber Kortison und Co. sind verbreitet und es ist nicht leicht, sie aus den Köpfen herauszubekommen. Ja, es gibt auch noch andere Entzündungshemmer, die bei Asthma zum Einsatz kommen: Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten (LTRA). Zu dieser Wirkstoffklasse gehört Montelukast, das zur Behandlung von leichtem bis mittelschwerem Asthma auch bei Kindern zugelassen ist und in Tablettenform angewendet wird. Die entzündungshemmende Wirkung von Montelukast ist aber deutlich schwächer als die von Kortison. Und frei von Nebenwirkungen ist auch dieses Medikament nicht.

Konsequent jeden Tag

Ganz wichtig ist: Kortison muss konsequent jeden Tag inhaliert werden. Ab und zu ein Sprühstoß bringt gar nichts. Nur durch regelmäßige Inhalation des Medikaments lässt sich die Entzündung der Bronchialschleimhaut – rund um die Uhr – beherrschen. Im Englischen werden sie „Controller“ genannt – ein Begriff, der manchmal auch im deutschen Sprachgebrauch verwendet wird. Ganz wichtig: Auch wenn Sie tagelang keine Atemprobleme gehabt haben, dürfen Sie Ihr Kortisonspray keinesfalls absetzen. Das ist ja gerade der Sinn der Sache: Dass Sie keine Beschwerden mehr haben. Würden Sie das Kortisonspray jetzt weglassen, würde die Entzündung wieder aufflammen und die Atemprobleme wären ganz schnell wieder da.

Ein gutes Gespann

Lassen sich die überempfindlichen Bronchien allein durch regelmäßige Kortisoninhalation nicht „beruhigen“, wird bei Erwachsenen ein lang wirksames Beta-2-Sympathomimetikum hinzugenommen. Gebräuchlich ist im Deutschen auch die Kurzform LABA, die für „Long Acting

Beta-2-Agonist“ steht. LABA weiten die Muskulatur der Atemwege, sodass die Luft leichter hindurchfließen kann. Auch diese Medikamente werden inhaliert. Und ebenso wie Kortison muss auch das lang wirksame Beta-2-Sympathomimetikum regelmäßig jeden Tag angewendet werden, damit es seine schützende Wirkung rund um die Uhr entfalten kann. Kortison und LABA ergänzen sich in sinnvoller Weise: Kortison dämmt die Atemwegsentzündung ein und das Beta-2-Sympathomimetikum entspannt die Atemwegsmuskulatur. Häufig werden die beiden Medikamente auch als Kombinationspräparat verschrieben. Das hat für Sie den Vorteil, dass Sie nicht zwei Sprays, sondern nur eines anwenden müssen.
Mit Kortison allein oder Kortison plus LABA lässt sich bei der Mehrzahl der Patienten eine gute Asthmakontrolle erzielen. Sollte dies nicht der Fall sein, stehen weitere Medikamente zur Verfügung. Lang wirksame Anticholinergika oder kurz LAMA (Long Acting Muscarinic Antagonists) sind ebenfalls Bronchodilatatoren, also Medikamente, die die Bronchien erweitern. Desweiteren stehen auch Theophyllin, orale Glukokortikoide und die Leukotrienrezeptorantagonisten als erweiterte Dauermedikation zur Verfügung.

Bei schwerem Asthma, das sich sonst nicht beherrschen lässt, kommen sogenannte monoklonale Antikörper zum Einsatz. Das sind Medikamente, die nach dem Vorbild der körpereigenen Antikörper – den Waffen des Immunsystems – funktionieren. Monoklonale Antikörper sind hochmoderne Medikamente, mit denen man sehr gezielt schädliche Stoffe aus dem Verkehr ziehen kann. Bei Asthma werden monoklonale Antikörper gegen Substanzen eingesetzt, die bei allergischen Reaktionen oder Entzündungsreaktionen eine wichtige Rolle spielen.

Nur bei akuter Atemnot

Soweit die Dauertherapie. Alle diese Medikamente müssen als Asthma-Dauertherapie regelmäßig inhaliert oder eingenommen werden. Ganz anders die Bedarfsmedikamente. Wie der Name schon sagt, kommen diese Medikamente nur zum Einsatz, wenn sie gebraucht werden, nämlich bei akuter Atemnot. Sie entspannen die verkrampfte Bronchialmuskulatur und

machen die Atemwege rasch wieder frei. Wenige Minuten nach der Inhalation tritt die Besserung ein und Sie bekommen wieder gut Luft. In der Regel werden als Bedarfsmedikamente kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Short Acting Beta-2-Agonists, kurz SABA) verwendet. Bei unzureichendem Ansprechen der SABA kommen kurz wirksame Anticholinergika, Theophyllin oder orale Glukokortikoide (letztere nur kurzzeitig begrenzt) infrage.

Eigentlich ist das Bedarfsmedikament nur für Ausnahmesituationen gedacht, denn bei konsequenter Dauertherapie sollten im Idealfall gar keine Beschwerden auftreten. Tatsächlich bestehen bei guter Entzündungskontrolle gute Chancen auf Beschwerdefreiheit. Aber ganz auszuschließen ist es auch dann nicht, dass es hin und wieder zu Atemnot kommt. Für diesen Fall sollten Sie Ihr Bedarfsmedikament immer griffbereit haben. Leichtere Asthmabeschwerden maximal zweimal die Wochen gelten als akzeptabel. Treten allerdings häufiger Atemprobleme auf, sollten Sie Ihren Arzt informieren. Das ist nämlich ein Zeichen, dass die Dauertherapie nicht ausreichend wirksam ist und angepasst werden muss.

Nicht verwechseln!

Bei ganz leichtem Asthma kann es sein, dass der Arzt Ihnen nur ein Bedarfsmedikament verschreibt, das Sie anwenden, wenn Sie Beschwerden haben. Meist jedoch läuft die Behandlung zweigleisig: Sie bekommen eine Dauertherapie. Und für den Fall, dass trotzdem einmal Atemnot auftritt, haben Sie zusätzlich Ihr Bedarfsmedikament. Es ist wichtig, dass Sie den Unterschied wirklich verstanden haben und Dauer- beziehungsweise Bedarfsmedikation nicht verwechseln. Wenn Sie unsicher sind, sollten Sie die

Bei einer Hyposensibilisierung bekommen Pollenallergiker über einen längeren Zeitraum „ihr“ Allergen verabreicht, damit sie dagegen unempfindlich werden.

unterschiedlichen Präparate gut leserlich kennzeichnen. Und am besten fügen Sie gleich auch noch die Art der Anwendung hinzu. Also: „Dauermedikament täglich“ und „Bedarfsmedikament bei Atemnot“.

Ohne Sie geht gar nichts

Das stufenweise Vorgehen hat sich bewährt, um für jeden Asthmatiker eine passgerechte Behandlung zu finden. Die verordneten Medikamente können allerdings nur helfen, wenn sie richtig angewendet werden. Und jetzt kommen Sie ins Spiel. Ihr Arzt kann Ihnen nur empfehlen, welche Medikamente Sie wann und wie anwenden sollen. Seine Empfehlungen in die Tat umsetzen, das müssen Sie.

Es gibt viele Patienten, die denken: Mein Arzt wird es schon richten. Aber das ist ein Irrtum. Gerade bei chronischen Erkrankungen, zu denen das

Unempfindlich werden gegen Pollen und Staub – geht das?

Ja, zumindest kann man weniger empfindlich werden. Denn bei allergischem Asthma besteht die Möglichkeit einer Hyposensibilisierung: Über einen längeren Zeitraum wird das Allergen, auf das der Asthmatiker reagiert, in steigender Dosis verabreicht – als Spritze oder Tablette. Das Immunsystem soll sich so langsam an den eigentlich ungefährlichen Stoff gewöhnen und aufhören, ihn zu bekämpfen. Bei der klassischen Hyposensibilisierung wird das Allergen unter die Haut (subkutan) gespritzt (subkutane spezifische Immuntherapie, SCIT). In der Regel dauert die Therapie drei Jahre mit regelmäßigen – zu Beginn wöchentlichen – Spritzterminen. Deutlich komfortabler ist die sublinguale spezifische Immuntherapie (SLIT): Für die Hyposensibilisierung gegen Pollen und Kot der Hausstaubmilbe stehen Allergene in Tablettenform zur Verfügung. Die Tablette wird einfach unter die Zunge (sublingual) gelegt und über die Mundschleimhaut aufgenommen.

Für den Heuschnupfen ist gut belegt, dass die Hyposensibilisierung zu einer deutlichen Abnahme der Beschwerden führen kann, die auch nach Abschluss der Behandlung erhalten bleibt. Beim Asthma dagegen ist der Ausgang der Langzeitstudien nicht ganz so eindeutig. Im Verlauf der Hyposensibilisierung kommt es auch beim allergischen Asthma nachweislich zu einer deutlichen Besserung, wobei die Spritzen etwas besser abschneiden als die Allergentabletten. Weiter untermauert werden muss jedoch die Nachhaltigkeit der Hyposensibilisierung bei allergischem Asthma.

Wichtig ist, die Patienten vor der Hyposensibilisierung gut zu schulen. Erfolg stellt sich nur ein, wenn Sie „einen langen Atem haben“ und die Behandlung nicht vorzeitig abbrechen. Während der Hyposensibilisierung kann es zu allergischen Reaktionen kommen: Leichte örtliche Reaktionen an der Einstichstelle oder im Mund, aber auch schwere Reaktionen mit Kreislaufproblemen sind nicht auszuschließen. Sie sind bei der Spritzentherapie häufiger als bei der SLIT, kommen aber insgesamt selten vor. Ob eine Hyposensibilisierung für Sie oder Ihr Kind infrage kommt, besprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt.

Asthma zählt, müssen die Patienten selbst ein Stück Verantwortung übernehmen. Und das sollten Sie nicht als Last empfinden. Sehen Sie es als Chance: Sie selbst haben es maßgeblich in der Hand, dass es Ihnen – trotz Asthma – gut geht und dass es auch so bleibt!

Adhärenz ist das Stichwort. Das wird mit „Therapietreue“ übersetzt und bedeutet, dass sich ein Patient an die ärztlichen Anweisungen hält. Das betrifft die Anwendung der verordneten Medikamente ebenso wie Empfehlungen zum Lebensstil. Es ist entscheidend für den Therapieerfolg, dass Sie die Medikamente so anwenden, wie es Ihnen Ihr Arzt erklärt. Nur dann können sie ihre Wirkung entfalten und Sie optimal schützen.
Und noch etwas sollten Sie beherzigen: Setzen Sie Medikamente nicht ohne Rücksprache ab. Wenn Sie – aus welchem Grund auch immer – mit der Behandlung nicht zufrieden sind, sprechen Sie in jedem Fall mit Ihrem Arzt darüber. Das gilt auch, falls Nebenwirkungen aufgetreten sind. Für die allermeisten Probleme gibt es eine Lösung. Vielleicht muss die Dosis angepasst werden. Oder Sie werden auf ein anderes Medikament umgestellt. Das können Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt entscheiden. Aber verändern Sie bitte nichts in eigener Regie. Sonst verlieren Sie den Schutz der Therapie und laufen Gefahr, schwere Atemprobleme zu entwickeln.

Bei der Anwendung der verordneten Medikamente ist unter anderem das Zeitschema zu beachten. Müssen Medikamente täglich angewendet werden, wie Kortison, sollten Sie sich die Tageszeit(en) am besten notieren. Das Zeitschema ist so ausgelegt, dass die Entzündung rund um die Uhr unter Kontrolle ist, und deshalb sollten Sie sich unbedingt daran halten. Wenn Sie – ausnahmsweise – einmal Ihr Spray vergessen haben, finden Sie im Beipackzettel entsprechende Anweisungen. In der Regel wird die Anwendung dann zum nächsten Termin fortgesetzt.

Weiter ist wichtig, dass bei jeder Inhalation auch wirklich die erforderliche Wirkstoffmenge eingeatmet wird. Dabei kommt es ganz entscheidend auf die richtige Inhalationstechnik an – und daran hapert es oft. Systematische Untersuchungen haben gezeigt: Beim Bedienen von Dosieraerosolen, Pulverinhalatoren und Verneblern werden häufig Fehler gemacht. Nicht etwa, weil die Patienten zu dumm wären. Nein, meis-

tens liegt es daran, dass die richtige Bedienung nicht ausführlich genug erklärt und eingeübt wird. Patientenschulung ist das A und O. Zur Unterstützung der Schulung haben wir dem richtigen Inhalieren ein eigenes Kapitel gewidmet.

Curaplan: Bewährt, geprüft und regelmäßig

Als Curaplan-Teilnehmer erhalten Sie die bestmögliche Therapie. Die verordneten Medikamente wurden umfassend geprüft und haben ihre Wirksamkeit und Verträglichkeit unter Beweis gestellt. Die Therapieauswahl folgt den Prinzipien der sogenannten evidenzbasierten Medizin, die sich auf kontrollierte Studien mit höchster Aussagekraft stützt. Gleichzeitig profitieren Sie vom medizinischen Fortschritt, denn die DMP-Richtlinien werden laufend überarbeitet. Damit diese bewährte und geprüfte Therapie ihren vollen Nutzen entfalten kann, sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen beim koordinierenden Arzt nötig und für Sie verpflichtend.

4

KAPITEL 4

Wie inhaliere ich richtig?

Übung macht den Meister

Die richtige Inhalationstechnik ist entscheidend für den Therapieerfolg. Lassen Sie sich deshalb die Bedienung der Inhalationssysteme, die Sie verwenden, sehr genau demonstrieren.

Zur Inhalation von Asthmamedikamenten stehen unterschiedliche Inhalationssysteme zur Verfügung. Gebräuchlich sind vor allem:

- **Dosieraerosole**
- **Pulverinhalatoren und**
- **Vernebler**

Dosieraerosole sind kleine, handliche Spraydosen, die den Wirkstoff zusammen mit einem (FCKW-freien) Treibgasmittel enthalten. Die meisten Dosieraerosole werden von Hand durch Herunterdrücken des Druckbehälters bedient. Dabei müssen Sprühen und Einatmen aufeinander abgestimmt werden. Es gibt aber auch Dosieraerosole, bei denen der Sprühstoß beim Einatmen automatisch ausgelöst wird (atemzuggesteuerte Dosieraerosole).

