



Atemwege und Lunge

eine **Patienten-Bibliothek**



Ziele

ISBN 9 783982 064802
EAN 2627-647X 00
9 779772 627647
(D) 6,50 €

Alpha1 | Asthma | Bronchitis | COPD | Emphysem | Lungenfibrose | Lungenkrebs | Virale Infekte

25 Jahre Alpha-1

- Gemeinsam
- Kostenfreie Testung
- Medizingeschichte

Patientenreise

- Inhalation
- Rehabilitation
- Ernährungstherapie

Persönliche Erfahrungen

- Erstdiagnose
- Wahrnehmung
- Neubewertung

Aktiv bleiben!

Mit unserer Langzeit-Sauerstoff-Therapie.

Mehr Bewegungsspielraum. Mehr Lebensqualität.

- ✓ Deutschlandweite Versorgung
- ✓ Individuelle Beratung persönlich & kompetent
- ✓ Schneller Service direkt vor Ort
- ✓ Zusammenarbeit mit allen Krankenkassen
- ✓ Rundumversorgung auch im Urlaub
- ✓ Attraktive Konditionen für Miete & Kauf



*Sorgenfrei durch den Alltag.
Wir sind für Sie da.*



Beratungstelefon

0365 / 20 57 18 18



www.air-be-c.de

info@air-be-c.de

air-be-c
Medizintechnik

einfach gut betreut.

Inhalt

Editorial

Wo geht es hin? Ziele für die Patientenreise

Ziele

Den Blick schärfen

...für die Volkskrankheiten der Lunge

Systemische Beeinträchtigungen

...und eine beharrliche Suche

Die eigene Einstellung macht den Unterschied:
Persönliche Erfahrungen nach der Erstdiagnose

Kampagne des BSL e.V.:

Anspruch auf Lungenkrebs-Screening?

Atmung

Nicht alles, was mit Atmung zu tun hat, ist
automatisch Lunge: Atmen ist Teamarbeit

Inhalation

Die Basis der Behandlung:

Mehr wissen zur Inhalationstherapie

Videos zur Anleitung: Inhalationssysteme
richtig anwenden

aktualisierte Auflage: Inhalieren bei COPD
und Lungenemphysem

Aktuelle Übersicht: Patientenratgeber

Psychopneumologie

Stärken und Schwächen:

Wahrnehmung und Neubewertung

Innenteil

25 Jahre Alpha1 Deutschland e.V.

Lungenwetter

Das Wetter ...tut mir wieder mal nicht gut

Dr. Michael Barczok ...beantwortet Ihre Fragen

Tägliches Training

Die motivierende Kartoffel ...oder alles hängt
mit allem zusammen

Sauerstoff

Wie das passende Hilfsmittel ...bei der
Zielerreichung unterstützt

Befragung zur Sauerstofftherapie und Versorgung
aus Patient:innensicht bei chronischen Atem-
wegs- und Lungenerkrankungen

Lungeninformationsdienst

Nanopartikel für inhalierbare Impfstoffe

Neue Einblicke in die Selbstheilung der Lunge

Lungenfibrose

European Pulmonary Fibrosis Federation:
Die Stimme der Patient*innen in Europa

Bewegen statt schonen: Was die aktuelle
Forschung zur Reha bei Lungenfibrose zeigt

Sarkopenie

Frühzeitig erkennen und vorbeugen:
Muskelschwund und Mangelernährung

Patienten direkt

Dr. Beatrice Probst ...beantwortet Ihre Fragen

Ernährung

Ernährungstipps und Rezepte aus der Praxis
(Teil 30) Die wichtigsten Ziele der Ernährungs-
therapie bei COPD

Kontaktadressen

Impressum

Vorschau

Ihr Weg zur nächsten Ausgabe

Atemwege und Lunge *eine* Patienten-Bibliothek

Entscheidend

Nachdem die Diagnose gestellt wurde, gehen die meisten Menschen
bedrückt und grübelnd nach Hause. Was bedeutet die Diagnose für
mich, was für mein Leben?

Hat sich die erste Betroffenheit etwas gelegt, versucht man, Klarheit
in die Diagnose zu bringen und besorgt sich Informationen jeglicher
Art. Ein stetiger Lernprozess beginnt. Ich persönlich halte es für wich-
tig, viele verschiedene Quellen zu nutzen. Neben den Informationen
der Ärzt:innen und Therapeut:innen sind meines Erachtens die Erfah-
rungen von selbst Betroffenen am aufschlussreichsten.



