

# Erste Erfahrungen mit einer Atemnot-Ambulanz

Im März wurde am Klinikum der Universität München (LMU) die erste Atemnot-Ambulanz für Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen und Dyspnoe etabliert.

**T**rotz optimaler Therapie der Grunderkrankung leiden Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen der Lunge – wie COPD, Herzinsuffizienz, Karzinomen oder Lungenfibrose – häufig an chronischer Dyspnoe. Die Erfahrung von Atemnot kann sehr quälend sein, den Patienten Angst machen und ihre Lebensqualität und die ihrer Angehörigen deutlich einschränken. Auch wenn die Schwere der Dyspnoe oft nicht beeinflussbar ist, sollen Patienten durch Anleitung zum Selbstmanagement, Atemübungen oder Medikamente einen besseren Umgang mit Atemnot erlernen. Für eine erfolgreiche Behandlung ist eine Maßnahme allein in der Regel nicht ausreichend, sondern immer eine Kombination verschiedener Ansätze notwendig.

Im März 2015 wurde die deutschlandweit erste Atemnot-Ambulanz für Patienten mit chronischen Erkrankungen am Klinikum der Universität München (LMU) etabliert. Ziel der Ambulanz ist es, Patienten zu helfen, mit dem Symptom Atemnot besser umzugehen.

Es gibt eine ganze Reihe von Maßnahmen, die den Patienten helfen können, ihr Leben mit Atemnot besser zu bewältigen. Neben Information über Anatomie und Physiologie der Lunge wird den Patienten vermittelt, dass der Umgang mit Atemnot durch bestimmte **Atemtechniken** und **Körperhaltungen** verbessert werden kann. Für manche Patienten ist ein kühler Luftzug, zum Beispiel durch einen kleinen Handventilator hilfreich. **Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen** helfen die emotionale Belastung zu reduzieren. Rituale wie zum Beispiel ein eingeübtes Mantra in Kombination mit Körperhaltung und Nutzung des Ventilators können bei Atemnotattacken zur Beruhigung und schnelleren Erlangung der Kontrolle beitragen. Viele Patienten meiden körperliche Belastung in der Sorge, dass die Dyspnoe sich dadurch verschlechtert. Wird der Körper jedoch durch Inaktivität schwächer (Dekonditionierung), kann gerade das zu mehr Atemnot bei Belastung führen. Daher ist die **Anleitung zu körperlicher Aktivität** ein weiteres wichtiges Element in der Ambulanz.

Wenn diese verhaltensbezogenen Maßnahmen nicht ausreichen, können manche **Medikamente** im sehr weit fortgeschrittenen Stadium einer Erkrankung zur Linderung der Atemnot eingesetzt werden. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass **Morphin** oder **andere Opioide**, die normalerweise in der



Schmerztherapie verwendet werden, in niedrigen und kontrollierten Dosierungen das Gefühl der Atemnot gut lindern und sicher eingesetzt werden können. Steht Angst im Vordergrund, können kurzfristig auch **Beruhigungsmittel** hilfreich sein, um den Teufelskreis zwischen Angst und Atemnot zu durchbrechen. Der Einsatz von **Sauerstoff** kann bei Patienten mit COPD und niedrigen Sauerstoffwerten im Blut (Hypoxie) eine hilfreiche und notwendige Maßnahme sein. Bei Patienten mit normalen Sauerstoffwerten im Blut kann ein kühler Luftzug oft denselben Effekt erreichen.

## Interdisziplinäres Team mit multiprofessionellem Ansatz

In der Münchner Atemnot-Ambulanz arbeiten **Palliativmediziner** und **Pneumologen** zusammen, die sich besonders mit dem Symptom Atemnot auskennen und von einem **Team mit verschiedenen Berufsgruppen** unterstützt werden. Durch den Kontakt zum Pneumologen ist sichergestellt, dass die Grunderkrankung optimal behandelt ist; die Expertise der Palliativmediziner ist der symptombezogene und personenzentrierte Ansatz im Umgang mit einer fortgeschrittenen Erkrankung.

**Physiotherapeutische Maßnahmen** spielen bei der circa sechswöchigen Intervention eine wesentliche Rolle. Dieser interdisziplinäre und multiprofessionelle Ansatz wurde bereits in vergleichbaren Atemnotambulanzen in England erprobt und zum Beispiel am King's College Hospital in London im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie evaluiert. Die Ergebnisse zeigten, dass der Besuch der dortigen Atemnot-Ambulanz zu einem verbesserten Umgang mit Atemnot bei gleichzeitiger Kosteneffizienz führte.

Patienten, die diese Einrichtung besuchen, sollten bereit sein, sich aktiv mit dem Umgang mit ihrer Atemnot auseinanderzusetzen und die empfohlenen Maßnahmen wie Atem- oder Entspannungsübungen



Foto: Klinikum der Universität München Campus Großhadern

### Ausführliche Kommunikation und Instruktion

sind wesentliche Pfeiler bei der Betreuung von Patienten in der Atemnot-Ambulanz.

regelmäßig anzuwenden. Angehörige sind eingeladen, den Patienten beim Ambulanzbesuch zu begleiten, um ihre Fragen und Sorgen zu besprechen. Außerdem sollen sie die Informationen für den Patienten zur Verbesserung der Atemnot ebenso kennenlernen.