Bei den Pulverinhalatoren, von denen es ebenfalls eine Vielzahl unterschiedlicher Modelle gibt, liegt der Wirkstoff als Pulver vor. Manche Pulverinhalatoren werden mit wirkstoffhaltigen Kapseln beschickt, die die Dosis für eine Inhalation enthalten und vor dem Einsetzen in das Gerät eingestochen werden. Aber es gibt auch andere Arten der Verpackung und Freisetzung. Beim Inhalieren wird der Wirkstoff in die Atemwege „gesprengt“. Pulverinhalatoren sind – ebenso wie Dosierareosole – handliche Geräte, die zum Mund geführt werden. Vernebler im Unterschied dazu sind Tischgeräte. Sie erzeugen aus einer flüssigen Lösung einen Wirkstoffdampf, der über ein Mundstück oder eine Maske eingeatmet wird.

Sprühen und Einatmen – das hört sich kinderleicht an. Ist es aber nicht. Bei der Inhalation von Asthmamedikamenten werden nachweislich viele Fehler gemacht. Das gilt für Dosieraerosole ebenso wie für die anderen Systeme. Und es sind keineswegs nur Kinder, denen das Bedienen ihres Inhalationssystems Probleme bereitet. Auch viele Erwachsene tun sich damit schwer und machen nicht selten gleich mehrere Fehler auf einmal: Die Kappe wird nicht entfernt. Das Dosieraerosol wird vor Gebrauch nicht geschüttelt. Und vor allem hapert es bei der Koordination von Sprühen und Einatmen.

Solche Handhabungsfehler müssen unbedingt vermieden werden. Denn sie stellen den Therapieerfolg infrage. Wenn das Dosieraerosol, der Pulverinhalator oder der Vernebler nicht richtig bedient werden, gelangt zu wenig Wirkstoff in die Atemwege. Es ist davon auszugehen, dass sehr häufig Bedienfehler dahinterstecken, wenn eine Asthmatherapie nicht so anschlägt, wie sie sollte.

An Schulungen teilzunehmen lohnt sich. Dort lernen Asthmatiker unter anderem, richtig zu inhalieren.

Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser

Vor diesem Hintergrund ist jedem Asthmatiker dringend ans Herz zu legen, die Schulungsangebote auch wirklich wahrzunehmen. Die richtige Inhalationstechnik ist ein zentraler Aspekt der Patientenschulung. Dabei reicht es keineswegs aus, wenn die Anwendung des jeweiligen Inhalationssystems einmal oder auch zweimal vorgeführt wird. Sie müssen sich die Technik ausführlich zeigen lassen, sie dann ausprobieren und anschließend vom Schulungspersonal überprüfen lassen, ob Sie auch wirklich alles richtig machen. Es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen. Deshalb scheuen Sie sich nicht, nachzufragen, wenn Sie etwas nicht verstanden haben. Sie sollten das Inhalieren mit Ihrem Dosieraerosol, Pulverinhalator oder Venebler wirklich gut drauf haben! Und ganz wichtig: Lassen Sie Ihre Inhalationstechnik in regelmäßigen Abständen erneut kontrollieren. Denn es kann immer passieren, dass sich mit der Zeit Fehler einschleichen.

Inhalieren mit einem Dosieraerosol

Bei der Verwendung eines Dosieraerosols gelten folgende Regeln:

- Es sollte immer mit aufrechtem Oberkörper inhaliert werden.
- Dosieraerosol startklar machen, Schutzkappe entfernen.
- Das Dosieraerosol zwischen Daumen und Mittel- oder Zeigefinger halten: Der Daumen liegt unter dem Mundstück. Mittel- oder Zeigefinger liegen auf dem Druckbehälter, der nach oben zeigt.
- Das Dosieraerosol kräftig schütteln.

1. Dosieraerosol kräftig schütteln

2. Kopf leicht zurücklegen

3. Tief einatmen und Sprühstoß auslösen

4. Atem 5 bis 10 Sekunden anhalten

- Bei der erstmaligen Anwendung vor der Inhalation zwei Sprühstöße in die Luft auslösen, um sicherzustellen, dass der Mechanismus funktioniert. Dasselbe gilt, wenn Sie Ihr Dosieraerosol 5 Tage oder länger nicht verwendet haben.
- Langsam und entspannt ausatmen.
- Kopf leicht zurücklegen.
- Mundstück mit den Lippen gut umschließen.
- Tief einatmen und gleichzeitig den Sprühstoß auslösen, indem der Metallbehälter nach unten gedrückt wird. Hierbei Angaben des Herstellers befolgen.
- Atem 5 bis 10 Sekunden anhalten, damit das Medikament seine Wirkung in den Bronchien entfalten kann.
- Langsam ausatmen.
- Weitere Inhalationen frühestens nach einer Minute durchführen.
- Dosieraerosol mit Schutzkappe verschließen.

Dosieraerosol plus Spacer

Sie können ein Dosieraerosol auch mit einer Inhalationshilfe – einem Spacer – kombinieren. Dazu wird vor der Inhalation das Mundstück des Dosieraerosols in den Spacer eingesteckt. Sie atmen dann das Medikament über das Mundstück des Spacers ein. Der Spacer erleichtert Ihnen die Sache, weil Sie jetzt den Sprühstoß nicht mit der Atmung koordinieren müssen: Erst betätigen Sie den Sprühmechanismus, woraufhin der Wirkstoff aus dem Dosieraerosol in den Spacer gelangt. Und anschließend können Sie den Wirkstoff dann ganz entspannt einatmen.

Und es gibt noch einen weiteren Vorteil: Bei Verwendung eines Spacers bleibt weniger Wirkstoff in Mund und Rachen haften und es gelangt mehr Wirkstoff in die unteren Atemwege. Allerdings müssen Sie bei Inhalation mit einem Spacer immer einen Sprühstoß mehr anwenden als mit dem Dosieraerosol allein. Ein Teil des Wirkstoffs schlägt sich nämlich an der Innenwand des Spacers nieder, weshalb dieser regelmäßig mit klarem Wasser ausgespült werden muss.

Kinder benutzen Dosieraerosole in Kombination mit einem Spacer, der die Inhalation erleichtert.

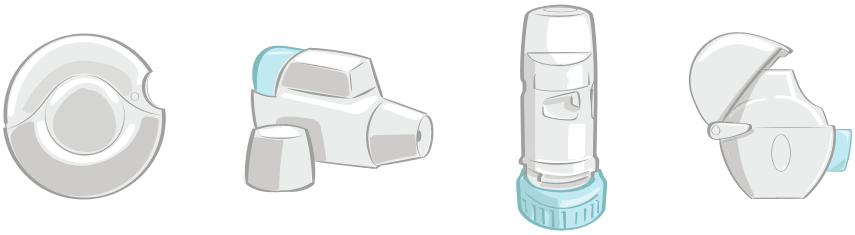
Die Verwendung eines Spacers optimiert einerseits die Wirkung des jeweiligen Medikaments und gleichzeitig werden lokale Nebenwirkungen in Mund und Rachen minimiert. Speziell bei der Inhalation von Kortison wird deshalb die Verwendung eines Spacers empfohlen, besonders für Kinder und Erwachsene mit Einschränkungen.

Bei kleinen Kindern geht es gar nicht ohne. Erst wenn Kinder in der Lage sind, Sprühen und Atmen kontrolliert aufeinander abzustimmen, können sie Dosieraerosole ohne Inhalationshilfe benutzen. Vorher brauchen sie immer einen Spacer dazu. Und sollte das Kind noch nicht in der Lage sein, das Mundstück fest zu umschließen, bekommt es zusätzlich eine Atemmaske, die auf den Spacer aufgesteckt wird. So können auch kleine Kinder ihre Medikamente problemlos inhalieren.

Inhalieren mit einem Pulverinhalator

- Oberkörper im Sitzen oder Stehen aufrichten.
- Schutzkappe vom Mundstück des Pulverinhalators abziehen.
- Je nach Gerät Wirkstoff-Kapsel einlegen oder am Gerät die Dosis einstellen. Befolgen Sie hierzu bitte die Herstellerangaben.
- Atmen Sie normal aus, bevor Sie das Mundstück in den Mund nehmen. Atmen Sie nie in den Pulverinhalator hinein.
- Mundstück luftdicht mit den Lippen umschließen.
- Tief und kräftig einatmen.
- Dann den Pulverinhalator aus dem Mund nehmen und für 5 bis 10 Sekunden den Atem anhalten.
- Anschließend langsam ausatmen, am besten durch die Nase.
- Das Mundstück kann mit einem weichen, trockenen Tuch gereinigt werden. Verwenden Sie jedoch kein Wasser oder Reinigungsmittel. Grundsätzlich sollte der Pulverinhalator nicht mit Feuchtigkeit in Berührung kommen.
- Setzen Sie nach Gebrauch die Schutzkappe wieder auf das Mundstück auf.

Beispiele von Pulverinhalatoren



Regelmäßige Kontrollen für alle

Die Curaplan-Ärzte sind sehr erfahren und wissen um mögliche Stolpersteine bei der Asthmatherapie. Fehler beim Inhalieren sind häufig und schleichen sich manchmal erst mit der Zeit ein. Deshalb wird Ihr Arzt regelmäßig überprüfen, wie Sie inhalieren. So wird sichergestellt, dass Ihre Medikamente in vollem Umfang wirken können.

Videos zeigen, wie's geht

Die Deutsche Atemwegsliga hat Bedienungsanleitungen zu verschiedenen Inhalationssystemen – Dosieraerosolen, Pulverinhalatoren und Verneblern – mit anschaulichen Videos ins Netz gestellt. Dabei ist die große Vielfalt angebotener Systeme berücksichtigt. So gibt es zum Beispiel in der Rubrik „Dosieraerosole" nicht ein Video für alle, sondern verschiedene gängige Produkte werden jeweils in einem eigenen Video vorgestellt. Die Videos stehen in verschiedenen Sprachen – u. a. in Deutsch, Englisch, Türkisch und Arabisch – zur Verfügung. Zusätzlich sind Checklisten abrufbar, mit denen Sie Ihre Inhalationstechnik überprüfen können. Ganz wichtig: Die Videos sind kein Ersatz für eine persönliche Anleitung durch das Schulungspersonal. Aber sie können Ihnen helfen, das Gelernte zu vertiefen und immer mal wieder aufzufrischen. Die Webseiten und Videos zur richtigen Inhalation finden Sie unter folgendem Link:

www.atemwegsliga.de/richtig-inhalieren.html

5

KAPITEL 5

Asthmamanagement – wie geht das?

Sie können selbst einiges tun

Menschen mit Asthma können heute ein ziemlich normales Leben führen. Und Sie selbst können eine ganze Menge dazu beitragen. Nutzen Sie diese Chance und werden Sie Ihr eigener Gesundheitsexperte.

Die Diagnose „Asthma“ sorgt erst einmal für Unsicherheit und vielleicht sogar Angst. Das ist verständlich. Wenn Sie dann aber mehr über Ihre Atemwegserkrankung erfahren, werden Sie sehen, dass sie Ihr Leben weit weniger verändern wird, als Sie vielleicht anfangs befürchtet haben. Wie wichtig es ist, dass Sie Ihre Medikamente richtig anwenden, wissen Sie bereits aus den vorigen Kapiteln. Andererseits sollten Sie sich aber nicht allein auf die Medikamente verlassen. Zu einem guten Asthmamanagement gehört sehr viel mehr. Sie können selbst einiges für Ihre Gesundheit tun.

Nutzen Sie das Schulungsangebot!

Was Asthma-Selbstmanagement genau bedeutet, lernen Sie in der Patientenschulung. Sie sollten unbedingt an der Schulung teilnehmen, denn dort erfahren Sie viele wichtige Dinge: Sie lernen, richtig zu inhalieren. Sie üben Techniken ein, die das Atmen erleichtern. Sie erfahren, wie Sie sich vor einer Verschlimmerung Ihrer Beschwerden schützen können. Und das sind nur einige Punkte. Selbstmanagement ist ein Maßnahmenpaket, das dafür sorgt, dass es Ihnen trotz Asthma gut geht.

Ein zentraler Aspekt des Selbstmanagements ist das Vermeiden von Asthmaauslösern. Sie wissen ja inzwischen: Die Bronchien des Asthmatikers sind überempfindlich wie eine Mimose, deren Blätter bei der kleinsten Bewegung zusammenklappen. Beim Asthma ist es ähnlich: Reize, die normalerweise überhaupt keine Reaktion hervorrufen, führen bei Asthmatikern zu einer Verkrampfung der Atemwege. Bei allergischem Asthma hält das Immunsystem Stoffe wie Pollen fälschlicherweise für gefährlich und

attackiert sie. Aber auch nicht-allergene Reizstoffe können die Bronchien eines Asthmatikers dazu bringen, dicht zu machen. Zigarettenqualm zum Beispiel enthält große Mengen solcher Reizstoffe. Kälte sowie körperliche Anstrengung sind weitere typische Auslöser von Asthmabeschwerden.

Auslösern aus dem Weg gehen

Wichtig ist zunächst einmal, dass Sie herausfinden, auf welche Reize Ihre Bronchien „anspringen". Denn jeder Asthmatiker reagiert anders. Liegt ein allergisches Asthma vor, werden die verantwortlichen Allergene im Rahmen des diagnostischen Basisprogramms aufgespürt. Darüber hinaus muss aber jeder Asthmatiker für sich selbst im Alltag austesten, wann und wie sein Körper reagiert. Und dann sollte er versuchen, seinen persönlichen Asthmaauslösern möglichst aus dem Weg zu gehen.

Pollenallergiker sollten über die Luftbelastung durch Pollen informiert sein. Dann können sie trotz Allergie die Natur genießen.

Leichter gesagt als getan, werden Sie denken. Ja, das stimmt. Völlig vermeiden lässt sich der Allergenkontakt tatsächlich nicht, wenn die kritischen Stoffe – wie zum Beispiel Pollen und Hausstaub – überall herumschwirren.

Aber es gibt doch einige Maßnahmen, die Sie ergreifen können, um die Allergenmengen, denen Sie ausgesetzt sind, möglichst gering zu halten.