„Nicht heilbar und fortschreitend“, heißt
es zudem immer wieder. Mein entschei-
dendes persönliches Ziel ist daher, alles zu
tun, was ich kann, um akuten Verschlech-
terungen entgegenzuwirken und so das
Voranschreiten zu verlangsamen – um ein
gutes Leben mit der Erkrankung führen zu
können.

Jutta Remy-Bartsch
COPD- und Bronchiektasen-Patientin

Editorial

Wo geht es hin? Ziele für die Patientenreise

Wir brauchen einen Kompass auf unserer Patientenreise. Gute Vorsätze und Ziele sind die Grundlage, um Zeit und Energie für die richtigen Dinge einzusetzen. Ziele wandeln unklare Wünsche in klare Pläne und konkrete Schritte um. Gemeinschaftliches Formulieren, Verhandeln und Vereinbaren von persönlichen Zielen sind die Voraussetzung für das Gelingen.

Unterwegs zum Erreichen des Ziels sollte überprüft werden, ob die Ziele erreicht werden können. Selbstvertrauen und Durchhalten auf der Patientenreise ist angesagt. Die Reise eines Patienten besteht aus Diagnostik, Therapie, Reha, evtl. Palliativmedizin. Wir gehen nicht allein. Es gibt immer Wegbegleiter.

Ziele der Diagnostik

Aus Patientensicht zielt die Diagnostik von Lungenerkrankungen vor allem darauf ab, die Ursache für Atemnot, Husten und Leistungsminderung zu finden, um eine Bezeichnung, eine exakte Diagnose für das Problem zu erhalten. Dazu müssen die eigenen Symptome gut beschrieben und verstanden werden.

Um einem wiedererkennbaren Muster näher zu kommen, werden Laboruntersuchungen, Röntgenuntersuchungen und Lungenfunktionsteste in der Lungenfacharztpraxis oder Lungenfachklinik durchgeführt. Dann wird, sollte ein Verdacht einer Lungengewebserkrankung bestehen, ein ILD (interstitial lung disease board) einberufen. Das ist eine fachübergreifende Ärztekonzferenz (interdisziplinäres Kolloquium) zur exakten Diagnose und Therapieplanung für Patienten mit interstitiellen Lungenerkrankungen. Das Ziel des Gesprächs mit dem Lungenfacharzt ist, das Wissen zu vermitteln, wie die Krankheit weiterverlaufen kann und welche Chancen auf Heilung bestehen.

Ziele der Behandlung

Die Ziele der Behandlung umfassen die Linderung von Beschwerden und nach Möglichkeiten die Wiederherstellung der Gesundheit. Die Behandlung v. a. mit eingreifenden Medikamenten, die Nebenwirkungen haben, kann nicht nur verordnet werden. Das Ziel ist eine bewusste Entscheidung des Patienten zusammen mit dem medizinischen Team und den Angehörigen (shared decision making). Dazu gehört auch, dass Behand-

lungsalternativen, Nebenwirkungen, Komplikationen und ebenso der Behandlungsverzicht auf Augenhöhe erörtert werden.

Chronische Lungenerkrankungen sind oft unheilbar. Belastende Symptome müssen unter Kontrolle gebracht werden. Die Leistungsfähigkeit sollte lange erhalten bleiben. Die körperliche Kraft und Belastbarkeit im Alltag sind wichtig für das seelische Wohlbefinden. Auch wenn eine Krankheit nicht heilbar ist, kann die Verschlechterung durch Medikamente und nicht-medikamentöse Optionen wie Inhalationen und Atemphysiotherapie aufgehalten werden. Das ist für den Erhalt der Selbstständigkeit und der Handlungsfähigkeit im täglichen Leben wichtig.

Ziele der Rehabilitation

Die wichtigsten Ziele einer Rehabilitation sind die Wiederherstellung der Gesundheit, die Teilhabe an Arbeitsleben und Alltag sowie das Erlernen von Strategien zur Krankheitsbewältigung. In der Reha-Klinik werden u. a. physikalische und sportmedizinische Behandlungen angeboten, die Kondition, Muskelkraft und Beweglichkeit verbessern können. Als Ziel kann eine Verbesserung des 6-Minuten-Gehtests am Ende der

Die fünf SMART-Kriterien

SMARTe Kriterien sind eine bewährte Methode zur Zielformulierung. Aus vagen Wünschen können mit diesen Kriterien konkrete, planbare Handlungen werden. Ganz konkret finden Sie hierzu Beispiele auf den Seiten 43 und 59.

