

Transkript zum Videomitschnitt Aktivierende Pause „Atemübungen“ Silke Filipovic

Silke Filipovic:

Die Atemtherapie. Ich bin jetzt schon ganz, ja, auch mit eingestimmt in natürlich den großen Chat, der hier stattfindet. Und ich darf dazu auch sagen: Die Atemtherapie ist ein mini, mini, mini, mini kleiner Aspekt von vielen Therapiemöglichkeiten. Wir haben frühzeitig die Info gehabt, COVID sei eine Lungenerkrankung. Und wir haben aber auch gerade schon gehört, dass es natürlich jetzt viel mehr und andere Aspekte gibt. Und genau das ist häufig die Schwierigkeit, die auch in so einer kleinen, kurzzeitigen Veranstaltung wie heute natürlich nicht mit allen Aspekten belegt und berücksichtigt werden kann. Warum aber die Atemtherapie dann doch interessant ist, das haben wir auch eben schon im Chat lesen können. Denn die Problematik ist, dass der Sauerstoff in der Peripherie nicht richtig ankommt und verschiedene Stellmechanismen im Körper dafür zuständig sind, warum das nicht funktioniert. Wir müssen also eigentlich das Pferd so ein bisschen von hinten aufzäumen. Und deswegen sind auch die COVID-Ambulanzen so wichtig, die Differenzialdiagnose zu setzen und zu betrachten: Was ist hier eigentlich und können wir überhaupt von diesen verschiedenen Nachwirkungen, und ich möchte das in diesem Begriff zusammenfassen, von diesen verschiedenen Nachwirkungen sprechen? Mein Appell ist, dass es danach erst betrachtet werden kann: Welche schwerwiegende Richtung ist bei diesem individuellen Patienten zu betrachten und wo hat sich was festgesetzt? Und das bedingt auch später den therapeutischen Ansatz. Allerdings, und das ist total richtig, braucht es da informiertes und geschultes Fachpersonal, die dann als Therapeuten das weiter betrachten. Ich sehe das ebenfalls, dass Physiotherapie manchen hilft und den meisten nicht. Und es kommt darauf an, welchen Weg und welches Therapieprogramm setzt man ein und wie viel Ahnung hat man von diesen verschiedenen Facetten. Man kann einen roten Faden finden und den ganz objektiv verfolgen. Die Atemtherapie ist immer ein Mini-Baustein des gesamten Konzepts, weil man muss verstehen, dass wir unser Lager der Lunge ein bisschen auffüllen müssen. Wenn dort nicht genügend Sauerstoff eingeht und vorhanden ist, der abgerufen werden kann, wie soll dann am Ende an der letzten Zelle überhaupt was ankommen, wenn mein Lager schon leer ist? Und gerade die Patient_innen, die zu Hause in der Bettlägerigkeit liegen, haben genau diese Schwierigkeit aus der Immobilität noch mehr Schäden zu nehmen. Und dafür sind verschiedene Grundlagen genauso wichtig. Allerdings können wir nie mit einem echten Training und niemals mit einer tiefen Atemtherapie agieren, sondern es ist ein, ein kleiner Baustein, der als kleiner Aspekt auch in einer geringfügigen Intensität durchgeführt wird. Und das möchte ich ein bisschen zeigen und diese aktive Pause dafür nutzen, dass es zum Beispiel eine Übung gibt, die wir gerne verwenden, die so ein bisschen verschiedenste Aspekte berücksichtigt. Aber ich darf ein bisschen vorziehen, dass es andere Übungen gibt und dass ich nachher noch ein, zwei Poster angefügt habe, die

man sich so ein bisschen als Grundlage auch für alle Unter Aspekte, die wir nach COVID erfahren, nutzen kann.