Wissen, wann die Pollen fliegen

Pollenallergiker sollten gut darüber informiert sein, wann genau die Pollen fliegen, die ihnen zu schaffen machen. Pollenkalender sowie aktuelle Vorhersagen für Ihre Region finden Sie im Internet. Zu beachten ist, dass sich die Pollen neuerdings nicht mehr so genau an ihre typischen Jahreszeiten halten. In milden Wintern kommt es schon mal vor, dass Frühblüher wie die Hasel schon zu Weihnachten ihre Pollen in die Luft stäuben und Pollenallergikern eine böse Überraschung beschweren.

Folgende Verhaltensregeln können Pollenallergikern helfen, gut durch die Pollensaison zu kommen:

- Bei starker Belastung der Atemluft mit den kritischen Pollen sollten Sie sich möglichst wenig im Freien aufhalten.
- Am Tag sollten Sie die Fenster geschlossen halten und bevorzugt

Wer zur richtigen Zeit lüftet, schützt sich vor hoher Pollenkonzentration.

zu Zeiten mit niedrigen Pollenkonzentrationen lüften. In der Stadt ist das frühmorgens zwischen 6 und 8 Uhr, in ländlichen Regionen in den Abendstunden ab 19 Uhr.
- Ideal für Spaziergänge ist die Zeit direkt nach einem ordentlichen Regenschauer, denn dabei werden schwebende Teilchen wie Pollen aus der Luft ausgewaschen.
- Auch beim Autofahren sollten bei hoher Luftbelastung die Fenster geschlossen bleiben. Der Einbau eines Pollenfilters ist zu erwägen.
- Pollenallergiker sollten darauf achten, dass das Schlafzimmer möglichst nicht mit Pollen belastet wird. Deshalb Kleidung und Schuhe, die draußen getragen wurden, nicht im Schlafzimmer ausziehen und ablegen.
- Nach Aufenthalt im Freien sollten Sie abends die Haare waschen.

So tricksen Sie Hausstaubmilben aus

Auch Asthmatiker, die auf Hausstaub bzw. Hausstaubmilbenkot allergisch reagieren, können die Allergenbelastung minimieren. Hier einige Tipps:

- Staubfänger, in denen sich Hausstaubmilben tummeln, sollten Sie aus den eigenen vier Wänden so weit möglich „verbannen“. Dazu zählen Teppichböden, Polstermöbel und schwere Gardinen.
- Da sich Hausstaubmilben an den Untergrund krallen, ist ihnen mit normalem Staubsaugen nicht beizukommen. Aber es gibt Spezialstaubsauger bzw. spezielle Aufsätze für herkömmliche Geräte.
- Für Matratzen sind milben-undurchlässige Überzüge (Encasings) zu empfehlen.
- Die Stofftiere von Kindern, die an einer Hausstauballergie leiden, sollten regelmäßig für mindestens zwölf Stunden tiefgekühlt und – ganz wichtig – anschließend gewaschen werden.
- Ein feuchtes Milieu bietet Milben die optimalen Lebensbedingungen. Deshalb sollten Sie mehrmals am Tag ordentlich lüften, damit Luftfeuchtigkeit entweichen kann.

Stoßlüften gegen Schimmelpilz

Bei einer Schimmelpilzallergie ist regelmäßiges Lüften das A und O. Denn so kann man sehr effektiv einem Befall der eigenen vier Wände mit Schimmelpilzen vorbeugen. Ganz ähnlich wie die Hausstaubmilbe lieben es Schimmelpilze feucht. Deshalb ist es wichtig, die Raumluft regelmäßig zu erneuern. Die meisten Menschen wissen gar nicht, wie viel Feuchtigkeit sich in geschlossenen Räumen bildet – und das nicht nur beim Duschen. Die Luft, die wir ausatmen, fügt der Raumluft Feuchtigkeit zu. Außerdem verlieren wir Wasser über die Haut, auch wenn wir gar nicht stark schwitzen. Und großblättrige Zimmerpflanzen geben ebenfalls Wasserdampf ab.

Also: regelmäßig lüften, und zwar richtig. Empfohlen wird sogenanntes Stoßlüften: Die Fenster mehrmals am Tag am besten jeweils für eine Viertelstunde weit aufmachen. Durchzug fördert den Luftaustausch. Gar nichts bringt es dagegen, wenn Sie stundenlang das Fenster auf Kipp stellen. Durch den kleinen Spalt kann weder gebrauchte Luft in größeren Mengen entweichen, noch kommt genügend frische Luft herein. Regelmäßig gelüftet werden sollten alle bewohnten Räume, also auch Wohn- und Schlafräume und nicht etwa nur Bad und Küche, wo viel mit Wasser hantiert wird.

Auch wenn Sie diese Empfehlungen befolgen, sollten Sie die Wohnung ab und zu auf Schimmelpilzbefall überprüfen. Besonders in versteckten Ecken – zum Beispiel hinter dem Schrank oder dem Bett – bleibt Pilzbefall mitunter längere Zeit unbemerkt. Wehret den Anfängen, das ist ganz wichtig. Haben sich Schimmelpilze angesiedelt, können Sie zunächst mit einem Anti-Schimmelspray versuchen, sie zu beseitigen. Gelingt das nicht, muss renoviert werden. Am besten lassen Sie sich in diesem Fall von einem Profi beraten.

Hausstaub-allergiker sollten mit Kissen und anderen Staubfängern vorsichtig umgehen.

MÜSSEN WIR DEN HUND WIRKLICH ABGEBEN?

Kann er bleiben, oder müssen wir ihn abgeben? Das ist die bange Frage, wenn das Kind auf den heiß geliebten Hund allergisch reagiert.

Hat Ihr Kind Asthmabeschwerden, kann es auch am Haustier liegen.

Der Begriff Tierhaarallergie ist eigentlich nicht ganz richtig. Denn es sind nicht die Haare von Hund und Katze, die die allergischen Reaktionen provozieren, sondern bestimmte Stoffe, die sich im Speichel der Tiere befinden. Da sich die Tiere das Fell lecken, sind die Tierhaare mit diesen Allergenen kontaminiert. Aber auch sonst ist die Wohnung mit diesen Stoffen belastet. Sie kleben überall und sind kaum zu beseitigen.

Wenn jemand in einer Familie mit vierbeinigen Hausgenossen an allergischem Asthma erkrankt, stellt sich deshalb immer die Frage: Könnte der Hund oder die Katze der Auslöser der Atembeschwerden sein? Das kann man testen. Sind die Testergebnisse positiv, wäre es am besten, sich von Hund oder Katze zu trennen. „Aber der/die gehört doch zur Familie – das bringen wir nicht übers Herz.“ Vor allem für Kinder ist es oft ein Drama, wenn der vierbeinige Freund weggegeben werden soll.

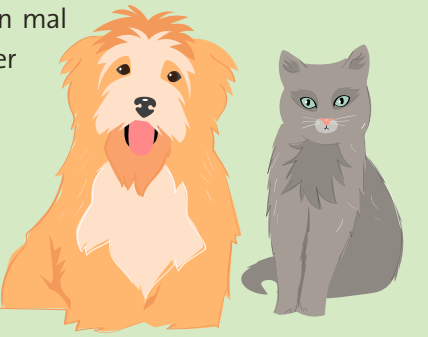
Falls Sie sich zu einer Trennung durchringen, ist davon auszugehen, dass sich die Asthmabeschwerden auf kurz oder lang deutlich bessern werden.

Vielleicht verschwinden sie sogar ganz. Behalten Sie dagegen den Hund oder die Katze, ist der Asthmatiker ständig den krank machenden Allergenen ausgesetzt und sein Immunsystem befindet sich ständig in Alarmbereitschaft. Ob sich durch diesen Dauerstress das Asthma verschlimmern wird, lässt sich nicht vorhersagen. Bessern wird sich das Asthma jedenfalls nicht. Das muss Ihnen klar sein. Wenn Sie sich für eine Trennung entscheiden, stehen die Chancen gut, dass die Atemwegserkrankung einen günstigen Verlauf nehmen wird. Allerdings dürfen Sie auch dann keine Besserung von jetzt auf gleich erwarten, weil es Monate dauern kann, bis die Tierallergene aus der Wohnung verschwunden sind.

Bett und Sofa sind tabu

Aber gibt es denn keine andere Möglichkeit, sich zu schützen? Keine so wirkungsvolle wie die Trennung von dem Tier. Das ist leider so. Sie können versuchen, die Belastung der Wohnung mit Tierallergenen zu verringern. Es gibt spezielle Staubsauger zur Beseitigung der Tierhaare, aber auch die schaffen es nicht, alle Haare zu entfernen. Außerdem sind da ja noch die Speichelspuren, die das Tier in der ganzen Wohnung hinterlässt. Auf jeden Fall sollte das Schlafzimmer für Hund oder Katze tabu sein und auch das Sofa sollten Sie zum Sperrgebiet erklären.

Die Empfehlung der Experten ist rigoros und eindeutig: Falls ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Haustier und Asthmaerkrankung bewiesen ist, sprechen sich Mediziner in jedem Fall für eine Trennung aus. Aber es ist natürlich Ihre Entscheidung. Diskutieren Sie das Für und Wider sehr gründlich im Familienrat. Spielen Sie alle Szenarien durch. Manchmal erleichtert es die Entscheidung, wenn man weiß, dass das Tier in gute Hände kommt. Vielleicht schauen Sie sich schon mal vorsorglich nach Menschen um, denen Sie Ihr Tier anvertrauen würden. In der Regel müssen Sie ja nicht sofort Nägel mit Köpfen machen. Wenn sich das Asthma allerdings verschlechtert, sollten Sie nicht länger zögern und zügig für Hund oder Katze ein neues Zuhause finden.



Und die Ernährung?

Asthmatiker brauchen keine spezielle Ernährung und auch keine Nahrungsergänzungsmittel. Sie sollten sich aber – wie jeder Mensch – gesund und ausgewogen ernähren. Besonders empfehlenswert ist eine Ernährung nach dem Vorbild der Mittelmeerländer: viel frisches Obst und Gemüse, regelmäßig frischer Fisch, Fleisch in Maßen, und das alles zubereitet mit wertvollen Ölen. So wird der Körper mit allen lebenswichtigen Nährstoffen versorgt – und schmecken tut es auch.

Asthmatiker können sich ganz normal ernähren, wobei viele frische Nahrungsmittel auf dem Speiseplan stehen sollten.

Wenn ein bestimmtes Nahrungsmittel bei Ihnen nachweislich allergische Beschwerden hervorruft, sollten Sie dieses Nahrungsmittel natürlich von Ihrem Speisezettel streichen. Wie Sie bereits erfahren haben, treten manchmal Kreuzallergien auf. So können zum Beispiel Birkenpollenallergiker auch auf Äpfel oder Karotten reagieren. Lassen Sie sich deshalb testen, sollte sich der Verdacht auf eine Nahrungsmittelallergie ergeben. Sie müssen aber nicht vorsorglich auf Nahrungsmittel verzichten, von denen bekannt ist, dass sie Allergien hervorrufen können.

Übergewicht abbauen

Nun zu einem leidigen Thema: Übergewicht. Asthmatiker, die stark übergewichtig sind, sollten unbedingt versuchen abzunehmen. Sie werden merken, dass es Ihnen mit weniger Kilos spürbar besser geht. Das ist doch ein guter Ansporn, finden Sie nicht? Wenn Sie weniger wiegen, müssen sich Ihre empfindlichen Atemorgane weniger anstrengen, um den Körper mit Sauerstoff zu versorgen. Und außerdem schaffen Sie durch das Abspecken mehr Platz im Brustraum, sodass sich die Lunge besser ausdehnen kann.

Aber abspecken ist nicht einfach, das ist leider so. Wenn Sie dauerhaft Gewicht verlieren wollen, müssen Sie Ihren gewohnten Lebensstil ändern und Ihre Ernährung auf Dauer umstellen. Eine Zeit lang werden Sie dabei mit weniger Kalorien auskommen müssen, aber auch später – wenn

Sie Ihr Zielgewicht erreicht haben – dürfen Sie nicht wieder in alte Ernährungsmuster zurück verfallen. Sonst geht der Zeiger der Waage ganz schnell wieder nach oben. Wichtig ist außerdem regelmäßige Bewegung. Bewegung treibt den Kalorienverbrauch in die Höhe und hilft Ihnen, abzunehmen und das Gewicht anschließend auch zu halten.

Leuchtet alles ein, fällt aber den meisten Abnehmwilligen schwer: Überall locken köstliche Verführungen und auf Sport haben viele Menschen mit Übergewicht gar keine Lust. Deshalb sollten Sie sich beim Abnehmen Unterstützung holen. Profis können Ihnen helfen, in puncto Ernährung und Bewegung Strategien zu entwickeln, die zu Ihnen passen. Wichtig ist darüber hinaus aber auch die emotionale Unterstützung. Sprechen Sie Ihren Arzt darauf an, wie er Ihnen beim Abnehmen den Rücken stärken kann.

Bitte nicht schonen: Regelmäßige körperliche Aktivitäten nach Maß sind gut für Menschen mit Asthma.

Ein aktives, bewegtes Leben führen

Viele Menschen mit Asthma neigen dazu, sich zu schonen. Sie sind unsicher, was sie sich zutrauen können, und gehen körperlichen Aktivitäten lieber aus dem Weg. Das ist verständlich, da Anstrengung Asthmabeschwerden provozieren kann. Trotzdem ist Schonung die falsche Strategie. Asthmatiker sollten im Gegenteil regelmäßig etwas Sport treiben, denn das steigert ihre Fitness und Leistungsfähigkeit. Empfehlenswert ist Ausdauertraining wie Radfahren oder Wandern, aber zügiges Spazierengehen mehrmals die Woche zählt auch.

Wichtig ist, dass Sie ein Gespür dafür bekommen, wie weit Sie Ihren Körper belasten dürfen. Art und Pensum der sportlichen Aktivitäten sollten so gewählt sein, dass keine Asthmabeschwerden auftreten. Und dann können Sie versuchen, die Belastung maßvoll zu steigern. Sie werden recht schnell ein Gefühl für das rechte Maß entwickeln. Trotzdem sollten Sie auf Nummer sicher gehen und bei sportlichen Aktivitäten Ihr schnell wirksames Asthmaspray immer griffbereit haben.

DARF MEIN KIND SPORT MACHEN?