S – Spezifisch: Das Ziel muss präzise, eindeutig und klar abgegrenzt sein.

M – Messbar: Es sind klare Angaben nötig, um den Erfolg objektiv zu überprüfen.

A – Attraktiv/Akzeptiert: Das Ziel muss motivieren, sinnvoll sein und von den Beteiligten gewollt werden.

R – Realistisch/Relevant: Es muss mit den vorhandenen Kräften und Ressourcen machbar sein.

T – Terminiert: Es gibt ein klares Enddatum oder eine definierte Deadline.



Ziele einer Patientenreise

- ← Bewusstsein
- ← Diagnose
Symptome verstehen
- ← Behandlung
Therapieplanung
- ← Stillstand
- ← Rehabilitation
- ← Stabilität/Wohlbefinden

Reha genannt werden. Bei Berufstätigen geht es um die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess oder das Finden neuer beruflicher Möglichkeiten. Am Familien- und Gesellschaftsleben soll der Patient trotz Einschränkungen teilnehmen können. Verstehen, wie man mit einer chronischen oder schweren Krankheit zu leben lernt, kann die Krankheitsbewältigung verbessern. Das wird auch durch Beratung zu einem gesunden Lebensstil gefördert: Gesunde Ernährung, mehr Bewegung oder das Aufgeben von ungesunden Gewohnheiten (z. B. Rauchen, körperliche Inaktivität).

Reha-Kliniken formulieren zusammen mit dem Patienten die Reha-Ziele beim Eintritt und überprüfen das Erreichen der Ziele vor der Entlassung. Möglichst alle Angebote sollten während der Reha wahrgenommen werden (Logopädie, Ernährungsberatung, Psychosomatik, Ergotherapie, Sozialberatung).

Ziele der Palliativmedizin

Hauptziele der Palliativmedizin sind die Verbesserung der Lebensqualität und die Linderung von Leiden bei fortgeschrittenen chronischen Erkrankungen. Dazu gehört die Kontrolle von Symptomen, die Wahrung der Patientenautonomie sowie die Begleitung der Angehörigen. Die Palliativmedizin kann zuhause oder in Einrichtungen wie Hospizen erfolgen. Patienten sollten sich frühzeitig mit den palliativen Hilfsangeboten und Ansprechpartnern beschäftigen, auch wenn dies zunächst schwerfällt.

Bei Lungenkranken geht es um die bestmögliche Behandlung von Luftnot, Husten und Erschöpfung, z. B. mit Sauerstoff und niedrigdosiertem Morphin. Das Leben sollte nicht um jeden Preis verlängert werden. Der Fokus liegt auf der Linderung der Beschwerden und dem persönlichen Wohlbefinden. Die ganzheitliche Betreuung schließt die Unterstützung bei Ängsten, Sorgen sowie seelischen und geistigen Bedürfnissen ein. Familien und nahestehende Menschen müssen einbezogen, beraten und entlastet werden. Eigene Wünsche, Werte und der Wille des Patienten stehen im Mittelpunkt.

Wegbegleiter auf der Reise

Bei allen hochgesteckten Zielen auf der Patientenreise sind einige Wegbegleiter von unschätzbarem Wert: Partner, Familie und Freunde sind eine starke emotionale Basis. Selbsthilfegruppen können beraten und informieren. In Gesprächsgruppen treffen sich Patienten persönlich im geschützten Rahmen zum Austausch und zur Unterstützung. Und KI wird das sicher nicht ersetzen.



Ich wünsche Ihnen eine anregende, interessante und hilfreiche Lektüre mit dem Themenschwerpunkt „Ziele“.

Dr. Gottfried Huss, MPH

Vorsitzender Lungenfibrose e.V.

