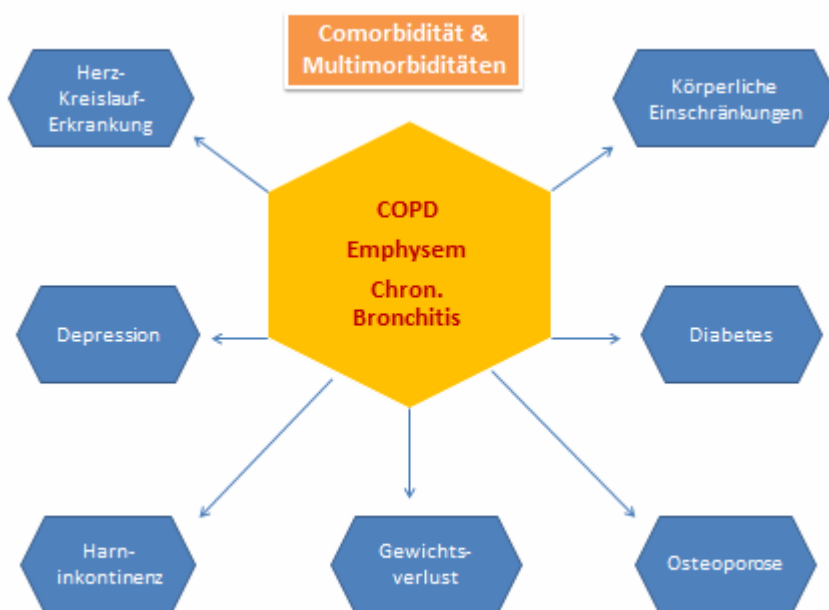


## Komorbiditäten bei COPD

Als Komorbidität oder Begleiterkrankung wird eine zusätzliche Erkrankung zu einer Grunderkrankung bezeichnet. Die Begleiterkrankung muss diagnostisch abgrenzbar sein. Komorbiditäten können, müssen aber nicht mit der Grunderkrankung zusammenhängen. Bei mehreren Erkrankungen spricht man auch von Multimorbidität. Abgeleitet wird der Name von morbus (lat.) und bedeutet Krankheit.

Da bei COPD-Erkrankten Veränderungen und Prozesse, auch entzündliche (inflammatorische) in mehreren verschiedenen Organen stattfinden, wird auch von einer systemischen Erkrankung gesprochen. Da die Sauerstoffaufnahme als auch die Kohlendioxidabgabe unseren ganzen Körper mit allen Organen betreffen kann eine Störung im Atemsystem auch andere Krankheiten auslösen.

Bei einer COPD mit und ohne Lungenemphysem zählen zu den Comorbiditäten Herz-Kreislauf (cardiovaskuläre) Erkrankungen, körperliche Einschränkungen, Gewichtsverlust oft verbunden mit einer Muskeldysfunktion, Osteoporose, Diabetes mellitus, Harninkontinenz oder/und Depression als häufigste Begleiterkrankungen.



Grafik: Margrit Selle 2016©

Komorbiditäten sind umso häufiger je älter der Patient wird. Auch bei nicht lungenerkrankten Senioren können mehrere Erkrankungen wie Bluthochdruck (Hypertonie), Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) oder Herzinsuffizienz auftreten. Da die Menschen heute in der Regel älter werden, muss immer öfter auch mit gesundheitlichen Einbußen und damit verbunden mit psychosozialen Belastungen gerechnet werden.

Zu den **Herz-Kreislauferkrankungen** gehören der Bluthochdruck (Hypertonie), die Herzschwäche (Herzinsuffizienz) und das Vorhofflimmern. Bei den cardiovaskulären Krankheiten ist wie bei einigen anderen Erkrankungen das Rauchen ein Hauptauslöser, vor allem jahrzehntelange und inhalative Rauchgewohnheiten. Auch Lungenhochdruck (pulmonale Hypertonie) und Rechtsherzinsuffizienz sind mögliche Begleiterkrankungen der COPD. Bei der Rechtsherzinsuffizienz verdickt die Muskelwand des Herzens infolge eines Sauerstoffmangels (Hypoxie). Da das Blut aus der rechten Herzkammer gegen einen erhöhten Widerstand in die Lunge fließen muss verdickt sich die Muskelwand des Herzens. Mit der Zeit kann das Herz nicht mehr effizient arbeiten. Es entsteht das sog. Cor pulmonale.

