

Die Vorsitzende der **LOT- Gruppe Ulm, Frau Ingrid Gamber**, konnte für das allmonatliche Gruppentreffen den örtlichen Lungenfacharzt Dr. Rolf Wößner aus Neu-Ulm als Referenten für einen Bericht über die derzeitigen Behandlungsmethoden der COPD gewinnen. Die ca. 20 Teilnehmer hörten dann auch aufmerksam dem eineinhalbstündigen, recht kurzweiligen Vortrag des Pneumologen, Internisten und Allergologen Dr. Wößner zu:

Dr Wößner, bei dem ein nicht unbeträchtlicher Teil der anwesenden Mitglieder selbst Patienten sind, gab zunächst einen kurzen Abriss über seine bisherige medizinische Laufbahn . Seit er 1991 sein medizinisches Studium abgeschlossen hatte, war er längere Zeit in der „Schillerhöhe“ in Stuttgart tätig, wo er in der als „Schnarchmedizin“ genannten Somnologie und der Heimbeatmungstherapie arbeitete. Er berichtete u.a. über die Anfänge der außerkrankenhäuslichen Sauerstoffversorgung, die von der Fa. Linde ausging und über die Schillerhöhe in Stuttgart an geeignete Patienten zu Hause zur Heimbeatmung verteilt wurden. Seinerzeit handelte es sich dabei noch um 10 kg schwere Sauerstoffflaschen, die ans Bett gekettet wurden. Sie sind nicht mit den Hilfsmitteln vergleichbar, die heute als CO<sup>2</sup>-Mobilgeräte (Helios, Spirit etc.) benutzt werden können. Trollis, Caddys oder Rollatoren, die nicht nur in geschlossenen Räumen, sondern v.a. „Outdoor“ verwendet werden, ermöglichen erst die eigentliche Mobilität und damit eine verbesserte Lebensqualität. Damals ging es ausschließlich darum, den Patienten außerhalb des Krankenhauses mit Sauerstoff versorgen zu können. Diese Versorgung wurde dann auch als Medikament – und nicht lediglich als Hilfsmittel – bezeichnet und von den gesetzlichen Krankenkassen als „Sauerstofftherapie“ in der Grundversorgung in den Leistungskatalog aufgenommen und bezahlt wurde. Denn die Heimbeatmung in der Sauerstofflangzeittherapie war letztlich kostengünstiger, als längere Krankenhausaufenthalte, die damals noch pro Tag und nicht als Fallpauschale abgerechnet wurden.

In diesem Zusammenhang sei jedoch seit einiger Zeit zu beobachten, so der Referent, dass der Gesetzgeber festlege, welche Therapien noch von den Kassen finanziert werden; es gäbe dezidierte Erkrankungen, deren Kostenübernahme ausgeschlossen seien und eine Behandlung nur deshalb „überlebt“ hätten, weil sie „off label use“ erfolgt, also außerhalb des eigentlichen Anwendungsgebiets, verordnet worden seien, so z.B. die Gabe von Morphium bei schwerster Luftnot, wenn alle herkömmlichen Therapieansätze nichts mehr brächten (Beispiel vom Unterzeichner gewählt, nicht vom Referenten)

Anschließend befasste sich Dr. Wößner mit den derzeit gebräuchlichsten Behandlungsmethoden der COPD und des Lungenemphysems.

1. **Die Ventilimplantation (mittels sog. Fallschirmen)**

Diese Technik bietet quasi als weniger belastender Eingriff den Ersatz der chirurgisch-operativen Entfernung großer Emphysemlasen (Bullektomie).

Der Referent verwies hier auf die einschlägigen Berichte der Universität Ulm in der Lokalpresse, insbesondere der „Südwest Presse Ulm“ vom 18.11.2010. Die UNI Ulm sei ständig auf der Suche nach geeigneten Kandidaten, um die Wirksamkeit des Verfahrens testen und anhand von belastbaren Fallzahlen überhaupt belegen zu können. In der Theorie sei das Prinzip der Ventilimplantation in die Bronchien beim Emphysem auch bestechend. Was aber passiert, wenn Luft auf andere Weise in die geschlossene Alveole (Lungenbläschen) von hinten nachdrängt? Was geschieht mit dem Schleim, der ja nach wie vor produziert wird? Was passiert, wenn nichts passiert – das Ventil also nicht den erhofften Erfolg bringt? Nachlegen oder entfernen? Wie schwierig ist eine Entfernung? Kann diese ebenfalls noch bronchoskopisch, also nichtinvasiv, geschehen oder muss dann der Chirurg mit dem „großen Besteck“ ran? Man sieht: Sehr viele ungelöste Fragen.

2. **Endoskopische Lungenvolumenreduktion (LVR)**

Darunter versteht man die Entfernung eines Teils des am meisten überblähten Lungengewebes bei schwerem Emphysem.

