

Dosiergenauigkeit und Kontaminations-sicherheit, aber die Handhabung ist zu kompliziert oder die Anzeige des Inhalts zu schwer zu begreifen. Hinzu kommt, dass sich die Anforderungen auf Patien-tenseite mit zunehmendem Alter oft ver-ändern.

Üben, üben, üben!

Der Experte riet, am jeweiligen Gerät immer auch die Einstellung des PIF (Peak Inspiratory Flow) an den Patien-ten anzupassen. Die wichtigste Empfeh-lung, die man geriatrischen Inhalations-patienten mitgeben könne, sei jedoch: „Üben, üben, üben!“ Statt zu sagen: „Die-ses Gerät passt nicht zu Ihnen“, müsse es darum gehen, ein System zu finden, das am ehesten die Bedürfnisse des Patien-ten erfülle. Dessen Handhabung müsse eingeübt und danach immer wieder kon-trolliert werden, und zwar idealerweise nicht nur ein-, sondern am besten dreimal: Diese Empfehlung, die auch in der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Asthma enthalten ist, beruht auf einer

An der Ampel sehen COPD-Patienten rot

Dass eine Fußgängerampel für viele COPD-Patienten ein nahezu unüberwindliches Hindernis darstellt, ist die ernüchternde Bot-schaft einer englischen Studie*, die Dr. Klaus Kenn, Schönau am Königssee, auf dem Münchner Pneumologenkongress vorstellte: Hier wurde die durchschnittliche Geschwindigkeit ermittelt, mit der ein Patient mit eingeschränkter Lungenfunktion zu Fuß eine Strecke von vier Metern – die geschätzte mittlere Distanz von ei-ner Straßenseite zur anderen – zurücklegt. Auf eine Geschwin-digkeit von mindestens 1,2 m/sec, die erforderlich ist, um diese Distanz während der Grünphase zu schaffen, kamen nur knapp 11% der insgesamt 926 Teilnehmer. Dabei waren die Patienten laut Kenn „gar nicht so krank“; der FEV₁-Wert lag im Mittel bei etwa 50%.

In Deutschland seien viele Ampeln noch kürzer geschaltet. Das, so der Experte, müsse man wis-sen, wenn man betagten COPD-Patienten zum Spaziergang rate.

* Nolan CM et al. Thorax 2018;73(2):191–192; doi: 10.1136/thoraxjnl-2017-210173



Studie, in der die Fehlerquote erst nach der dritten Instruktion auch langfristig niedrig blieb. „Man sieht, dass ein Pati-ent auch gerne mal etwas vergisst“, kom-mentierte Schlesinger.

Dr. Elke Oberhofer

- 60. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP), 13.–16. März 2019 in München
- Molimard M et al. Eur Respir J 2017;49:1601794; https://erj.ersjournals.com/content/49/2/1601794?ijkey=3f806cf2a1120ef54bd869635f8840462c2aa8a5&keytype=tf_ipsecsha
- Molimard M et al. J Aerosol Med 2003;16(3):249–54; <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/089426803769017613>

Angst und Depression bei Lungenerkrankten

Seelische Atemnot-Verstärker beachten

Viele Patienten mit Atemnot infolge einer Lungenerkrankung entwickeln Angst- und Depressionssymptome. Diese können den Verlauf der Grund-erkrankung ungünstig beeinflussen.

— Patienten mit Idiopathischer Lungen-fibrose (IPF) erleben einen schleichen- den Beginn und einen ständigen Pro-gress der Symptome und müssen mit der Gewissheit leben, eine letztlich tödliche Erkrankung zu haben. Jeder vierte Be-troffene entwickelt eine behandlungsbe-dürftige Depression, jeder fünfte klin-isch relevante Angstsymptome [1]. Die-se können ungünstiges Verhalten be-günstigen, beispielsweise wenn die Angst vor Atemnot zur Angst vor kör-perlicher Aktivität führt und eine Ver-meidung jeglicher körperlicher Anstren-

gung zur Folge hat, erklärte Prof. Nikola Stenzel von der Psychologischen Hoch-schule in Berlin.

Angst verändert Krankheitsverlauf

Bei Gesunden lässt sich zeigen, dass eine experimentell herbeigeführte Atemnot in kognitiven Tests verschiedene exeku-tive Funktionen beeinträchtigt, bei-spielsweise Gesichtserkennung, Ge-dächtnis oder visuelle Verarbeitung, be-richtete Prof. Andreas von Leupoldt, Fa-kultät für Psychologie und Erziehungs-wissenschaften der Katholischen Uni-versität Leuven, Belgien. Für die Beeinträchtigung einiger exekutiver Funktionen genügte aber auch schon die Angst vor Atemnot — den Probanden wurde gesagt, dass sie im Experiment mehrfach schwere Atemnot haben wür-

den, die tatsächlich aber nur einmal in-duziert wurde. Im EEG ließ sich dabei zeigen, dass Atemnot wie auch Angst vor Atemnot die neuronale Verarbei-tung von Reizen verändert. Bei Patienten mit COPD zu Beginn einer pneumologische Rehabilitation waren Belastungskapazi-tät, Lebensqualität und Dyspnoe bei Ak-tivitäten umso schlechter, je mehr die Patienten über Furcht vor körperlichen Aktivitäten berichteten.

Nicht nur in der Rehabilitation soll-ten psychische Aspekte bei Patienten mit COPD und anderen Lungenerkrankungen mehr berücksichtigt werden, forderten die Referenten.

Friederike Klein

- Symposium „Lunge und Psyche“. DGP- und GPP-Kongress in München, 13.–16. März 2019
- 1. Lee YJ, Choi SM, Lee YJ et al. PLoS One 2017;12(9):e0184300C-rossRef