Viele Eltern asthmakranker Kinder sind sehr besorgt und würden ihr Kind am liebsten in Watte packen. Doch – so verständlich das auch ist – Sie tun Ihrem Kind keinen Gefallen.

Keine Sorge: Kinder mit gut eingestelltem Asthma können herumtoben und aktiv sein.

Kann ich mein Kind mit den anderen draußen herumtoben lassen? Darf es Fußball spielen? Kann ich es guten Gewissens ins Landschulheim schicken? Das alles sind Fragen, die Eltern asthmakranker Kinder umtreiben. Vor allem die Angst vor einem schweren Asthmaanfall schwebt über allem. Aber Sie sollten als Eltern nicht so schwarz sehen und keine Katastrophen an die Wand malen. Wichtig ist, dass Ihr Kind medikamentös gut eingestellt und gut geschult ist. Dann sind die Risiken sehr gering.

Vor allem im Interesse ihres Kindes sollten Eltern sich nicht zu viele Sorgen machen. Überfürsorge tut Kindern nicht gut. Kinder reagieren sehr sensibel auf Ängste und Befürchtungen ihrer Eltern und lassen sich leicht davon beeinflussen. Es kann sogar unter diesem Druck zu einer Zunahme des kindlichen Asthmas kommen, das haben Studien gezeigt.

Ausprobieren ist gut

Kinder selbst gehen mit ihrer Asthmaerkrankung oft recht entspannt um. Sie neigen weniger als Erwachsene dazu, Dinge im Kopf hin und her zu wälzen. So wachsen sie oft leichter in neue Situationen hinein und probieren einfach aus, was geht und was nicht. Was genau richtig ist: Asthmamanagement hat tatsächlich viel mit Ausprobieren zu tun. Mit einer guten medikamentösen Behandlung als Sicherheitsnetz müssen die Betroffenen im Alltag selbst herausfinden, was sie sich zutrauen können und wo die Grenzen sind.

Schränken Sie Ihr Kind also nicht unnötig ein. Sorgen Sie dafür, dass es eine gute Therapie bekommt – und dann lassen Sie es losziehen. Zum Sport, ins Landschulheim, wohin auch immer. Zu viel Fürsorge kann ein Kind leicht zum Außenseiter machen. Trauen Sie Ihrem Kind etwas zu und vermitteln Sie ihm, dass Asthma kein Drama und kein Stigma ist. Das ist umso wichtiger, wenn das Kind selbst ängstlich ist und dazu neigt, sich zurückzuziehen. Achtsamkeit, aber auch Selbstvertrauen und Courage sind beste Voraussetzungen für ein erfolgreiches Asthma-Selbstmanagement.

Infektprophylaxe: Hygiene plus impfen

Atemwegsinfekte können Asthma verschlimmern. Selbst eine banale Erkältung kann ausreichen, um die Bronchien noch „schreckhafter“ zu machen, als sie es ohnehin schon sind. Auch wenn der Atemwegsinfekt längst abgeklungen ist, kann diese verstärkte Überempfindlichkeit noch eine Zeit lang bestehen bleiben.

Deshalb sollten Asthmatiker versuchen, sich möglichst nichts einzufangen. Auch das ist leichter gesagt als getan – vor allem in der Winterzeit. Wie soll man sich schützen gegen das Niesen, Schniefen und Husten überall? Erst einmal sollten Sie sich sehr gründlich die Hände waschen, wenn Sie nach Hause kommen. Die meisten Menschen haben gar keine Vorstellung davon, wie viele Erreger beim Anfassen von Türklinken, Einkaufswagen und auch Geld an den Händen haften bleiben.

Kinder benötigen die empfohlenen Schutzimpfungen. Impflücken gefährden sie.

Seifen Sie deshalb Ihre Hände rundum und auch zwischen den Fingern gründlich ein. Eine halbe Minute sollten Sie sich dafür schon Zeit nehmen und die Hände anschließend sorgfältig abspülen und abtrocknen.

Also nicht nur die Hände kurz unters Wasser halten, denn das bringt so gut wie gar nichts. Wenn Sie mit erkälteten Mitmenschen in direkten Kontakt kommen, sollten Sie auf Händeschütteln verzichten und Abstand halten. Das zählt zur Hygiene und ist keine Unhöflichkeit!

Aber selbst bei optimaler Hygiene lassen sich Atemwegsinfekte nicht zuverlässig vermeiden. Deshalb sollten sich Menschen mit Asthma impfen lassen – und zwar gegen Influenzaviren, die Auslöser der echten Grippe, und gegen Pneumokokken als bakterielle Erreger von Lungenentzündungen. Das empfiehlt die Ständige Impfkommission. Influenzaviren und Pneumokokken können Menschen mit Asthma sehr stark zusetzen und sind bei ihnen häufig für Komplikationen und Klinikeinweisungen verantwortlich. Dieses Risiko lässt sich durch Impfungen gegen Influenzaviren und Pneumokokken nachweislich reduzieren. Da sich die Influenzaviren rasant schnell verändern, sollte die Grippeimpfung jedes Jahr erfolgen. Die Impfung gegen Pneumokokken dagegen hält fünf Jahre vor.

Und wie sieht es mit der Sicherheit von Impfungen aus? Viele Eltern lassen ihre Kinder nicht impfen, weil sie befürchten, dadurch könnten allergische Reaktionen und Asthma provoziert werden. Diese Sorge betrifft das Impfen generell – also die klassischen Kinderschutzimpfungen gegen Masern, Mumps, Keuchhusten und andere Infektionskrankheiten. Die Befürchtung ist jedoch unbegründet. Nicht durch die empfohlenen Schutzimpfungen werden die Kinder gefährdet, sondern vielmehr durch die bestehenden Impflücken, betont die Ständige Impfkommission.

„Locker bleiben“

Die Psyche spielt bei Asthma eine große Rolle. Wahrscheinlich haben Sie das schon selbst erlebt: Wenn Sie im Stress sind, nehmen die Atembeschwerden oft zu. Sie hetzen von einem Termin zum nächsten. Der Chef macht Druck. Die Freundin Ihres Sohnes, der an Asthma leidet, hat Schluss gemacht. Es gibt viele Gründe, warum sich Asthmabeschwerden verschlimmern können. Und oft lassen sich diese Gründe nicht aus der Welt schaffen.

Den Chef können Sie nicht ändern. Aber Sie können vielleicht lernen, anders mit ihm umzugehen. Viele Menschen haben das Gefühl, Stress werde ihnen von außen aufgebürdet. Dass sie selbst oft entscheidend dazu beitragen, realisieren sie nicht. Aber genau an dieser Schraube können Sie drehen. Sie können zum Beispiel lernen, sich nicht so vereinnahmen zu lassen. Öfter mal Nein zu sagen. Sich nicht aufzuregen, wenn etwas nicht klappt. Das alles kann zum Stressabbau beitragen. Probieren Sie es doch einfach mal aus. Manchen Menschen hilft auch das Erlernen von Entspannungsübungen, um zwischendurch mal abzuschalten. Erholungspausen sind ganz wichtig und kommen im heutigen Alltag oft viel zu kurz. Das Programm „Stress im Griff“ der AOK hilft Ihnen, die Herausforderungen des Alltags gelassener zu bewältigen. Experten geben Ihnen Tipps, wie Sie Stresspotenziale erkennen und entspannter damit umgehen können.
→ www.stress-im-griff.de

Entspannung kann helfen, Asthmabeschwerden zu lindern.

Auch die Asthmaerkrankung selbst bedeutet Stress. Für den einen mehr, für den anderen weniger. Es gibt Menschen, die gut mit ihrem Asthma klarkommen und ziemlich locker damit umgehen. Es gibt aber auch

Menschen, die sich viele Sorgen machen und unsicher sind, was sie sich zutrauen können. Das ist eine Typ-Frage. Wenn Sie merken, dass Sie oft niedergeschlagen sind und mit Ängsten zu kämpfen haben, sollten Sie Ihren Arzt um Rat fragen. Vielleicht wird er Ihnen psychologische Unterstützung empfehlen. Wehren Sie jetzt bitte nicht gleich ab. Psychologische Unterstützung bei der Bewältigung chronischer Krankheiten ist etwas ganz Normales. Es gibt Psychologen, die sind genau darauf spezialisiert und können Betroffenen helfen, ihre Krankheit besser zu akzeptieren und sich nicht davon beherrschen zu lassen. Das kennt doch eigentlich jeder: Manchmal ist man in der eigenen Weltsicht gefangen. So ist es auch beim Asthma. Der freie Blick eines anderen kann einem guttun und neue Perspektiven eröffnen.

Anleitung zum Selbstmanagement

Als DMP-Teilnehmer erhalten Sie eine umfassende Schulung. Diese versetzt Sie in die Lage, Ihre Atemwegserkrankung erfolgreich zu managen. Darüber hinaus steht Ihnen Ihr Arzt immer mit Rat und Tat zur Seite, wenn Sie im Alltag bemerken, dass Sie weitere Unterstützung benötigen.

Leichter atmen dank Lippenbremse und Kutschersitz

Bei ausgeprägten Atembeschwerden sind atemerleichternde Techniken wie Lippenbremse und Kutschersitz sehr hilfreich. Die Lippenbremse ist eine Atemtechnik, bei der Sie durch den Widerstand der locker geschlossenen Lippen ausatmen und den Luftstrom so ausbremsen. Auf diese Weise werden die Atemwege stabilisiert: Die Bronchien fallen nicht so leicht in sich zusammen, sodass die Atemluft gut hindurchströmen kann. Der Kutschersitz ist – ebenso wie Torwartstellung und Wandstellung – eine entspannte Körperhaltung, die den Brustkorb entlastet. Das schafft Platz für Brust- und Bauchatmung. Und auch die Atemhilfsmuskulatur im Bereich von Brust, Rücken und Schultergürtel kann leichter arbeiten, wenn Sie die Kutscher- oder Torwartposition einnehmen.
Sie sollten diese Techniken unbedingt beherrschen, ohne groß nachdenken zu müssen. Besonders bei einem Asthmaanfall werden Sie davon profitieren. Falls Sie die Techniken bisher noch nicht gelernt haben, sprechen Sie Ihren Arzt darauf an.

Lippenbremse

- Tief durch die Nase einatmen.
- Anschließend durch die locker geschlossenen Lippen langsam wieder ausatmen.

Kutschersitz

- Auf die vordere Kante eines Stuhls setzen und die Beine öffnen.
- Den Oberkörper weit vorbeugen und die Unterarme auf den Oberschenkeln abstützen, sodass das Gewicht des Oberkörpers auf den Armen ruht.
- Der Rücken ist gerade, und Sie sitzen ganz entspannt.
- Dabei ruhig und gleichmäßig ein- und ausatmen.

Torwartstellung

- Mit leicht gespreizten Beinen hinstellen. Die Knie sind leicht angewinkelt.
- Den Oberkörper leicht nach vorne beugen.
- Die Hände über den Knien auf den Oberschenkeln abstützen. Die Daumen zeigen dabei nach außen, die übrigen Finger nach innen.
- Sie stehen ganz entspannt und atmen ruhig ein und aus.

Wandstellung

- Stellen Sie sich vor eine Wand, die Beine in leichter Schrittstellung.
- Die Arme vor dem Gesicht verschränken und auf der Wand abstützen.
- Die Stirn auf den verschränkten Armen ablegen.
- Entspannen Sie sich und atmen Sie gleichmäßig ein und aus.

6

KAPITEL 6

Nicht rauchen – wie soll ich das schaffen?

Sich selbst auf die Schliche kommen

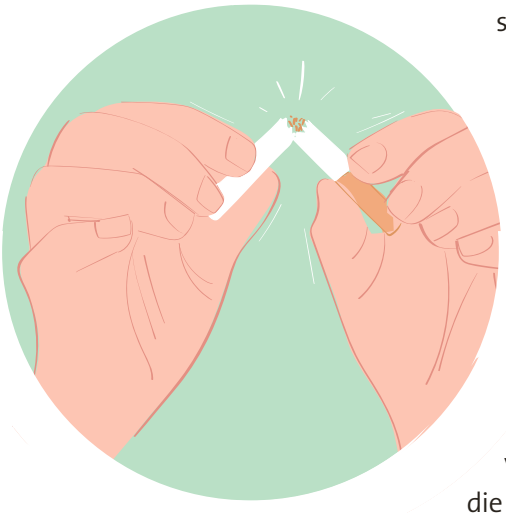
Sich das Rauchen abzugewöhnen ist schwer. Trotzdem sollten Sie es unbedingt versuchen. Denn Asthma und Rauchen – das ist eine ganz schlechte Kombination.

Zigarettenrauch ist Gift. Die meisten Raucher wissen das und kommen trotzdem nicht von der Zigarette los. Der Verstand kann nämlich nicht allzu viel ausrichten bei einer Sucht. Das ist beim Rauchen nicht anders als bei sonstigen Drogen. Nikotin ist ein besonders starkes Suchtmittel. Trotzdem kann man davon loskommen. Wichtig ist es, sich selbst und den eigenen Verhaltensmustern auf die Schliche zu kommen. Dazu später mehr.

Zunächst zu den Schäden, die das Rauchen in den Atemwegen anrichtet: In erster Linie sind es die zarten Flimmerhärchen, die von den hochaggressiven Inhaltsstoffen des Zigarettenrauchs angegriffen werden. Flimmerhärchen sind Zellen, die eine winzige bewegliche Wimper tragen. Die Bronchien sind innen mit einem dichten Teppich dieser Flimmerhärchen ausgelegt. Sie schlagen alle im selben Takt und transportieren so ständig einen aufliegenden feinen Schleimfilm in Richtung Rachen. Wie auf einem Förderband werden Schmutzteilchen, Schadstoffe und Krankheitserreger, die in die Bronchien geraten sind, wieder nach draußen befördert. Anschließend werden sie meist durch Schlucken entsorgt.