Eine weitere häufige Begleiterkrankung des COPD-Patienten ist ein **Diabetes mellitus**. Dies ist eine Stoffwechselstörung, bei der die Bauchspeicheldrüse (Pankreas) zu wenig oder gar kein Insulin produziert. Anzeichen können ein vermehrtes Durst- oder Hungergefühl so wie vermehrtes Wasserlassen sein. Auch Erbrechen, ständige Müdigkeit, Schwäche und Sehstörungen können Symptome eines Diabetes sein. Der Insulinmangel führt zu einer Erhöhung der Blutzuckerwerte. Blutzuckerkontrollen sollten stets erfolgen. Laut Deutscher Gesellschaft für Pneumologie leidet jeder dritte COPD-Patient auch an Diabetes mellitus. Wird Diabetes nicht oder nur unzureichend behandelt, kommt es zu Durchblutungsstörungen. Diese können verschiedene Organe wie Augen, Nieren, Gefäße oder/und Nerven schädigen. Verminderte Empfindungen in den Füßen oder Durchblutungsstörung der Extremitäten wie die periphere arterielle Verschlusskrankheit (paVK) können ebenfalls entstehen.

Ein **Gewichtsverlust** ist häufig bei COPD-Patienten im fortgeschrittenen Stadium anzutreffen. Ein Grund für die Gewichtsreduktion kann eine geringere Nahrungsaufnahme aufgrund krankheitsbedingter Appetitlosigkeit sein. Auch ein erhöhter Energieaufwand bei der Atemarbeit trägt zu einer Entkräftung des gesamten Energiehaushaltes bei. Vor allem bei den „Pink Puffern“, die besonders unter starker Atemnot und trockenem Reizhusten ohne Auswurf leiden, ist der Gewichtsverlust bemerkbar und eine Auszehrung (Kachexie) ist zu sehen. Die „Blue Bloater“ dagegen sind übergewichtig und die Atmung kann durch das Übergewicht zusätzlich erschwert werden, so dass dieses reduziert werden sollte.

Zu den Begleiterkrankungen zählt auch der Knochenschwund (**Osteoporose**). Dies ist eine Skeletterkrankung, mit niedriger Knochendichte durch den Abbau von Knochensubstanz und einer Störung der Knochenstruktur. Das Risiko für Knochenbrüche (Frakturen) ist somit erhöht, da die Knochen brüchiger sind. Die zugrunde liegende systemische Entzündung durch COPD sowie Nebenwirkungen von langjährigen und hochdosierten Cortisongaben können den Stoffwechsel der Knochen zusätzlich beeinträchtigen.

Präventiv kann Vitamin D in Tablettenform genommen werden. Der Körper kann zwar das Vitamin D selbst aus Cholesterin herstellen, benötigt dazu aber Sonnenlicht. Empfohlen wird für jeden COPDler ein täglicher Aufenthalt im Freien von mind. 30 Minuten, um Vitamin D durch die UVB-Strahlung des Sonnenlichts (auch bei bewölktem Wetter) zu bilden. Eier, Milch und Butter sind reich an Vitamin D. - Phosphat und Oxalsäure, die u. a. in viel Fleisch, Schmelzkäse, Softdrinks oder schwarzem Tee enthalten sind, blockieren die Einlagerung von Kalzium in die Knochen und sollten daher gemieden werden.

Kalziumhaltige Ernährung ist hier neben der Versorgung mit Mikronährstoffen ein Muss. Dazu zählen u.a. Milchprodukte wie Hartkäse und Joghurt, Gemüsesorten wie Brokkoli und Grünkohl, aber auch Fisch z. B. Lachs oder Makrele.