Telefon 0201 – 488990

kontakt@lungenfibrose.de

Den Blick schärfen

...für die Volkskrankheiten der Lunge

Aufmerksamkeit dringend erforderlich

Über 14 Millionen Menschen in Deutschland leben mit chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen.¹ Alleine COPD steht weltweit auf Platz 3 der häufigsten Todesursachen (gemäß WHO).² Betroffen von den Volkskrankheiten der Lunge sind alle Altersklassen, wobei die Zahl der Betroffenen in den letzten Jahren angestiegen ist. 2024 lagen die Fallzahlen für Asthma bei 4,25 %, für COPD bei 6,68 %. Dabei ist die Dunkelziffer mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich höher.³

Trotz ihrer gesundheitspolitischen und bevölkerungsmedizinischen Relevanz zählen diese Erkrankungen zu den vergessenen Volkskrankheiten. Denn politisch finden sie immer noch zu wenig Berücksichtigung. Das ist folgeschwer: Mit einer verbesserten Prävention, Früherkennung und Versorgung ließen sich vor allem schwere Krankheitsverläufe vermeiden und die Belastung für das Gesundheitssystem deutlich reduzieren.

Nationaler Aktionsplan Lunge

Um diesem Widerspruch etwas entgegenzusetzen und die Situation der Patient:innen zu verbessern, setzt sich der Verein Jahrzehnt der Lunge e.V. für die Entwicklung eines nationalen Aktionsplans Lunge ein, der Maßnahmen für eine bessere Prävention, Früherkennung und Versorgung bündelt.

Der Verein ist ein interdisziplinärer Zusammenschluss von Expert:innen aus Medizin, Vertretern von Patient:innen sowie Vertretern der Industrie. Im Jahr 2021 als Initiative ins Leben gerufen, wurde der Verein im April 2025 im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) in Leipzig gegründet. Als gesundheitspolitische Plattform vereint der Verein unterschiedliche Perspektiven und Expertisen, um gemeinsam konkrete Vorschläge für politische Veränderungen im Sinne der Lungengesundheit zum Wohle der Patient:innen zu erarbeiten und anzustoßen.



Lorena Krüger (34) ist Vorsitzende des Patient:innen-Gremiums und Mitglied des Vorstands im Jahrzehnt der Lunge e.V. Im Gespräch erfahren wir mehr über ihre persönlichen Beweggründe sowie die Aktivitäten und die Ziele des Vereins.

Asthma bronchiale begleitet mich fast mein ganzes Leben. Im Alter von etwa fünf Jahren wurde die Diagnose gestellt. Doch erst mit Mitte 20 stellte sich ein schweres Asthma ein, das medikamentös zunächst nicht optimal eingestellt war.

Mittlerweile habe ich das große Glück, zweimal jährlich von meinem niedergelassenen Pneumologen betreut zu werden und zusätzlich in der Thoraxklinik in Heidelberg. Die Thoraxklinik ist eine spezialisierte Lungenfachklinik, die sehr forschungsnah arbeitet. Der Grund für diese zusätzliche Anbindung an die Klinik war meine akute Verschlechterung (Exazerbation) vor drei Jahren. Mein Lungenfacharzt empfahl mir daraufhin eine engmaschigere Betreuung in Zusammenarbeit mit der Thoraxklinik.

Akute Verschlechterung als Wegweiser

Das Erleben der akuten Verschlechterung war wie ein Wegweiser für mich und hat mich sehr zum Nachdenken gebracht. Ich kannte bereits Symptome wie Pfeifen auf der Lunge, nicht richtig frei atmen können, die akute Verschlechterung war jedoch ein extremes Ereignis.

Diese Erfahrung hat mich motiviert, mich noch mehr über Krankheitsschübe zu informieren, gleichzeitig verbunden mit dem Wunsch, mich auch für andere Betroffene in ähnlichen Situationen einzusetzen. Mir war klar geworden, wie wichtig es ist, sich für die Gesundheit einzusetzen – Gesundheit, das Wichtigste, was wir im Leben haben.

Ja, die Exazerbation war eine echte Lebenskrise für mich. Aber ich habe aus dieser Situation auch viel Wissen mitgenommen und letztendlich bin ich gestärkt aus dieser

Erfahrung hervorgegangen. Auch habe ich, in dem Erleben besonders sensibilisiert, die bestehenden Defizite in der Begleitung und in der Kommunikation wahrgenommen. Aufgrund all dieser Erfahrungen hat sich mein persönliches Ziel entwickelt, mich dafür einzusetzen, dass die Versorgung und auch die Forschung künftig patientenzentrierter gestaltet werden. Ich wünsche mir, dass Patient:innen grundsätzlich mehr in den Mittelpunkt gestellt werden und häufiger selbst gehört werden, denn schließlich geht es ja um ihre ganz ureigenen Belange, um ihr Wohlbefinden.