Der Müll bleibt liegen

Die giftigen Inhaltsstoffe des Zigarettenrauchs bringen die Flimmerhärchen aus dem Takt. Später – bei langjährigen Rauchern – sieht der einst dichte Teppich aus wie abgegrast und von den zarten Gebilden sind stellenweise nur noch Stümpfe übrig. Die Folge: Jede Menge Müll bleibt in den Bronchien liegen. Und das bekommen Menschen mit Asthma besonders zu spüren. Weil die Müllabfuhr nicht funktioniert, wirken vermehrt Reiz- und Schadstoffe auf ihre überempfindlichen Bronchien ein. Auch die hochaggressiven Inhaltsstoffe des Zigarettenrauchs sammeln



sich an und reizen die Atemwege. Außerdem locken sie Immunzellen herbei, die eigentlich die Schadstoffe unschädlich machen sollen, dabei aber die asthmabedingte Entzündung der Bronchialschleimhaut weiter anfachen. Kein Wunder, dass Rauchen die Asthmabeschwerden verstärkt. Hinzu kommt, dass sich Viren und Bakterien leichter einnisten können, wenn die Flimmerhärchen nicht richtig arbeiten. Es kommt vermehrt zu Atemwegsinfekten und auch die können das Asthma verschlimmern.

Wer mit dem Rauchen aufhört, merkt schon nach kürzester Zeit, dass das Atmen wieder leichter fällt und Beschwerden zurückgehen.

Die gute Nachricht: Der Körper verfügt über eine erstaunliche Fähigkeit, Schäden zu reparieren. Zerstörte Flimmerhärchen können zwar nicht nachwachsen. Ist der Reinigungstrupp jedoch „nur“ in seiner Funktion gestört, kann er sich erholen. Gleichzeitig bessert sich Ihre Lungenfunktion. Das geht recht zügig, sodass die Werte bereits nach einigen rauchfreien Monaten wieder im grünen Bereich liegen können. Das haben Studien bei Menschen ohne Asthma gezeigt.

Aber auch wenn Sie Asthma haben, wird sich Ihre Lungenfunktion deutlich bessern und auf das Niveau nicht-rauchender Asthmatiker zubewegen. Sie bekommen besser Luft und haben weniger Hustenanfälle. Bereits nach einem Monat ohne Zigaretten ist mit einem spürbaren Rückgang der Beschwerden zu rechnen. Und auch das Risiko von Atemwegsinfekten nimmt ab, weil der Reinigungsdienst der Atemwege wieder besser funktioniert.

Auf längere Sicht kommen weitere positive Effekte des Rauchverzichts zum Tragen: Nach zehn rauchfreien Jahren hat sich das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben, fast um die Hälfte verringert. Und nach 15 Jahren ist das Herzinfarktrisiko von Exrauchern mit dem von Nichtrauchern vergleichbar.
Jeder Tag, den Sie sich nicht rauchen, zählt. Das sollten Sie sich klarmachen und am besten gleich morgen Ihr Leben als Exraucher beginnen.

Körperliche Entzugssymptome sind schnell vorbei

Viele Raucher fürchten die körperlichen Entzugssymptome. Aber die sind „beim Aufhören“ gar nicht das größte Problem. Viel schwerer zu überwinden ist die psychische Abhängigkeit. Körperliche Entzugssymptome wie Nervosität, Reizbarkeit, depressive Verstimmung und Schlafstörungen lassen bereits nach einer Woche deutlich nach. Auch ist es ganz unterschiedlich, wie stark Menschen auf den Nikotinentzug reagieren: Manche erwischt es stärker, bei anderen geht der körperliche Entzug sehr glimpflich ab.

Bei Bedarf können Sie sich über die erste Zeit mit Nikotin-Ersatzpräparaten hinweghelfen. Kaugummi, Pflaster und Co. bewirken, dass der Nikotinspiegel nicht von jetzt auf gleich auf null abfällt und mildern so die Entzugssymptomatik ab. Kaugummis und Tabletten, die sich im Mund auflösen, sind eher etwas für Gelegenheitsraucher. Für starke Raucher, die sich eine nach der anderen anstecken, sind Pflaster besser geeignet. Sie setzen Nikotin kontinuierlich über 16 bis 24 Stunden hinweg frei. Nikotinersatzpräparate erzeugen – im Unterschied zur Zigarette – keinen „Kick“, sodass die Sucht durch ihre Anwendung nicht weiter bedient wird. Am besten lassen Sie sich in der Apotheke ein Präparat empfehlen. Was Sie noch wissen sollten: Die Krankenkasse erstattet Nikotinersatzpräparate in aller Regel nicht.

So überwinden Sie die psychische Abhängigkeit

Die psychische Abhängigkeit ist die größere Hürde. Das Rauchen führt im Belohnungszentrum des Gehirns zur Ausschüttung von „Glückshormonen“, die einen positiven Kick hervorrufen. Und diesen Kick möchte man immer wieder erleben. Schnell entwickelt sich eine Sucht und die Abstände zwischen den Zigaretten werden kürzer. Oft wird die Zigarette benutzt, um Stress oder schlechte Stimmung zu neutralisieren. Viele Raucher merken aber gar nicht, dass sie das tun. Der Griff der Zigarette erfolgt irgendwann automatisch und ist kaum noch dem Willen unterworfen.
Deshalb kann der Verstand nicht allzu viel ausrichten, wenn es darum geht, sich von der Zigarettensucht zu befreien. Und deshalb reicht sachliche Aufklärung über die Gesundheitsrisiken des Rauchens in der Regel nicht aus, um einen Raucher zum Aufhören zu bewegen. Vielmehr muss er seinen

Das Kauen von Ingwer oder Gewürznelken kann den Rauchimpuls zerstreuen.

Verhaltensmustern auf die Schliche kommen und herausfinden, warum er in welchen Situationen raucht. Dann gilt es, Verhaltensalternativen zu entwickeln. Wer das schafft, hat relativ gute Chancen, dauerhaft von der Zigarette loszukommen.

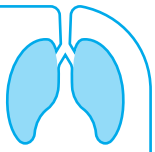
Für den Anfang gibt es einen einfachen Trick: Ein starker Sinnesreiz kann helfen, den Griff nach der Zigarette zu unterbinden. Das kann ein intensives Geschmackserlebnis oder Geruchserlebnis sein. Bewährt hat sich etwa das Zerkauen von Ingwer oder einer Gewürznelke bzw. das Riechen an einem Fläschchen Tigerbalsam. Auch mithilfe von Atemübungen lässt sich der Rauchimpuls eventuell zerstreuen.

Verhaltenstherapeutische Unterstützung bieten Raucherentwöhnungsprogramme, die qualitätsgesichert sein sollten. Die langfristigen Erfolgsquoten liegen um 30 Prozent. Angebote, die mehr versprechen, sind unseriös. Am besten beraten Sie sich mit Ihrem Arzt. Er kann Ihnen einen Kontakt wohnortnah vermitteln. Die Teilnahme an qualitätsgesicherten Raucherentwöhnungsprogrammen wird durch Ihre AOK unterstützt.

Unterstützung beim Rauchstopp

Als Curaplan-Teilnehmer bekommen Sie volle Unterstützung, wenn Sie ernsthaft mit dem Rauchen aufhören wollen. Ihr Arzt wird Ihnen auf Wunsch qualitätsgesicherte Raucherentwöhnungsprogramme vermitteln. Darüber hinaus unterstützt Sie das AOK-Expertenforum Nichtrauchen unter
www.aok.de/foren → Nichtrauchen

Passivrauchen und Rauchrückstände



Wie schwer man in verrauchten Kneipen Luft bekommt, hat wahrscheinlich jeder schon erlebt. Asthmatiker mit ihren überempfindlichen Bronchien trifft es natürlich besonders hart. Lange Zeit wurde unterschätzt, wie viele Schadstoffe auch durch passives Mitrauchen in die Atemwege gelangen. Inzwischen gilt jedoch als sicher, dass in Deutschland jährlich mehr als 3.000 Todesfälle infolge Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen dem Passivrauchen zuzuschreiben sind. Die Mengen an Zigarettenschadstoffen, die Nichtraucher abbekommen, müssen also beträchtlich sein.

Menschen mit Asthma ist es unbedingt zu empfehlen, verqualmte Räume zu meiden. Sonst müssen sie mit einer Zunahme ihrer Beschwerden rechnen. Im privaten Umfeld sollte es eigentlich selbstverständlich sein, dass Raucher Rücksicht nehmen und zum Qualmen auf den Balkon oder in den Garten gehen. Sollte dies nicht selbstverständlich ist, scheuen Sie sich nicht, darum zu bitten. Das gilt natürlich auch für den/die Lebenspartner/in. Besonders gefährdet durch das Passivrauchen und ebenso durch Rauchrückstände sind asthmakranke Kinder.

Von der Hand in den Mund

Niederschläge des Zigarettenqualms lagern sich überall in einer Raucherwohnung ab: Auf Möbeln und Böden, in Vorhängen und Teppichen, überall kleben die Rückstände so fest, dass sie mit normalem Putzen und Saugen nicht zu beseitigen sind. Wenn Kinder auf dem Boden herumkrabbeln oder durch die Räume toben, nehmen sie schnell mal eine „ordentliche Dosis“ dieser Schadstoffe auf. Auch bei einer Umarmung kann dies leicht passieren, denn Kleidung und Haare von Rauchern sind ebenfalls nachhaltig verqualmt. Das alles sollten Sie mit Blick auf Ihre eigene Gesundheit bzw. die Ihrer asthmakranken Kinder bedenken, wenn Sie bei Rauchern zu Besuch sind.

7

KAPITEL 7

Mein Peak-Flow-Wert – im grünen Bereich?

Das Ampelschema macht die Antwort leicht

Asthmapatienten können mit dem Peak-Flow-Meter ganz einfach selbst ihre Lungenfunktion überprüfen und die Messwerte anschließend mithilfe des Ampelschemas interpretieren.

Die regelmäßige Kontrolle der Lungenfunktion ist ein ganz wichtiger Aspekt des Asthma-Selbstmanagements. So können Sie als Patient rechtzeitig erkennen, wenn sich Ihr Asthma verschlechtern sollte, und entsprechend reagieren. Dabei leistet Ihnen ein kleines, „simples“ Gerät – das Peak-Flow-Meter – wertvolle Dienste.

Gemessen wird die Geschwindigkeit des Luftstroms beim Ausatmen, der sogenannte Spitzenfluss. Bei einem gut kontrollierten Asthma strömt die Luft schneller. Sind die Bronchien dagegen stark entzündet und verengt, fällt das Ausatmen schwer und es geht langsamer. Der Wert wird auf einer Skala angezeigt und ist leicht abzulesen.

Nach Anwendung Ihres Asthmamedikaments sollten Sie den Peak-Flow mehrmals täglich zu festen Zeiten messen und die Werte in Ihr Asthmatagebuch eintragen. Anhand der Verlaufskurve kann Ihr Arzt beim nächsten Termin sehen, ob die Therapie gut anschlägt. Besonders in „heißen Phasen“ der Erkrankung, wenn sich eine Verschlechterung abzeichnet oder wenn die Therapie umgestellt wird, ist es sehr hilfreich, wenn Sie Ihren Arzt mit einem möglichst lückenlosen Peak-Flow-Protokoll unterstützen.

Ihr persönlicher Bestwert ist das Maß

In erster Linie dient das Peak-Flow-Meter aber dazu, dass Sie sich selbst jederzeit ein Bild über Ihre Lungenfunktion machen können. Als Vergleichswert wird Ihr persönlicher Bestwert genommen: Das ist der beste Peak-Flow-Wert, den Sie in einer stabilen Krankheitsphase unter optimaler medikamentöser Therapie im Laufe von 14 Tagen erreichen. Dieser

Bestwert dient als Maß dafür, ob sich die aktuellen Messwerte im grünen, gelben oder roten Bereich befinden. So lässt sich ein Ampelschema mit Ihren persönlichen Grün-, Gelb-und Rotbereichen erstellen. Auf einen Blick können Sie damit jeden neuen Messwert ganz einfach selbst beurteilen.

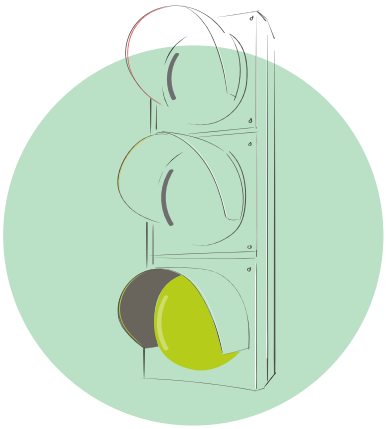
Wenn Sie Ihren Peak-Flow regelmäßig messen, werden Sie merken, dass die Werte nicht immer gleich sind. Das ist typisch für Asthma und kein Grund zur Sorge, solange die Werte im grünen Bereich liegen. Wenn die Werte aber Ihren Bestwert deutlich unterschreiten, geht die Ampel auf Gelb. Jetzt muss engmaschig kontrolliert werden, ob es sich um einen einzelnen Ausrutscher oder um einen Abwärtstrend handelt. Ihre Dauermedikation muss eventuell angepasst werden. Bei Rot dagegen – bei einem starken Abfall des Peak-Flow-Werts – ist Ihr Asthma außer Kontrolle. Sie müssen umgehend handeln und Ihre Notfallmedikamente anwenden.

So messen Sie richtig

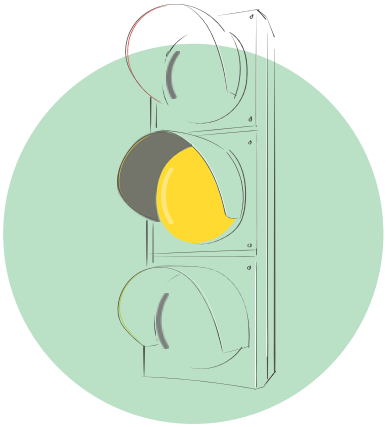
Das Bedienen des Peak-Flow-Meters ist wirklich nicht schwer. Lassen Sie sich die einzelnen Schritte genau zeigen und – wenn Sie sich mit dem Gerät vertraut gemacht haben – führen Sie Ihrem Arzt zur Sicherheit eine Messung vor. Hier die einzelnen Schritte:

- Sie stellen sich aufrecht hin.
- Den Zeiger des Geräts schieben Sie auf null.
- Dann atmen Sie tief ein.
- Danach umschließen Sie das Mundstück fest mit den Lippen und pusten schnell und kräftig in das Peak-Flow-Meter hinein. So, als würden Sie eine Kerze ausblasen.
- Merken Sie sich den Wert und schieben Sie den Zeiger zurück auf null.
- Wiederholen Sie die Messung noch zweimal und schreiben Sie den besten der drei Werte auf, am besten in Ihr Asthmatagebuch.
- Zur Beurteilung des Messwerts nehmen Sie das Ampelschema in Ihrem Asthmatagebuch zur Hand. Oder Sie markieren gleich am Peak-Flow-Meter den individuellen Grün-, Gelb- und Rotbereich farbig.