Diese wurde hauptsächlich in den USA seit den 50er Jahren praktiziert. Sie eignete sich hauptsächlich für Patienten, die gar nicht narkosefähig waren. Diejenigen Patienten mit großen Emphysemlasen profitierten am meisten davon. Die Wirkung war aber nach 2 Jahren wieder vorbei. Die LVR hat heute nur noch eine Funktion zur Überbrückung der Wartezeit bis zu einer Transplantation.

3. **Spirale**

Es gibt hier noch weniger Erfahrungen als bei der Einpflanzung von Ventilen.

4. **Medikamentöse Therapie**

Sie werde bei weitem überschätzt. In der Dauertherapie bringt sie vielleicht 20% Therapieerfolg. Gemeint sind hier allerdings die Sprays, Vernebler und Kochsalzlösungen, also die inhalativen Medikamente.

Es solle hier nur auf das derzeit am weitesten verbreitete und noch relativ neue inhalative „Onbrez breezhaler“ eingegangen werden:

OnBrez mit dem Wirkstoff Indacaterol (Hartkapsel mit Pulver zur Inhalation)

Zur Zeit gebe es aber erhebliche Unsicherheit bzgl. der Kostenübernahme, da die gesetzlichen Kassen sich seit dem 01.10.2011 weigern, den von der Pharmaindustrie verlangten Preis weiterhin zu bezahlen (Immerhin ca. 220 Euro für 90 Kapseln). Dem Kassenpatienten verbleibe ein Eigenanteil von ca. 100 Euro/Monat für eine 90er Packung. Ausgewichen werden könne auf Foradil, das eine ganz ähnliche Wirkung habe, allerdings nur für 12 Stunden wirke, und nicht für 24 Stunden wie onbrez. Um keine Unterversorgung zu bekommen, sollte man 2-3 Foradilhübe pro Tag nehmen. Ob dies alles letztlich „billiger“ ist, als onbrez, stehe auf einem anderen Blatt und werde wie üblich auf dem Rücken der Ärzte und Patienten ausgetragen.

Die pillenförmigen Medikamente, die Besserung bzw. Linderung versprechen, seien in allererster Linie Daxas und oral verabreichtes Kortison.

a. Daxas

Es ist das Nachfolgemedikament von Theophyllin, da es nur einmal in 24 Stunden genommen werden müsse. Es wirke systemisch, d.h. nicht wie inhalatives Kortison direkt auf die Lunge, sondern es gelange über den Blutkreislauf an die Entzündungsherde. Dies sei aber auch gleichzeitig das Problem. Es dockt an ganz bekannte Entzündungsherde an. Wenn der Patient aber andere Entzündungsherde an anderer Stelle habe, so wirke das Medikament nicht. Der Wirkstoff „rauscht einfach durch“, da er nicht weiß, wo er hinsoll, wenn er an der programmierten Stelle keine Entzündung vorfindet.

b. Kortison

Dazu ist im Prinzip schon alles dafür und dagegen gesagt und geschrieben worden.

5. **REHA/AHB: Der wichtigste Baustein einer erfolgreichen Therapie**

Neben der Langzeitsauerstofftherapie und der Medikamente, die etwa 20-60% Erleichterung bzw. Hilfe bringen, ist die stationäre Reha die wirkungsvollste Methode, der COPD entgegenzutreten. Was die Reha auszeichnet, ist das speziell angepasste Training für den jeweiligen Patienten. Selbst in hohem Alter ist ein wirkungsvoller Muskel- und Knochenaufbau noch möglich. Die sog. „Knochenbruchfestigkeit“ erhöhe sich um 10% bis 30% bei stetigem Training, wobei es natürlich sehr wichtig sei, dass das Training auch nach der Reha zu Hause, alleine oder in der Lungensportgruppe, weiterbetrieben werde. Denn ein Muskel oder Knochen, der nicht benutzt wird, baue sich sehr schnell wieder ab. Der Sauerstoff ermögliche ein konstantes Auftrainieren von Muskel und Knochen. Das sei das vorrangige Ziel der Reha.

Nach dem Ende des Vortrages wurde das Thema von den Anwesenden noch lebhaft besprochen.

**Anmerkung:**

Der Bericht wurde vom Mitglied Hans-Ludwig Lechner (Tel: 0731-55 02 99 92) in Zusammenarbeit mit Frau Ingrid Gamber, der Vorsitzenden der LOT-Gruppe Ulm (Tel: 07307-92 59 113), verfasst.

Inhaltliche Unrichtigkeiten bzw. Unvollständigkeiten gehen zu Lasten von Hrn. Lechner, der der doch recht hohen Sprechgeschwindigkeit des Arztes mangels Stenografiekenntnisse nicht immer folgen konnte.