Politisches Agendasetting

Seit einem Jahr bin ich aktives Mitglied im Jahrzehnt der Lunge e.V. und seit März dieses Jahres als Vorsitzende des Patient:innen-Gremiums auch Mitglied des Vorstands.

Durch die verschiedenen Akteure des Vereins können wir unterschiedliche Perspektiven und Sichtweisen zusammenführen, was bei der Entwicklung von Ideen und der Erarbeitung von konkreten Vorschlägen sehr hilfreich ist. Unsere Aktivitäten können als politisches Agendasetting bezeichnet werden.

Früherkennung von Erkrankungen der Lunge

Aktuell sind wir dabei, einen nationalen Aktionsplan zu erarbeiten. Hier setzen wir uns beispielsweise für eine verbesserte Früherkennung ein. Während ich selbst das Glück hatte, dass mein Asthma sehr früh diagnostiziert werden konnte, weiß ich von anderen Betroffenen, dass ihre Erkrankungen oftmals lange Zeit nicht erkannt wurden. Möglicherweise trägt der eigene Gewöhnungseffekt manchmal dazu bei, vorliegende Symptome selbst nicht mehr ausreichend wahrzunehmen. Nicht selten führt erst ein Impuls des persönlichen Umfeldes zu einem Arztbesuch. Wird die Diagnose dann gestellt, hat sich manchmal bereits ein chronischer Schaden entwickelt, der nicht reversibel ist.

Früherkennung ist uns daher ein wichtiges Anliegen – auch um eine frühzeitige Behandlung einzuleiten. Ein zentraler Punkt unserer Forderungen innerhalb des nationalen Aktionsplans ist eine Erweiterung des Check-up 35*. Eine Ergänzung um einen standardisierten Fragebogen zum Thema Lungengesundheit innerhalb des ärztlichen Anamnesegesprächs ist aus unserer Sicht sinnvoll. So könnten Auffälligkeiten, wie zum Beispiel die AHA-Symptomatik (Atemnot, Husten und Auswurf) stärker in den



Fokus gerückt und wahrgenommen werden. Eine aufgrund der Ergebnisse durchgeführte Lungenfunktionsprüfung bietet dann die Möglichkeit, chronische Lungenerkrankungen frühzeitig zu identifizieren.

Untersuchungen der Lunge mittels einer Spirometrie sind in Deutschland flächendeckend möglich. Diese Untersuchung bietet bei durch den Fragebogen ermittelten Risikopatient:innen die Chance, bisher unerkannte Erkrankungen frühzeitig zu diagnostizieren.

Im Hinblick auf das Herz und Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen wir gesellschaftlich betrachtet bereits auf einem deutlich besseren Wissensstand als bei der Lunge. Was ein Herzinfarkt bedeutet, wissen inzwischen viele. Was die typischen Symptome einer Lungenerkrankung sind oder wie sich ein Asthmaanfall anbahnt, wissen viele jedoch nicht.

***Check-up 35** – Alle drei Jahre können alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland ab dem 35. Lebensjahr einen Gesundheits-Check-up in ihrer Hausarztpraxis durchführen lassen. Das Hauptziel des Check-up 35 ist die Früherkennung von Volks- und Zivilisationskrankheiten sowie deren Risikofaktoren, noch bevor Beschwerden auftreten.

Quellen:

¹ https://pneumologie.de/storage/app/media/uploaded-files/20230320_Wei%C3%9Fbuch_Lunge_2023.pdf

² https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/C/Chron_Lungenerkrankungen/Chron_Lungenerkrankungen_node.html
[https://who.int/int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://who.int/int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

³ Gesundheitsatlas Deutschland
<https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/erkrankung/copd?activeValueType=prevalenceStd&activeLayerType=state>
<https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/erkrankung/asthma?activeValueType=prevalence&activeLayerType=state>



Für einen nationalen Aktionsplan Lunge

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor enormen Herausforderungen. Es ist zwar umfangreich, aber auch eines der teuersten in Europa. Gleichzeitig sind der Gesundheitszustand der Bevölkerung wie auch die Versorgungsqualität im internationalen Vergleich durchschnittlich. Der demografische Wandel und die mit ihm verbundenen steigenden Kosten setzen das Gesundheitssystem zusätzlich unter Druck.