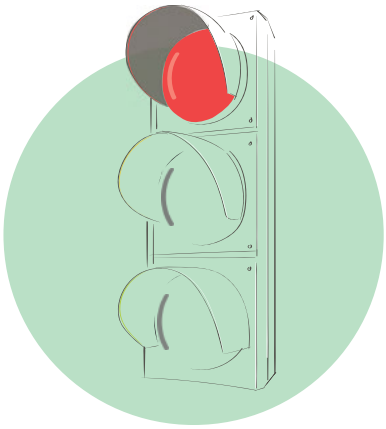
Das Ampelschema



Dicker grüner Punkt Der gemessene Peak-Flow-Wert liegt zwischen 80 und 100 Prozent Ihres persönlichen Bestwertes.
Das bedeutet: Das Asthma ist gut unter Kontrolle. Es sind keine Maßnahmen erforderlich.



Dicker gelber Punkt Der gemessene Peak-Flow-Wert liegt zwischen 50 und 80 Prozent des Bestwertes.
Das bedeutet: Die Bronchien sind verengt und Ihr Asthma nur teilweise kontrolliert. Passiert dies in kurzen Abständen häufiger, sind Ihre Dauermedikamente wahrscheinlich nicht ausreichend und müssen angepasst werden. Vereinbaren Sie deshalb zeitnah einen Arzttermin.



Dicker roter Punkt Der gemessene Peak-Flow-Wert liegt unter 50 Prozent des Bestwertes.
Das bedeutet: Ihr Asthma ist unkontrolliert und die Bronchien sind stark verengt. Ein Asthmaanfall bahnt sich an. Bei akuter Atemnot sollten Sie Ruhe bewahren, eine atemerleichternde Haltung wie den Kutschersitz einnehmen und Ihre Notfallmedikamente gemäß Ihrem Notfallplan einnehmen.

8

KAPITEL 8

Was, wenn das Asthma schlimmer wird?

Warnzeichen erkennen und richtig reagieren

Trotz konsequenter Asthmatherapie kommt es vor, dass sich die Atemprobleme verschlimmern. Dann sollten Sie wissen, wie Sie reagieren müssen.

Für ein erfolgreiches Asthmamanagement ist ein gutes Körpergefühl von entscheidender Bedeutung. Das heißt, Sie sollten die Signale Ihres Körpers wahrnehmen und richtig deuten können. Schwankungen in der Tagesform sind bei Asthma ganz normal. Es gibt gute Tage und schlechtere Tage, und trotzdem können Sie sich im grünen Bereich befinden. Es kann jedoch auch vorkommen, dass sich das Asthma verändert und die Lungenfunktion in den gelben oder sogar roten Bereich gerät. Wenn sich die Dinge zuspitzen, schlägt Ihr Körper in aller Regel Alarm. Und diese Warnsignale sollten Sie kennen, dann können Sie schnell und richtig reagieren. Bei einem schweren Asthmaanfall kann das lebensrettend sein.

Viele Asthmatiker haben das schon einmal erlebt: Scheinbar aus einem heiteren Himmel verschlimmern sich die Atemprobleme. Sie haben – bei körperlicher Belastung und eventuell auch in Ruhe – zunehmend Atemnot. Und auch Ihre Peak-Flow-Werte sind schlechter als bisher. Eine solche Verschlechterung (Exazerbation) kann sich schleichend entwickeln oder aber ganz plötzlich kommen. Im zweiten Fall handelt es sich um einen akuten Asthmaanfall.

Für Sie als Patient ist wichtig zu wissen: Exazerbationen können grundsätzlich immer auftreten, bei leichtem Asthma ebenso wie bei schweren Formen. Das heißt nicht, dass Sie ständig in Habachtstellung verbringen sollen. Im Gegenteil: Versuchen Sie, möglichst entspannt mit Ihrer Atemwegserkrankung umzugehen.

Andererseits sollten Sie es rechtzeitig erkennen, wenn das Asthma außer Kontrolle gerät. Peak-Flow-Messungen helfen Ihnen dabei. Die Messun-

gen sollten regelmäßig erfolgen – egal, ob Sie Beschwerden haben oder nicht. Gibt es Anzeichen dafür, dass sich Ihr Asthma verändert, gehen Sie bitte zeitnah zum Arzt, damit er der Sache auf den Grund gehen kann.

Scheinbar aus heiterem Himmel

Auch wenn es so aussehen mag – wirklich aus heiterem Himmel kommen Exazerbationen natürlich nicht. Bei Pollenallergikern zum Beispiel kann eine Zunahme der Beschwerden durch unerwartet einsetzenden Pollenflug ausgelöst werden. Die milden Winter haben dazu geführt, dass die Natur ganz durcheinander kommt. Frühblüher haben in den letzten Jahren wiederholt bereits im Winter gestäubt und Pollenallergikern überraschende Atembeschwerden beschert.

Atemwegsinfekte können Asthma verschlimmern. Einfache Hygieneregeln und Impfungen können schützen.

Auch Atemwegsinfekte können dazu führen, dass sich ein vorher stabiles Asthma verschlimmert. Der Angriff von Viren und Bakterien heizt nämlich die Entzündung der Bronchialschleimhaut weiter auf. Die Bronchien reagieren deshalb auf Außenreize vermehrt gereizt und verkrampfen sich. Zunehmende Atemprobleme sind die Folge. Nach Abklingen des Infekts kann es noch eine ganze Weile dauern, bis sich das Asthma wieder stabilisiert. Atemwegsinfekte sollten bei Asthmatikern immer konsequent behandelt und gut auskuriert werden. Und noch besser ist, Sie beugen vor: Gegen Influenzaviren und Pneumokokken sollten Sie sich impfen lassen, denn Infektionen mit diesen Erregern können Asthmatikern besonders schwer zu schaffen machen.

Falls sich Ihr Asthma verschlimmert, wird Ihr Arzt die Dauermedikation gemäß dem Stufenschema anpassen. Eine Zeit lang zumindest benötigen Sie jetzt eine intensivere Therapie. Auf der Stufenleiter geht es einen Schritt nach oben (Step-Up) Stabilisiert sich Ihr Asthma wieder,

weil der Infekt vorüber ist oder die Pollen nicht mehr fliegen, kann die Therapie wieder heruntergefahren werden (Step-Down).

Asthmaanfall: Handeln nach Plan

Ein Asthmaanfall ist eine anhaltende Verengung der Bronchien mit zunehmenden Beschwerden. Die meisten Asthmaanfälle sind leicht bis mittelschwer und Sie können sie mit geeigneten Maßnahmen selbst in den Griff bekommen. In seltenen Fällen kommen aber auch schwere – lebensbedrohliche – Asthmaanfälle vor. Leider lässt sich nicht genau vorhersagen, wie sich die Dinge entwickeln werden. Ein Asthmaanfall ist deshalb grundsätzlich erst einmal als bedrohlich einzustufen und Sie sollten im Zweifelsfall immer den Notarzt verständigen. Das gilt ganz besonders, wenn ein Kind betroffen ist.

Die Notrufnummer lautet 112.

Scheuen Sie sich nicht, die Einsatzkräfte unnötigerweise zu „bemühen". Darüber sollten Sie sich gar keine Gedanken machen. Sollte der Anfall dann doch glimpflich verlaufen und Sie bekommen ihn selbst in den Griff, umso besser.

Entscheidend ist, dass Sie erkennen, wenn sich ein Asthmaanfall anbahnt. Und dann müssen Sie natürlich noch richtig reagieren. Im Rahmen der Schulung sollte das Verhalten im Notfall unbedingt einmal durchgespielt werden. Außerdem sollte jeder Asthmatiker einen Notfallplan besitzen, in dem die einzelnen Maßnahmen – von Abbildungen unterstützt – Schritt für Schritt aufgeführt sind (siehe Seite 83). Der Notfallplan ist individuell auf Sie zugeschnitten. Der Arzt erstellt Ihnen diesen Plan, in den Ihre persönlichen Notfallmedikamente und die Dosierungen eingetragen werden.

Eine solche Gedächtnisstütze ist in einer Situation, in der man natürlich aufgeregt ist, eine große Hilfe und gibt Sicherheit. Deshalb sollten Sie Ihren Notfallplan zusammen mit Ihrem Notfallmedikament immer griffbereit haben. Das gilt auch, wenn Sie unterwegs sind. Also legen Sie den

Plan bitte nicht zu Hause in eine Schublade, sondern bewahren Sie ihn am besten mit Ihren persönlichen Papieren in der Brieftasche auf.

Versuchen Sie, ruhig zu bleiben!

Der Notfallplan wird Ihnen helfen, bei einem Asthmaanfall Ruhe zu bewahren. Versuchen Sie, systematisch einen Schritt nach dem anderen zu tun.

Wenn die Peak-Flow-Werte über 50 Prozent Ihres Bestwerts liegen und Sie ganz normal sprechen können, spricht das für einen leichten bis mittelschweren Anfall. In diesem Fall wenden Sie Ihr Bedarfsmedikament an, und zwar genauso, so wie es Ihr Arzt im Notfallplan aufgeschrieben hat. Atmen Sie mit der Lippenbremse und nehmen Sie eine atemerleichternde Haltung wie den Kutschersitz oder die Torwartstellung ein. Das wird in der Aufregung oft vergessen. Lässt sich mit den im Notfallplan verzeichneten Selbsthilfemaßnahmen keine deutliche Besserung erreichen, verständigen Sie bitte umgehend den Notarzt.

Bei diesen Anzeichen eines schweren Asthmaanfalls müssen Sie sofort einen Notarzt unter 112 rufen!

- **plötzliche schwere Luftnot in Ruhe**
- **Erstickungsangst und Unruhe**
- **Unfähigkeit, längere Sätze zu sprechen**
- **schnelle, aber oberflächliche Atmung**
- **zusätzlicher Einsatz der Atemhilfsmuskulatur im Bereich von Brust, Rücken und Schultergürtel**
- **Herzrasen**
- **bläulich verfärbte Nagelbetten und Lippen infolge Sauerstoffmangels**

Liegen die Messwerte unter 50 Prozent Ihres persönlichen Bestwerts, ist der Anfall als schwer einzustufen. Bewahren Sie Ruhe und wenden Sie bitte Ihre Notfallmedikamente sowie atemerleichternde Techniken an, wie im Notfallplan beschrieben. Leiden Sie zusätzlich unter Kurzatmigkeit, Angst, Unruhe, Herzrasen und bläulichen Lippen sollten Sie unverzüglich den Notarzt rufen.

Persönlicher Notfallplan

Jeder Curaplan-Teilnehmer bekommt einen persönlichen Notfallplan ausgehändigt. Darin verzeichnet der Arzt – auf den individuellen Patienten zugeschnitten – Schritt für Schritt die Maßnahmen, die bei einem Asthmaanfall zu ergreifen sind. Der Notfallplan stellt eine sinnvolle Ergänzung zur Patientenschulung dar.

9

KAPITEL 9

Tipps für alle Lebenslagen

Bei Wind und Wetter

Menschen mit Asthma sind wetterfühlig. Je nach Wetterlage haben sie mehr oder weniger mit Atemproblemen zu tun. Vor Gewittern zum Beispiel sollten sich Pollenallergiker in Acht nehmen. Denn bei Gewitter befinden sich großen Mengen an Pollen in der Luft, weil diese durch die starken elektrischen Entladungen vermehrt freigesetzt werden. Außerdem platzen die Pollen in der feuchten Gewitterluft auf. Dabei entstehen winzig kleine Teilchen, die sehr tief in die Atemwege eindringen und dort allergische Reaktionen hervorrufen können. Stärkere Beschwerden bis hin zu schweren Asthmaanfällen sind die Folge. Das betrifft auch Menschen, die sonst an stabilem, leichtem Asthma leiden.

Kräftige Regenschauer waschen die Luft rein

Ein starker Regenschauer ist für Pollenallergiker günstig: Der Regen wäscht die Luft rein, sodass die Pollenbelastung anschließend relativ niedrig ist. In der Pollensaison wird bei allergischem Asthma ausdrücklich empfohlen, Spaziergänge oder andere Aktivitäten im Freien bevorzugt auf die Zeit nach einem kräftigen Regenguss zu legen.

Ein Schal wärmt die Atemluft

Viele Menschen mit Asthma haben im Winter verstärkt Beschwerden. Feuchtkaltes Winterwetter, aber auch nebliges Herbstwetter machen ihnen zu schaffen. Und wenn dann noch ein kräftiger Wind bläst, sind die überempfindlichen Atemwege erst recht gereizt. Auch der Wechsel zwischen kalter Luft draußen und warmer Heizungsluft drinnen kann Asthmabeschwerden verschlimmern. Am besten schützen sich Asthmatiker bei kühlen Temperaturen mit einem Schal vor dem Mund und Nase. Die Atemluft ist dann schon vorgewärmt, wenn sie auf die Bronchien trifft.

Schließlich hat die Wetterlage auch Einfluss auf die Ozonbelastung. Ozon ist ein Giftstoff, der die Atemwege reizt. Das ist selbst bei Menschen ohne Asthma so. Wer an Asthma leidet, sollte über die aktuellen Ozonwerte informiert sein und bei hoher Luftbelastung möglichst nicht nach draußen gehen.

Im Garten

Natur- und Gartenliebhaber trifft eine Pollenallergie besonders hart. War's das mit dem eigenen Garten oder den Blumenkästen auf dem Balkon? Nein, denn es gibt viele Pflanzen, die Allergiker weitestgehend unbehelligt lassen. Und Sie haben Glück: Meist handelt es sich um Pflanzen mit besonders schönen Blüten. Diese Blumen zum Beispiel dürfen Pollenallergiker anpflanzen, ohne mit Atembeschwerden rechnen zu müssen: Kapuzinerkresse, Prunkwinde, Clematis, Storchenschnabel, Dahlie, Iris, Narzissen, tränendes Herz, Vergissmeinnicht, Pfingstrosen und Hortensien.