Ich lade Sie ein, mitzumachen, in eine kleine Übung. Wenn nicht jetzt, weil ich weiß, wie sehr Sie auch Ihre Pause brauchen, wenn nicht jetzt, kann man es ja später nachschauen und angucken. Stellen Sie sich vor, wir fahren in einem wunderschönen Glasaufzug. Ja, da können wir gar nicht in so ein tolles Hotel hineingehen, aber in unserer Fantasie können wir das schon. Und für alle anderen, die einfach ein bisschen Angst haben in so einem Aufzug, stellen Sie sich einfach nur vor, wie man den von außen sehen kann. Vielleicht entführen wir uns gerade gedanklich in eine Großstadt nach Amerika, Australien, Dubai, wo auch immer hin, und sehen diesen wunderschönen Glasaufzug. Dieser Glasaufzug ist total sanft. Er hat ganz viele Etagen. Wir nutzen nur vier. Aber in die Rooftop-Etage fahren wir nicht, denn wir dürfen bei COVID-Folgen nicht die maximale Tiefe, nicht die maximale Beweglichkeit, nicht die volle Elastizität ausschöpfen. Denn dann verengen wir gleichzeitig durchlaufende Strukturen, venös, arteriell, lymphatisch und vor allen Dingen das lockere Bindegewebe, was für kommunikative Prozesse total wichtig ist. Also fahren wir nur ein kleines Stück und wir bremsen das auch noch ab, denn wir machen das ganz langsam durch zum Beispiel die Nasenatmung, die wir auch noch verengen können, indem man ein Nasenloch zuhält oder manchmal sogar beide leicht zuhält. Dass nur ein ganz sanfter, langsamer Luftstrom auf unsere Lunge trifft, damit die Lunge langsam damit atmen kann. Wir fahren eine Etage gemeinsam hoch. Fahren erst mal sanft wieder runter, das machen wir über eine Lippenbremse. Jetzt fahren wir zwei Etagen hoch, da sind wir gerade mal auf der Hälfte, fahren aber nur eine wieder runter und probieren mal in die dritte Etage zu kommen. Fahren in die zweite runter, noch mal schnell nach oben in die dritte, langsam durch die Nase, in die erste wieder runter. Coole Aussicht, fahren weiter runter, rotieren ein wenig, weil wir nach rechts aussteigen und uns etwas räuspern [*räuspert sich auffällig*]. Und wir atmen weiter, locker durch die Nase, erstmal pausieren. Nase ein, über die Lippenbremse, wieder aus. Und diese eine Übung ist für viele schon sehr anstrengend. Und deswegen reicht es, wenn man diese eine Übung mehrfach am Tag durchführt. Ich sage immer, zehnmal am Tag, dann macht man es dreimal. Ich bin da auch ganz realistisch. Und wenn man sich vornimmt, es wenigstens dreimal zu machen, es wenigstens einmal macht, ist es mehr als gar nicht. Und es hilft dem Körper, in eine Routine zu kommen, in eine Zirkulationsverbesserung zu kommen, ihm eine Möglichkeit zu geben. Aber: Wir sind in einer ganz geringfügigen Situation. Die Immobilität aufzugeben, ist ein riesengroßer Schritt. So wie für mich vielleicht der große Schritt wäre, einen Marathon zu laufen. Und das müssen wir vergleichen. Wir können diese Etage jetzt noch ein paar Mal hoch- und runterfahren.

Sie verändert, und das ist jetzt vor allen Dingen für die Fachleute unter uns, Sie verändert, dass wir eine Veränderung in unserem Bronchial-Lumen haben. Auf der einen Seite ist diese Veränderung des Lumens dafür da, dass wir die Wände ein

bisschen in Bewegung bringen und vielleicht das, was an Ablagerungen, Schleim und Ähnliches da ist, ein bisschen lösen können und abtransportieren können. Auf der anderen Seite verlangsamen wir deutlich den Luftstrom. Wir verlangsamen aber auch das Abbremsen durch die Lippenbremse, den Luftstrom wieder rauszubringen, sodass wir immer einen positiven Effekt, einen positiven Druck in den Atemwegen haben. Und dieses ist notwendig, um der Diffusionszeit ein bisschen Möglichkeit zu geben, mehr mit dem Angebot zu agieren. Gleichermäßen können wir damit auch ein bisschen eben für die Reinigung der Lunge sorgen. Und das ist so ein Mixaspekt. Aber Patienten mit einer Hyperventilation, mit vor allen Dingen auch einer Verschiebung der Atemmittellage, bekommen wir wieder in dieses Mittel hinein. Man kann das vertiefen, indem man auch noch die Bauchatmung dazu nimmt, beispielsweise eine Bauchvergrößerung. Und somit haben wir einen Grundbaustein, den man stückweise aufbauen kann. Aber es ist die sogenannte Ein-Prozent-Methode. Es ist ein Mini-Anteil von einer sehr vielschichtigen Therapie.

Diese Therapieaspekte kann man unterschiedlich verfolgen. Silke Klarmann macht das nächste Woche und wird dann noch mal eine andere Atemübung in die Pause einbringen. Silke Klarmann und ich agieren im ambulanten Bereich, Silke Klarmann mehr im klinischen Bereich. Sie mehr für die Akutpatienten, vor allen Dingen eben in der frühen Phase und ich in der ambulanten Phase. Und diese ambulante Phase ist natürlich heute die interessantere vielleicht, aber natürlich die, die am meisten Patienten im Moment zu sehen bekommt, die gerade in dieser Versorgungslücke stecken. Und deswegen möchte ich dafür plädieren: Ja, Atemtherapie ist ein wesentlicher Aspekt, aber eben einer unter vielen. Und da müssen wir Patienten sehr [...]