Zwischen dem Erst- und Abschlussbesuch in der Atemnot-Ambulanz werden den Patienten in vier physiotherapeutischen Behandlungen vor allem Atemübungen, Körperhaltungen und andere Maßnahmen vermittelt, die Patienten selbst bei Atemnot einsetzen können. Daneben werden je nach individueller Situation Vorschläge zur **Anpassung des Tagesrhythmus** und zur Steigerung der körperlichen Aktivität erarbeitet. Beim abschließenden Besuch werden die vorgeschlagenen Behandlungsmöglichkeiten von den Ärzten noch einmal mit dem Patienten und seinen Angehörigen durchgesprochen und – falls notwendig – eine Anbindung an palliativmedizinische Versorgungsstrukturen ermöglicht. Die Ambulanz bietet **keine Dauerbetreuung** und ist auch **kein Notfallservice**.

### Randomisiert kontrollierte Studie untersucht Wirksamkeit

Die Atemnot-Ambulanz in München wird im Rahmen einer durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten randomisiert kontrollierten Studie auf ihre Wirksamkeit hin untersucht. Durch ein Fast-track-Design (ähnlich Wartegruppen-Design) erhalten alle Patienten Zugang zur Ambulanz. Je nach Gruppenzuteilung wird der **Ambulanztermin** in der Interventionsgruppe **sofort** oder in der Kontrollgruppe mit einer **Wartezeit von circa acht Wochen** vergeben. Die Kontrollgruppe erhält in dieser Zeit weiterhin Routinebetreuung. Alle Patienten, die die Ambulanz besuchen wollen, werden gebeten, an dieser Studie teilzunehmen.

Eine qualitative Vorstudie zur Gestaltung der Atemnot-Ambulanz aus der Sicht potenzieller Patienten, deren Angehörigen sowie Ärzten und weiteren Berufsgruppen im Gesundheitsbereich zeigte einen großen Bedarf für ein ambulantes und interdisziplinäres Versorgungsangebot auf, das zeitnahe Hilfe bieten kann. Patienten betonen einerseits die indi-

viduell sehr unterschiedlich ausgeprägte Symptomatik und die Wichtigkeit der Vermittlung nicht-medikamentöser Hilfestellungen im Umgang der Atemnot. Andererseits wird der Wunsch geäußert, Verständnis und Wertschätzung angesichts der spezifischen Belastungen und Ängste zu erfahren.

Gerade niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten möchte die Atemnot-Ambulanz als zeitlich begrenzte zusätzliche Intervention Entlastung und Unterstützung bei der Betreuung von Patienten mit chronischer Atemnot bieten.

Viele Anfragen kommen von Patienten und Angehörigen selbst. Überweisungen durch Haus- und Fachärzte sind deutlich geringer. Dies kann mit der notwendigen Studienteilnahme zusammenhängen; aber auch mit dem noch geringen Bewusstsein vieler ärztlicher Kollegen, dass **Atemnot auch bei optimaler Behandlung der Grunderkrankung weiterbesteht**, es aber eine Reihe von Maßnahmen gibt, die den Patienten helfen, besser damit zu leben.

Viele Betroffene sind dankbar für den ganzheitlichen Ansatz, die Informationen und Anleitungen, die sie von den Physiotherapeuten erhalten. Aber auch das Ansprechen der psychosozialen Belastungen und spirituell-existentialen Fragen unterstützt die Patienten mit ihrer Lebenssituation besser zurechtzukommen. Da Atemnot besonders bei chronischen Lungen- und Herzkrankungen jahrelang vor dem Lebensende besteht, würden viele dieser Patienten keinen oder erst viel später Kontakt zur Palliativmedizin bekommen.

Die weitläufige Meinung ist immer noch, dass palliativmedizinische Betreuung erst dann indiziert ist, wenn der Patient sterbend ist. So können aber Probleme frühzeitig erkannt und angegangen werden und im Rahmen der Atemnotambulanz auch die Weichen für die weitere Versorgung gestellt werden.

Mit den Ergebnissen der Evaluation werden erstmals Daten vorliegen, anhand derer die Versorgungsqualität, Wirksamkeit und Kosteneffektivität des neuartigen Angebots einer Atemnotambulanz im Vergleich zur Routineversorgung bewertet werden kann. Das Konzept einer Atemnotambulanz ist, angepasst an das jeweilige Gesundheitssystem, überall umsetzbar und soll als Modell für die Etablierung weiterer Atemnotambulanzen in Deutschland dienen. ■

DOI: 10.3238/PersPneumo.2015.10.02.05

*Prof. Dr. med. Claudia Bausewein,  
Dr. Michaela Schunk,  
Dr. med. Birgit Haberland*

*Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin Klinikum der Universität  
München, Campus Großhadern*

*Zulfiya Syunyaeva,*

*Prof. Dr. med. Rudolf Maria Huber*

*Sektion Pneumologie Innenstadt und Thorakale Onkologie,  
Medizinische Klinik und Poliklinik V*

**Interessenkonflikt:** Frau Prof. Bausewein erhielt Vortragshonorare von den Syller Palliativtagen und dem Klinikum Stuttgart. Frau Dr. Schunk und Frau Dr. Haberland erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.