Bunte Blütenpracht ohne Risiko

Es fällt auf, dass viele Pflanzen mit geringem Allergiepotenzial durch Insekten verbreitet werden. Ihre Pollen sind klebrig, damit sie am Haarkleid der Insekten haften bleiben. Die Konzentrationen dieser Pollen in der Atemluft sind deshalb gering. Ganz anders bei Gräsern und Bäumen, die häufig allergische Reaktionen auslösen: Sie entleeren ihre Staubgefäße in die Luft, damit sie vom Wind davongetragen und verbreitet werden. Diese windbestäubten Pflanzen haben meist unscheinbare Blüten. Pflanzen, die von Insekten bestäubt werden, tragen dagegen farbenprächtige Blüten, weil sie

Bienen, Hummeln und Schmetterlinge auf sich aufmerksam machen müssen. Die Auswahl an allergikerfreundlichen Pflanzen ist groß. Es sollte also nicht schwierig sein, einen dekorativen Garten damit zu gestalten.

Auf Pflanzen mit hohem Allergiepotenzial sollten Sie bei der Gartenplanung lieber ganz verzichten, wenn Sie an einer Pollenallergie leiden. Ein Gräsergarten zum Beispiel ist tabu – auch dann, wenn Sie bisher nicht auf Gräser reagieren. Damit das möglichst auch so bleibt, empfiehlt es sich, die reizbaren Atemwege nicht unnötig diesen allergieträchtigen Pollen auszusetzen.

Gartenpflege am besten frühmorgens

Auch bei der Gartenpflege sollten Menschen mit allergischem Asthma einige Punkte beachten: Der Rasen ist am besten immer kurz geschnitten, wobei Sie das Mähen lieber anderen überlassen. Unkraut sollte gejätet werden, bevor es zu blühen beginnt. Am besten geeignet für die Gartenarbeit sind Zeiten, in denen die Luftbelastung mit Pollen gering ist. Das ist in frühen Morgenstunden und auch nach stärkeren Regenschauern der Fall. Schimmelpilze und ihre Sporen sollten Asthmatiker bei der Gartenarbeit ebenfalls auf dem Schirm haben: Mit Gartenabfällen und verrotteten Pflanzenteilen sollten Sie – wenn überhaupt – nur mit äußerster Vorsicht hantieren.

Auf Reisen

Manche Menschen fahren lieber ans Meer, andere lieber in die Berge. Egal, was für ein Typ Sie sind: Beide Reiseziele sind für Menschen mit Asthma bestens geeignet. Denn sowohl die Meeresbrise als auch die Höhenluft sind besonders sauber: Sie sind deutlich weniger mit Schmutz, Schadstoffen und Allergenen belastet als die Luft anderswo. Hausstaubmilben gibt es ab circa 1.500 Metern gar keine mehr.

Warum in die Ferne schweifen?

Speziell das Nordseeklima ist für Menschen mit chronischen Atemwegserkrankungen geradezu eine Wohltat: Der hohe Salzgehalt der Luft sorgt dafür, dass sich festsitzender Schleim löst. So können Sie leichter abhusten und besser durchatmen. Besonders empfehlenswert sind Spaziergänge in der Brandungszone, denn dort ist die Luft reich an salzhaltigen Meerwassertröpfchen, die bis tief in die Lunge gelangen und dort ihre Wirkung entfalten. Aber auch andere Faktoren wie Wind und UV-Strahlung tragen zum günstigen „Reizklima“ der Nordsee bei und sorgen dafür, dass sich Asthmabeschwerden dort oft nachhaltig bessern. Was Sie allerdings bedenken sollten: Erst einmal können die ungewohnten Klimareize zu einer Verschlimmerung führen. Deshalb sollten Sie es anfangs langsam angehen lassen und die Aufenthalte in der frischen Nordseeluft langsam steigern.

Aber natürlich muss es nicht die Nordsee sein. Auch in die Ferne „dürfen“ Menschen mit Asthma reisen. Und gegen Flugreisen bestehen auch keine grundsätzlichen Einwände. Am besten beraten Sie sich aber vorher mit Ihrem Arzt, was Sie sich zutrauen können und zumuten sollten.

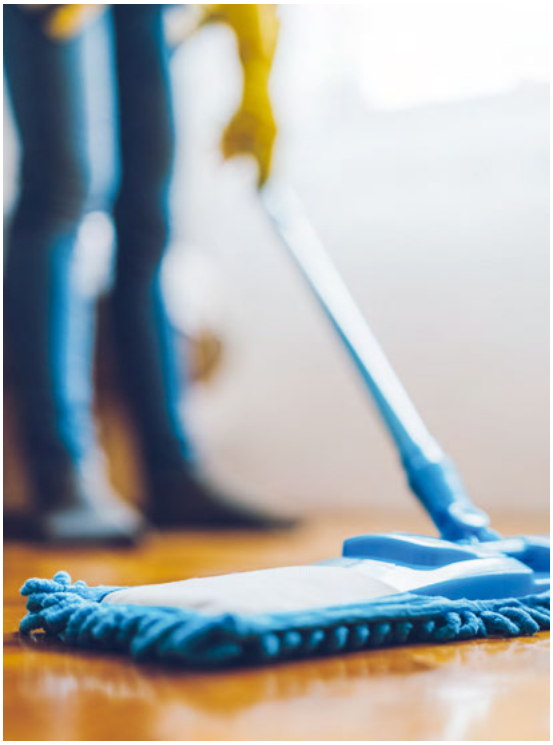
Dass Asthmapatienten auf Reisen ihr Bedarfsmedikament immer griffbereit haben sollten, versteht sich von selbst. Von Ihrem Asthma-Dauermedikament nehmen Sie am besten einen Vorrat mit, der für die gesamte Reise reicht. Und auch die Medikamente, die in Ihrem individuellen Notfallplan verzeichnet sind, müssen Sie natürlich einpacken.

Arztbrief gehört ins Handgepäck

Und auch daran sollten Sie denken: an die Telefonnummer des behandelnden Arztes zu Hause sowie einen Arztbrief mit der Diagnose und den aktuell verordneten Medikamenten. Die sollten Sie auf Reisen immer dabeihaben – und zwar nicht unten im Koffer, sondern im Handgepäck. Wer auf Nummer sicher gehen will, schließt nicht nur eine Reisekrankenversicherung, sondern auch eine Rückholversicherung ab.

Beim Hausputz

Menschen mit Asthma sollten beim Hausputz möglichst wenig Staub aufwirbeln. Das gilt natürlich besonders bei einer Hausstauballergie. Aber aufgewirbelter Staub kann auch Asthmatikern auf die Bronchien schlagen, die auf den Kot der Hausstaubmilbe nicht allergisch reagieren. Deshalb sollten Sie beim Hausputz mit Vorsicht zu Werke gehen.



Arbeiten Sie nicht mit einem Staubwedel! Wischen Sie Oberflächen lieber nebelfeucht ab oder verwenden Sie Tücher, an denen der Staub gut haften bleibt. Und bitte den Staub anschließend nicht ausschlagen, sondern

immer auswaschen! Gut geeignet sind auch „Putzhilfen“ mit austauschbaren Staubfängern, die nach dem Putzen entsorgt werden. Zum Staubsaugen werden Geräte mit höherer Saugkraft und speziellen Filtersystemen empfohlen. Es gibt Staubsauger, die Allergene wie Tierhaare besser entfernen und sie beim Saugvorgang nicht in die Luft blasen. Teppiche ausklopfen ist dagegen gar nichts für Asthmatiker, da müssen andere ran.

Bei größeren Putzaktionen wie dem Frühjahrsputz sollten Türen und Fenster immer weit geöffnet sein, damit belastete Luft zügig entweichen kann. Und auch beim regelmäßigen Säubern von Bad und Küche sollten Sie dies beherzigen, denn viele der üblichen Putzmittel enthalten hochaggressive Chemikalien, die selbst bei Nicht-Asthmatikern einen starken Hustenreiz provozieren. Menschen mit Asthma sollten beim Hantieren mit aggressiven Putzmitteln am besten einen Mund- und Nasenschutz tragen.

In der Schwangerschaft

Viele schwangere Frauen mit Asthma sind unsicher, ob ihre Medikamente nicht eventuell dem Kind schaden könnten. In dieser Hinsicht besonders gut untersucht sind inhalative Kortisonpräparate und die Studien zeigen: Sie müssen sich keine Sorgen machen und können Ihr Kortisonspray ohne Bedenken in der Schwangerschaft anwenden. Am besten besprechen Sie alles Weitere mit Ihrem Arzt. Er kann Ihnen sagen, ob sonst bei der medikamentösen Therapie etwas zu beachten ist.

Wie sich Ihr Asthma während der Schwangerschaft entwickelt, lässt sich nicht vorhersagen. Wird die Behandlung konsequent fortgeführt, bemerken viele Schwangere gar keinen Unterschied. Es gibt aber auch Frauen, die infolge der Hormonumstellung während der Schwangerschaft vermehrt unter Atembeschwerden leiden. Dann ist zu überlegen, ob die Asthmatherapie vorübergehend angepasst werden sollte.

Lückenlose Asthmatherapie!

Ein schlecht kontrolliertes Asthma gefährdet Mutter und Kind. Denn ein Asthmaanfall kann dazu führen, dass das Kind vorübergehend nicht genug Sauerstoff bekommt. Frühgeburten und ein verringertes Geburtsgewicht sind bei schlecht eingestelltem Asthma häufiger zu beobachten. Und das Risiko einer Präeklampsie – einer Schwangerschaftserkrankung mit gefährlichem Blutdruckanstieg – ist ebenfalls erhöht. Auch mit Blick auf das Kind ist es also wichtig, die medikamentöse Asthmatherapie konsequent fortzuführen. Und natürlich sollten Sie regelmäßig zum Check-up gehen.

Darüber hinaus lohnt es sich, in der Schwangerschaft besonders auf eine reizarme Umgebung zu achten. Setzen Sie sich möglichst keinen Stoffen aus, die Asthma provozieren können. Ganz wichtig: Hören Sie unbedingt mit dem Rauchen auf und vermeiden Sie als Nichtraucherin verqualmte Räume.

Sollten Sie in der Schwangerschaft – wie viele Frauen – unter Sodbrennen leiden, sprechen Sie Ihren Arzt darauf an. Sodbrennen ist ein Zeichen, dass durch den erhöhten Druck im Bauchraum saurer Magenbrei in die Speiseröhre gelangt. Und das kann Asthmabeschwerden verschlimmern oder auslösen. Aber auch dagegen lässt sich etwas tun: Betten Sie Ihren Oberkörper beim Schlafen etwas höher, damit keine Säure zurückfließen kann. Außerdem lassen Sie am besten die großen Mahlzeiten weg und essen lieber mehrmals am Tag eine kleine Portion.

Glossar

Adhärenz: Befolgen der ärztlichen Therapieanweisungen durch den Patienten. Adhärenz ist entscheidend für den Therapieerfolg.
Adipositas: starkes Übergewicht
Aerosol: Gemisch aus festen oder flüssigen Teilchen und Luft
Allergen: Stoff, der eine Allergie auslöst
Allergie: Überempfindlichkeit gegenüber harmlosen Umweltbestandteilen wie Blütenpollen
Allergisches Asthma: Asthma, das auf einer Überempfindlichkeit gegenüber harmlosen Umweltbestandteilen beruht
Anaphylaktische Reaktion: starke, eventuell lebensbedrohliche allergische Reaktion
Anstrengungsasthma: Asthma, das durch körperliche Anstrengung ausgelöst wird
Antikörper: gezielt wirkende Abwehrstoffe des Immunsystems. Nach dem Vorbild dieser natürlichen Stoffe wurden künstliche Antikörper zur Behandlung u. a. von Asthma entwickelt.
Asthma: chronische Atemwegserkrankung mit anfallsweise auftretender Atemnot
Betablocker: Medikamente zur Behandlung von Bluthochdruck und Herzkrankheiten
Beta-2-Sympathomimetika: Medikamente, die eine Erweiterung der Bronchien bewirken
Body-Mass-Index (BMI): Verhältnis von Körpergewicht (kg) zu Körpergröße (m^2). Ein BMI ab 25 gilt als Übergewicht, ein BMI ab 30 als Adipositas.
Bronchien: Die Luftröhre teilt sich an ihrem unteren Ende in zwei – ebenfalls röhrenförmige – Äste (Bronchien) auf, die innerhalb der beiden Lungenlappen verlaufen und sich immer weiter verzweigen. In diesem Röhrensystem wird die Atemluft zu den Lungenbläschen geleitet, wo ein Gasaustausch erfolgt: Sauerstoff wird aus der Atemluft entnommen und ins Blut abgegeben, Kohlendioxid wird aus dem Blut entfernt und anschließend ausgeatmet.

Bronchialschleimhaut: Innenauskleidung der Atemwege, die aus schleimproduzierenden Zellen und Flimmerepithelzellen mit Reinigungsfunktion besteht
Bronchiale Hyperreagibilität: Überempfindlichkeit der Bronchien, die zu anfallsweiser Verengung und Atemnot führt
Bronchialmuskulatur: ringförmige Muskulatur um die Bronchien. Anspannung bzw. Entspannung der Bronchialmuskulatur führt zu einer Verengung oder Erweiterung der Atemwege.
Bronchitis: Entzündung der Bronchialschleimhaut, häufig durch Viren ausgelöst
Bronchodilatation: Erweiterung der Atemwege (Bronchien)
Bronchodilatatoren: Medikamente, die die Bronchien erweitern
Chronisch: dauerhaft
COPD: (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) chronische Lungenerkrankung, die mit einer Verengung der Bronchien einhergeht und meist durch Rauchen hervorgerufen wird
DMP: (Disease-Management-Programm) strukturiertes Behandlungsprogramm für chronische Erkrankungen
Dosieraerosol: Spray zur Inhalation eines Medikaments
Einsekundenkapazität: (Forciertes Expiratorisches Volumen: FEV1) Messgröße der Lungenfunktionsdiagnostik. Luftmenge, die innerhalb einer Sekunde mit starker Kraft ausgeatmet werden kann
Eosinophiles Asthma: schwere Form von Asthma, die mit einem Anstieg eosinophiler Granulozyten einhergeht
Eosinophile Granulozyten: Typ weißer Blutkörperchen. Sie spielen u. a. bei allergischen Reaktionen eine wichtige Rolle.
Exazerbation: plötzlich auftretende Verschlimmerung
Flimmerhärchen: Zellen mit beweglichen Wimpern. Die Bronchien sind mit einem Teppich aus Flimmerhärchen (Flimmerepithel) ausgekleidet, die alle im selben Takt schlagen und so eingedrungene Schmutzteilchen, Schadstoffe und Fremdkörper abtransportieren.
Ganzkörper-Plethysmographie: Untersuchungsmethode zur Bestimmung der Lungenfunktion
Glukokortikosteroide: Wirkstoffe, die mit Kortison verwandt sind. Sie besitzen starke entzündungshemmende Eigenschaften.