Mehr als 14 Millionen Menschen in Deutschland leiden an Asthma oder COPD. Indem wir diese oft vernachlässigten Volkskrankheiten der Lunge stärker in den Fokus rücken, können wir die Lebensqualität der Betroffenen spürbar verbessern. Gleichzeitig sinken dadurch die Krankheitslast und die Kosten für das Gesundheitssystem.

Der Verein Jahrzehnt der Lunge e.V. setzt sich für die Schaffung eines nationalen Aktionsplans Lunge ein, der Maßnahmen aus den Bereichen der Prävention, Früherkennung und Versorgung bündelt. Für eine starke und resiliente Gesundheitsversorgung in Deutschland gilt es, alle Stimmen und insbesondere jene der Patient:innen in die Entwicklung eines nationalen Aktionsplans Lunge systematisch einzubinden.

Kernforderungen

Prävention durch Tabakkontrolle und Impfschutz

Ein wirksamer Dreiklang aus Tabakprävention, Rauchentwöhnung und Nichtrauchererschutz kann erhebliche gesundheitliche Verbesserungen bei Lungen- und Bronchialkrankheiten, aber auch bei vielen Herz-Kreislauf- und kardiovaskulären Erkrankungen bewirken. Ebenso sollten gezielte Impf- und Aufklärungskampagnen sowie niedrigschwellige Impfangebote umgesetzt und gefördert werden.

Früherkennung und strukturierte Versorgung

Der „Check-up 35“ sollte um einen „Early-Case-Fragebogen“ zur Lungengesundheit ergänzt werden, wobei ab 50 zusätzlich die Voraussetzungen für das Lungenkrebs-Screening geprüft werden sollten. Denkbar wäre dazu die Einführung eines systematischen „Lungen-Check-up 50“. Auch seltene Erkrankungen wie Alpha-1-Antitrypsin-Mangel sollten als mögliche genetische Faktoren für Lungenerkrankungen berücksichtigt werden. Das Lungenkrebs-Screening für Raucher:innen zwischen 50 und 75 Jahren sollte auch genutzt werden,

um Anzeichen weiterer Erkrankungen wie COPD zu identifizieren.

Digitalisierung

Telemedizinische Anwendungen wie Videosprechstunden, Telemonitoring und Telepharmazie sollten bei nachgewiesener Wirksamkeit schnell für Patient:innen zur Verfügung stehen. Künstliche Intelligenz in der Diagnostik sollte – durch klare Vergütungsmodelle – gezielt gefördert werden, um Versorgungslücken zu schließen und die Qualität der Versorgung zu steigern.

„KI bietet ein enormes Potenzial, um die Diagnostik und die Versorgungssituation der Patient:innen mit chronischen Lungenerkrankungen zu verbessern – davon bin ich nicht nur überzeugt, sondern dies dokumentieren auch erste wissenschaftliche Untersuchungen.“

Professor Dr. Claus F. Vogelmeier, Marburg, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats im Jahrzehnt der Lunge e.V.

Auszug Politischer Kompass des Jahrzehnts der Lunge e.V., siehe www.jahrzehntderlunge.de.

Kontakt

Jahrzehnt der Lunge e.V.

c/o APCO Worldwide
JFK Haus – Rahel-Hirsch-Straße 10
10557 Berlin
jdl@apcoworldwide.com
www.jahrzehntderlunge.de



Mitglieder des Vorstands

- Prof. Dr. Klaus Rabe, Kiel (Vorstandsvorsitzender Jahrzehnt der Lunge e.V.)
- Dr. Iris Koper, Oldenburg
- Prof. Dr. Frederik Trinkmann, Heidelberg
- Lorena Krüger (Vorsitzende des Patient:innen-Gremiums)

Patient:innengremium

- Hans-Jürgen Bode
- Lena Gleichauf
- Frank Hennemann (Vorstandsvorsitzender Bronchietaschen e.V.)
- Lorena Krüger (Vorsitzende des Patient:innen-Gremiums)
- Marion Wilkens (Vorstandsvorsitzende Alpha1 Deutschland e.V.)

Wenn sich Symptome schlagartig verschlechtern

Was sind Exazerbationen bei COPD?

Exazerbationen – ein schwieriges Wort! Doch um die COPD zu verstehen, kommt es entscheidend darauf an zu verstehen, was Exazerbationen sind und warum diese verhindert werden müssen. Bei einer COPD sind die Bronchien dauerhaft entzündet und verengt.