Andrea Blome:
Sie waren eingefroren.

Silke Filipovic:
Ich war eingefroren, das ist aber gemein. Jetzt habe ich gerade mein so schönes Plädoyer gesprochen.

Andrea Blome:
Es fehlten nur die letzten 30 Sekunden.

Silke Filipovic:
Also, in der Ambulanz, ich weiß jetzt nicht, welches die 30 Sekunden waren, in der Ambulanz sehen wir eben diese individuellen Fälle. Und ich möchte auch noch mal darauf eingehen, dass auch im Chat erwähnt wurde, warum wird nicht auf die unterschiedlichsten, ob Post-Vac, ob ME/CFS, ob Post-COVID, Long-COVID, warum wird da nicht deutlich eingegangen? Am Ende ist die Fragestellung: Was für eine individuelle Symptomatik ist bei diesen Patienten? Und dann muss man schauen, welche Strukturen und Gewebe sind denn so stark betroffen und funktionieren nicht.

Und dann gibt es eben den individuellen Therapieplan. Und der Name und die Ziffer und die Diagnose ist nicht so wertvoll, als das, was bei Ihnen persönlich die Problematik darstellt. Und wie wir diese Leitsymptome beheben können, mit welchen Möglichkeiten und Maßnahmen. Und deswegen sprechen wir davon auch, von diesen Diagnosen, erst einmal sehr oberflächlich. Weil es ist doch wichtig, was kommt hinten dabei raus. Und was können wir angehen? Dennoch gibt es, wie hier auf diesem Poster zu sehen, verschiedene Grundübungen, die man immer täglich machen kann. Und tatsächlich sind sie primär gegen die Immobilität bei den Schwerstbetroffenen. Diesen Minimum an Input zu geben, mit Pacing-Plan-Priorisieren, sehe ich genauso, wie wichtig das ist, dass wir schauen können, was können wir als Grundübung über den Tag verteilt einbauen. Und das gehört in ein Pacing-Plan-Priorisieren-Modell natürlich mit hinein, auch bei den Schwerstbetroffenen. Diesen Mini-Aspekt, dieses ein Prozent, was man verändern kann, was dann wiederum einen minimalen Vorschub geben kann, mit der Zeit, mit Routine. Das sind hier zum Beispiel Beispiele, die einerseits für die Atemübungen als Grundlagen sind, aber auch für die Elastizität, was eben pathologisch gesehen oder pathophysiologisch gesehen auch im Sinne der Situation der Lunge. Was macht es an der Lunge mit Perfusion und Compliance, die Mitarbeit der Lunge? Wie ist die Elastizität? Wie kann denn eigentlich die ganzen Strukturen, im Prinzip Mikrozirkulation durch diese verengten Systeme, gestörten, entzündlich veränderten Systeme hindurchgeschleust werden? Was können unser venöses, arterielles System leisten? Wenn ich das massiv eng mache, weil ich mich so lang mache, kommt da gar nichts mehr durch. Und das müssen wir berücksichtigen. Da gibt es so viele Aspekte. Aber auch atemerleichternde Notfallsituationen. Wie kann ich aus der Hyperventilation raus? Wie kann ich aus der Überlastung raus? Und wie kann ich mit diesen Grundlagen überhaupt in eine zukünftige Belastung, und wir sprechen hier nicht von Training, wir sprechen von minimalem Aufbau, denn eigentlich stückweiter vorgehen?

Die Physiotherapie braucht auch noch ganz viel an Vorschub im Sinne von Informationsverbreitung, Informationsverteilung. Wir starten zumindest, und der ist gerade gestern als Link neu rausgekommen, auf zunächst „Physio Deutschland“ im Download-Bereich, gibt es einen neuen Flyer, der auch noch mal die Leitlinie zusammenfasst, aber darüber hinaus auch andere Aspekte betrachtet, und warum wir wie optimiert mit der Erfahrung aus dem praktischen Bereich Patienten leiten können und was es an Minimum benötigt. Aber auch da sind wir auf einer Basis und die muss weiter ausgebaut werden und vor allen Dingen in der Fachexpertise, in den Austausch und in die Verbreitung kommen. Das sind die Dinge, die ich mitbringen kann, aus einer irgendwie Pause, doch mit ein paar Informationen, und das hoffentlich ein bisschen pausenartig auflockern durfte.