Hausstauballergie: Überempfindlichkeit gegenüber Ausscheidungsprodukten der Hausstaubmilbe
Hyposensibilisierung: Behandlungsmethode bei allergischen Erkrankungen. Durch regelmäßige Verabreichung des jeweiligen Allergens in steigender Dosis soll eine Gewöhnung erfolgen. Die Behandlung dauert mehrere Jahre.
IgE-Antikörper: vom Immunsystem produzierte Stoffe, die bei allergischen Reaktionen eine wichtige Rolle spielen. Sie sind im Blut nachweisbar.
Infekt: (Kurzform von Infektion) durch Erreger wie Viren oder Bakterien hervorgerufene Erkrankung
Influenza: echte Grippe, die durch Influenzaviren ausgelöst wird
Inhalation: Einatmen z.B. von Wirkstoffen
Inhalative Medikamente: Medikamente, die durch Einatmen aufgenommen werden
inhalieren: einatmen
Kreuzallergie: allergische Reaktion auf verschiedene – in ihrer Beschaffenheit ähnliche – Stoffe. Beispiel: gleichzeitige Allergie gegen Birkenpollen und Nahrungsmittel wie Apfel und Sojasprossen
Kortison: körpereigenes Hormon. U. a. wegen der starken entzündungshemmenden Eigenschaften werden künstlich hergestellte Kortisonpräparate zur Behandlung verschiedener Krankheiten eingesetzt.
Kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Short Acting Beta-2-Agonists, SABA)**:** Medikamente, die bei Asthma innerhalb von Minuten zu einem Nachlassen akuter Atemnot führen, die Wirkung klingt anschließend rasch wieder ab.
Lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Long Acting Beta-2-Agonists, LABA)**:** Asthmamedikamente, die die Bronchien über mehrere Stunden erweitern
Lang wirksame Anticholinergika (Long Acting Muscarinic Antagonists, LAMA)**:** Asthmamedikamente, die die Bronchien über mehrere Stunden erweitern, wobei sich der Wirkmechanismus von dem der LABA unterscheidet
Leukotrien-Antagonisten: Asthmamedikamente mit entzündungshemmender Wirkung

lokal: örtlich begrenzt
Nicht-allergisches Asthma: Asthma, das nicht auf allergischen Reaktionen beruht
Obstruktion: teilweiser oder kompletter Verschluss von Hohlorganen wie den Bronchien
Obstruktive Atemwegserkrankung: Erkrankung, die mit einer Verengung der Atemwege einhergeht
Partikel: Teilchen
Passivrauchen: Aufnahme von Zigarettenrauch aus der Umgebungsluft. Dadurch werden Menschen, die selbst nicht rauchen, gefährdet.
Peak-Flow-Meter: Messgerät zur Bestimmung der Lungenfunktion
Pneumokokken: Bakterien, die häufig für Lungenentzündungen verantwortlich sind
Pollen: Blütenstaub
Pollenallergie: Überempfindlichkeit gegenüber dem Blütenstaub z.B. von Gräsern
Provokationstest: Untersuchungsmethode, mit der geprüft wird, ob bestimmte Stoffe eine Verengung der Bronchien hervorrufen
Pricktest: Hauttest zum Nachweis von Allergien
Prognose: voraussichtlicher Verlauf einer Erkrankung
Pulverinhalator: Inhaliergerät, mit dem Wirkstoffe in Pulverform eingeatmet werden
Quaddel: meist juckende Hautschwellungen, die Ausdruck einer allergischen Reaktion sein können
Refluxkrankheit: Krankheit, bei der angesäuerter Mageninhalt in die Speiseröhre fließt. Typisches Symptom ist Sodbrennen.
Rhinitis: Entzündung der Nasenschleimhaut
Saisonales Asthma: Allergisches Asthma, das – in Abhängigkeit von der Flugzeit der verantwortlichen Pollen – nur einige Monate im Jahr Beschwerden macht
Selbstmanagement: Erfolgreicher Umgang eines Patienten mit seiner chronischen Erkrankung. Bei Asthma gehören z. B. Atemtraining und Nichtrauchen zum Selbstmanagement.
Sinusitis: Entzündung der Nasennebenhöhlen
Spacer: Inhalationshilfe, die in Kombination mit einem Dosieraerosol verwendet wird

Spirometrie: Untersuchungsmethode zur Prüfung der Lungenfunktion
Status asthmaticus: Sehr schwerer Asthmaanfall, der über Stunden anhält
Subkutane spezifische Immuntherapie (SCIT): Form der Hyposensibilisierung, bei der das Allergen unter die Haut gespitzt wird
Sublinguale spezifische Immuntherapie (SLIT): Form der Hyposensibilisierung, bei der das Allergen als Tablette verabreicht wird
Vernebler: elektrisches Inhaliergerät, das mittels Druckluft oder Ultraschall lungengängige Wirkstoffpartikel erzeugt
Vitalkapazität (VC): Messgröße der Lungenfunktionsdiagnostik. Luftmenge, die nach maximalem Einatmen auf einmal ausgeatmet werden kann (expiratorische VC) bzw. nach maximalem Ausatmen eingeatmet werden kann (inspiratorische VC)

Hilfreiche Adressen

Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB)
An der Eickesmühle 15-19
41238 Mönchengladbach
Telefon: 02166 6478820
info@daab.de
www.daab.de

Deutsche Atemwegsliga e.V.
Raiffeisenstraße 38
33175 Bad Lippspringe
Telefon: 05252 933615
kontakt@atemwegsliga.de
www.atemwegsliga.de

Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen – DPLA e.V.
Geschäftsstelle
Adnet-Straße 14
55276 Oppenheim
Telefon: 06133 3543
info@pat-liga.de
www.pat-liga.de

Deutsche Lungenstiftung e.V.
Reuterdamm 77
30853 Langenhagen
Telefon: 0511 2155110
info@lungenstiftung.de
www.lungenstiftung.de

Hilfreiche Links

Gesundheitsinformation vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): www.gesundheitsinformation.de
→ Suche → Asthma

Ein Asthma-Tagebuch sowie einen Notfallplan zum Ausdrucken finden Sie unter:
www.aok.de/asthma-tagebuch
www.aok.de/asthma-notfallplan

Informationen für Betroffene:
www.gesundheitsinformation.de → Atemwege → Asthma (Portal des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)
www.lungenaerzte-im-netz.de
www.lungeninformationsdienst.de (HelmholtzZentrum München)

Videos zur richtigen Anwendung von Inhalationssystemen:
www.atemwegsliga.de → Inhalieren

Hilfe für den Rauchstopp

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Telefonberatung zur Rauchentwöhnung
(Mo.–Do. 10–22 Uhr, Fr.–So. 10–18 Uhr):
0800 8 313131*
(*kostenfrei aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz)

Gruppenkurs „Rauchfrei-Programm“
Informationen zum Kursangebot, zu Anbietern vor Ort und den Möglichkeiten der Kostenerstattung gibt es unter:
www.rauchfrei-programm.de

Online-Ausstiegsprogramm
Mit fundierten Informationen, Tipps und E-Mail-Coach unter:
www.rauchfrei-info.de

Kostenloses Hilfs- und Informationsmaterial
„rauchfrei-Startpaket“ zum Nichtrauchen mit Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei“, einem „Kalender für die ersten 100 Tage“, einem Stressball und anderen unterstützenden Materialien.
www.bzga.de/infomaterialien → Suche: rauchfrei-Startpaket

Patientenratgeber

Endlich durchatmen: Wirksame Atemübungen bei Asthma, COPD, Lungenemphysem
Rainer Dierkesmann, Sonja Kaiser
TRIAS Verlag, 3. Auflage 2019

Die kleine Atemschule bei COPD und Asthma: Effektive Selbsthilfe zum Aufatmen
Heike Höfler
Südwest Verlag, 1. Auflage 2019

Die Asthmaschule für mein Kind
Informationen für den Alltag von Kindern und Jugendlichen mit Asthma, Asthmaverhaltenstraining
Dr. med. Stefan Schwarz
Schlütersche Verlagsgesellschaft, 1. Auflage 2014

Stichwortverzeichnis

Adhärenz → Therapietreue
Adipositas → Übergewicht
Allergene 9 ff., 24, 39, **52 ff.**, 56 f., 88, 90
Allergisches Asthma **9 ff.**, 23, 31, 39, 51 f., 56, 63, 85, 87
Anstrengungsasthma 13 ff., 52, 59
Antikörper 10, 23, 36
AOK-Curaplan 3, 15, 29, 41, 48, 72, 83,
Asthmatagebuch 75 f.
Atemerleichternde Haltungen 77, 82
Atem(neben)geräusche 7, 19
Atemnot 19, 22, 28 f., 31, 33, **36 ff.**, 77, 79, 82
Atemtechnik 66
Atemübungen 72
Auslöser 7, 9, 19, 23, **51 ff.**, 56, 63

Bedarfsmedikament 31, 33, **36 ff.**, 82, 85, 89
Behandlung 8 f., 15, 17, 27, **31 ff.**, 61
Betablocker 27
Beta-2-Sympathomimetikum 35 ff.
Bronchien 7, 9 ff.

Controller → Dauermedikament

Dauermedikament/-therapie **31 ff.**, 77, 80, 89
Disease-Management-Programm → AOK Curaplan
Dosieraerosol 40, 43 ff.

eosinophiles Asthma 12 f.
Ernährung 11 f., 26, 58 f.
evidenzbasierte Medizin 41

Gartenpflanzen 86 f.
Ganzkörper-Plethysmographie 21 f., 29
Glukokortikoide → Kortison

Hausputz → Putzen
Hausstaubmilben 9, 12, 39, 54, 88
Haustiere 9, 56 f.
Heuschnupfen → Pollen
Husten 7, 19 f., 28 f., 62 f., 70, 88, 90
Hygiene 62 f.
Hyposensibilisierung 39

Immunsystem 10, 23, 36, 39, 51, 57
Impfen 62 f., 80
Infekte 13, 27 ff., 62 f., 70, 80 f.
Inhalation 10, 23, 34, 37, 40, 43 ff.

Kinder 8 ff., 16 f., 19, 21, 26, 28 f., 33, 35, 47, 54, 56 f., 60 f., 63, 73, 81, 90 f.
Kortison 9, 17, **33 ff.**, 40, 46, 90
Kreuzallergie 11, 58
Kutschersitz 66 f., 77, 82

LABA (Long Acting Beta-2-Agonists) 35 f.
LAMA (Long Acting Muscarinic Antagonists) 36
Lippenbremse 66, 82
Lüften 54 f.
Lungenfacharzt 21, 29
Lungenfunktion 16, **20 ff.**, 29, 70, 75, 79

Medikamente 14, 23, 25, 27, **33 ff.**, **43 ff.**, 51, **75 ff.**, 81 f., 89 ff.

Nebenwirkungen 20, 34 f., 40, 46
Notfall 76 f., 81 ff., 89

Peak-Flow **75 ff.**, 79, 82
Pollen 7, 9 ff., 23 f., 32, 39, **51 ff.**, 58, 80, **85 ff.**
Pricktest 24, 29
Provokationstest 23 f.
psychologische Unterstützung 65
Pulverinhalator 40, 43 f., 48 f.

Putzen 54 f., 57, 73, 89 f.
Rauchen 13, 20, 52, **69 ff.**, 91
Rauchstopp 72, 98
Reflux → Sodbrennen
Reisen 88 f.
Reiz → Auslöser
Reliever → Bedarfsmedikament

Saisonales Asthma 11
Schimmel 55, 87
Schwangerschaft 90 f.
Schulung 41, 44, 51, 65, 81, 83
Selbstmanagement 51, 61, 65, 75
Sodbrennen 25, 91
Spacer 46 f.
Spirometrie 20 ff., 29
Sport 13 ff., 17, 59 ff.
Staubsaugen → Putzen
Stress 32, 63 f., 71
Stufenplan 32
Symptome 19, 29

Theophyllin 36 f.
Therapie **31 ff.**, 43 f., 48, 61, 75, **79 ff.**, 90 f.
Therapietreue 40
Torwartstellung 66 f., 82

Übergewicht 25 f., 58 f.
Untersuchungen 8, **19 ff.**, 28 f., 41

Vernebler 40, 43 f., 49

Wetter 13, 85 f.

Zigaretten 13, 20, 52 oder → Rauchen

Notizen

Notizen

Notizen

Notizen

Freier atmen, besser leben – Das Handbuch zu Asthma bronchiale
Asthma ist nicht gleich Asthma. Es gibt allergisches und nicht-allergisches Asthma, sehr oft kommen aber auch Mischformen vor. Manche Patientinnen und Patienten haben häufig Beschwerden, andere nur ab und zu. Auch viele Kinder und Jugendliche sind betroffen.

Um mit Asthma bronchiale gut umgehen und leben zu können, ist es wichtig, sich mit der Erkrankung auszukennen. Dieses Handbuch unterstützt Sie dabei. Es richtet sich an erwachsene Patientinnen und Patienten, aber auch an Eltern von Kindern mit Asthma. Sie erfahren in diesem Buch, wie die Erkrankung untersucht und behandelt wird. Neben vielen praktischen Tipps für den Alltag erhalten Sie Hinweise, was Sie selbst tun können, damit es Ihnen beziehungsweise Ihrem Kind gut geht. Leicht verständlich geschrieben, hilft Ihnen dieses Buch, die Krankheit besser zu verstehen. Es ist damit die ideale Ergänzung zu Ihren Gesprächen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt.

Schutzgebühr: 19,90 Euro

Freier atmen, besser leben
Herausgeber: AOK-Bundesverband, Berlin
© KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
ISBN 978-3-940172-55-6