Gemeint ist mit dem Begriff „Exazerbation“ eine plötzliche Verschlimmerung – ein Krankheits-Schub. Das heißt konkret: Der Husten und die Atemnot sind deutlich stärker, es bildet sich mehr Schleim und zusätzlich treten meist allgemeine Krankheitszeichen wie Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Fieber auf. Eine Exazerbation kann sich beispielsweise wie eine starke Erkältung anfühlen.

„Ich hatte oft Verschlechterungen aus dem Nichts heraus – einfach noch weniger Belastbarkeit und noch weniger Luft. Man muss lernen, seine Beschwerden sehr klar zu benennen.“

Petra Preuss, Augsburg

Was ist das Problem an einem akuten Krankheits-Schub?

Nun könnte man meinen: Bei allen chronischen Erkrankungen geht es mal besser, mal schlechter. Das ist bei der COPD leider etwas komplizierter: Denn Exazerbationen sind mehr als nur vorübergehende schlechte Phasen. Im Gegensatz zu einer Erkältung kommt es auch nach dem Abklingen der akuten Beschwerden nicht mehr zu einer vollständigen Erholung.

Man kann sich das vorstellen wie eine Spirale, die sich nach unten dreht: Jede Exazerbation kann dafür sorgen, dass die COPD ein Stückchen schwerer wird. Exazerbationen üben einen besonders negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf einer COPD aus und können assoziiert sein mit einer Verschlechterung der Lebensqualität, einem Verlust an Lungenfunktion, dem Risiko erneuter Exazerbationen und einer erhöhten Mortalität assoziiert.¹

5 Alarmzeichen einer Exazerbation

Mit diesem 5-Punkte-Fragebogen² kann Ihre Ärztin oder Ihr Arzt erkennen, wie wahrscheinlich Sie in letzter Zeit eine akute Verschlechterung hatten.

1. Haben sich die Symptome Ihrer COPD-Erkrankung inzwischen deutlich verschlechtert? ☐
2. Haben Sie zwischenzeitlich wegen akuter Verschlechterung Ihrer COPD außerplanmäßig einen Arzt bzw. eine Ärztin benötigt? ☐
3. Hatten Sie wegen Ihrer COPD seit Ihrem letzten Besuch in der Praxis einen stationären Krankenhausaufenthalt? ☐
4. Haben Sie ein inhalatives Medikament häufiger einsetzen oder Ihr Bedarfsmedikament öfter anwenden müssen? ☐
5. Haben Sie zusätzliche Medikamente zum Einnehmen wegen Ihrer COPD benötigt? ☐

Vorbereitung
für das
Arztgespräch

Warten Sie nicht! Falls Sie eine Exazerbation hatten oder vermuten, eine gehabt zu haben, sollten Sie so bald wie möglich Ihre Lungenfachärztin, Ihren Lungenfacharzt aufsuchen, um abklären zu lassen ob Ihre Medikamente angepasst werden müssen.

Eine Initiative der

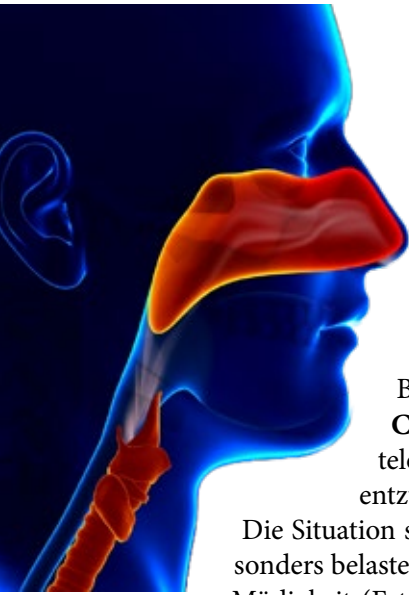
COPD.de **AstraZeneca**

¹ S2k-Leitlinie Fachärztliche Diagnostik und Therapie der COPD 2026, www.awmf.org

² Hering T et al. Pneumologie.2016;70:98-102

Hier finden Sie weitere Informationen und Materialien, die Sie beim Umgang mit COPD unterstützen!





Systemische Beeinträchtigungen

...und eine beharrliche Suche

Auswirkungen, die den ganzen Körper betreffen

Bereits in der Kindheit traten bei **Christian (35)** immer wieder Mittelohrentzündungen, Nebenhöhlenentzündungen und Erkältungen auf.