## Sturzprävention

- Kraft- und Balancetraining durchführen (z.B. Tai Chi)
- Gleichgewichtstraining
- umgebungsbedingte Sturzgefahren beseitigen bzw. kennzeichnen
- für geeignete Beleuchtungsverhältnisse sorgen - Blendeffekte vermeiden, Lichtschalter gut erreichbar
- Hindernisse und Stolperfallen beseitigen ( z.B. Teppiche, Netzkabel, Möbel, Türschwellen, auf glänzende Böden verzichten)
- Haltegriffe in Bad, Toilette und Flur anbringen (lassen)
- Stühle, (Pflege-)Betten, Rollstühle der Körpergröße anpassen

Quelle: Margrit Selle 2015©

Die Bewegung kann bei der Osteoporose die Funktion der knochenbauenden Zellen verbessern und zum anderen durch die bessere Koordination und Beweglichkeit auch das Risiko für Stürze und Knochenbrüche verringern.

Viele COPD-Patienten leiden zudem unter **Depressionen** sowie Angst und Panik bei und vor Atemnot oder End-of-Life-Ängste (Ängste vor der Endphase des Lebens). Auch Progredienzängste (Ängste vor dem Fortschreiten der Krankheit) sind sehr häufig. Die Einschränkung der Mobilität, Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Hausarbeit, das Gefühl den Anforderungen des Alltags nicht mehr gewachsen zu sein können depressive Zustände auslösen. Eine Depression verschlechtert die Lebensqualität eines COPD-Patienten. Ein Rückzug ins häusliche Umfeld ohne soziokultureller Teilhabe am Leben kann zur Vereinsamung und Isolation führen. Betroffene brauchen psychologische Unterstützung. Neben einer psychotherapeutischen Begleitung sind die Selbsthilfegruppen eine wichtige Anlaufstelle (s. [www.sauerstoffliga.de](http://www.sauerstoffliga.de) Regionale Gruppen). Auch telefonische Kontakte und Gespräche sind hier mit Gleichbetroffenen möglich und können helfen.

Unter einer **Harninkontinenz** leiden ca. zwei von drei COPD-Patienten. Die Blasenschwäche wird dabei durch Husten begünstigt. Dieses Leiden gehört noch immer zu den Tabuthemen. Als Therapiemaßnahme sollte ein gezieltes Beckenbodentraining unter fachkundiger Anleitung z.B. Physiotherapeuten erlernt werden. Beratung zum Trink- und Blasenentleerungsverhalten aber auch eine medikamentöse Therapie sind zu bedenken.

Der Alltag und die Lebensqualität können erhebliche Einbußen erleiden. Die Therapie umfasst somit alle Aspekte der verschiedenen Erkrankungen. Neben entsprechender Medikation gilt es bei allen Erkrankungen verständlicherweise mit dem Rauchen aufzuhören, sich gesund und ausgewogen zu ernähren, keinen oder nur minimalen Alkohol zu trinken und sich ausreichend zu bewegen. Bewegung, vor allem der Arme und des Oberkörpers mit Atemübungen können auch im Sitzen durchgeführt werden (sog. Hockergymnastik).

Ein wichtiger Aspekt ist auch die Vernetzung des Hausarztes mit den Fachärzten hinsichtlich der Therapie und der Medikamente, damit hier keine Unverträglichkeiten oder Aufhebungen der einzelnen Wirkungen stattfinden. Auch die Compliance (kooperative Bereitschaft die Therapie einzuhalten) ist ein wichtiger Punkt, um die Erkrankungen zu bewältigen.

Margrit Selle, Dipl.-Pflegerin (FH)

Quellen:  
Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Volume 54  
A. Mehnert, J. Volkert, O. Wlodarczyk und S. Andreas  
H. Watz, H. Magnussen  
und Pneumologisches Forschungsinstitut am Krankenhaus Grobshansdorf Krankenhaus  
Professor Dr. Kurt Rasche, Wuppertal  
COPD und Asthma 01/2013 & 3/2015