Die Situation setzte sich in der Jugend fort. Besonders belastend war die ständige, erdrückende Müdigkeit (Fatigue-Syndrom), was die Teilhabe an allen Aktivitäten in der Schulzeit stark beeinträchtigte. „Egal, was ich gemacht habe, egal wieviel ich geschlafen habe, die Müdigkeit war immer da.“ Die stetig wiederkehrenden Erkältungen nahmen kein Ende. Erkältungen, die zudem häufig eskalierten, da das geschwächte Immunsystem zusätzlich eine bakterielle Infektion ermöglichte. Eine Therapie mit Antibiotika war meist unvermeidlich. Auch Nasenpolypen stellten sich ein.

Die Zeit des Studiums und eine damit zusammenhängende Kursstruktur, bot erstmals die Möglichkeit einer relativ freien Einteilung des Tagesablaufs, mit Rücksichtnahme auf das persönliche Befinden – eine deutliche Erleichterung.

„Im Jahr 2022 wurde aufgrund der starken Wucherungen eine operative Entfernung der Polypen erforderlich.“ Doch bereits nach einem halben Jahr waren die Polypen wieder da. „Zusätzlich war mein Körper mit einem ungewöhnlich langen Heilungsprozess von etwa einem Jahr nach der Operation beschäftigt. Die Operation war also keine Lösung für mich.“

Wundheilungsprozesse, egal an welcher Stelle des Körpers, dauerten grundsätzlich länger als bei anderen und entzündeten sich schnell. Mehrfach führten bereits kleine Wunden zu einer Lymphangitis, einer Entzündung der Lymphbahnen, hervorgerufen durch eine bakterielle Infektion. Die symptomatischen Einschränkungen der Erkrankung und die Auswirkungen auf den gesamten Lebensalltag hatten ein gravierendes Ausmaß.

Der Weg zur endgültigen Diagnose und Therapie

Bereits als Kleinkind gehörten die Besuche des Haus- und HNO-Arztes zum Alltag dazu. Da auch immer wieder Mittelohrentzündungen auftraten, wurde schon

früh das Einsetzen eines Röhrchens erforderlich. Blutbilder dokumentierten eine Schwächung des Immunsystems. Immunologen, Pneumologen und weitere Fachärzte wurden hinzugezogen. „Ich war immer auf der Suche nach Lösungen, einer eindeutigen Diagnose, doch keine Behandlung verbesserte meine Situation nachhaltig.“

Eine Umstellung auf eine antientzündliche Ernährung war noch der größte Hebel. Dadurch konnte die Müdigkeit zwar nicht verbessert, doch das Immunsystem unterstützt werden, sodass Erkältungen ohne ergänzende bakterielle Infektion und somit ohne Antibiotikatherapie möglich wurden.

„Die Entwicklung von Biologika verfolgte ich seit geraumer Zeit und sprach meinen HNO-Arzt darauf an. Zu diesem Zeitpunkt waren drei Polypen-Operationen Voraussetzung für deren Einsatz und Langzeitwirkungen noch unbekannt. Nach einer Weile erfuhr ich von einer Doppelblindstudie mit einem neuen, noch nicht zugelassenen Biologikum. Ich rief kurzentschlossen in einer Klinik in Dresden an, die an der Studie beteiligt war, und wurde an die Universitätsklinik in Lübeck verwiesen. Die Kontaktaufnahme dort war völlig unproblematisch und ich wurde sofort zu einem Erstgespräch mit Untersuchung für eine mögliche Studienteilnahme nach Lübeck eingeladen.“ Die ausführliche Eingangsuntersuchung ergab als Diagnose eine chronische Nasennebenhöhlenentzündung im Stadium 3 (höchstes Stadium).

„Endlich, ich hatte eine klare, eindeutige Diagnose, das systemische Ausmaß wurde verständlicher. Rasch erfolgte die Aufnahme in die Studie. Per Zufall erhielt ich nicht das Placebo-Präparat, sondern tatsächlich das Biologikum. Dessen Effekt war unglaublich, tiefgreifend und hielt über die gesamte Studienzeit an. Meine Polypen schrumpften, meine Leistungsfähigkeit, mein Energielevel, absolut alles verbesserte sich. Während ich mich früher durch jeden Tag quälen musste, bin ich heute erstmals wirklich leistungsfähig.“

Einzig die Nachbeobachtung ohne Medikament nach Abschluss der Studie war nicht einfach. „Es war schlimm, in den alten Zustand zurückzukehren. Dieser kam schleichend, über zwei Monate, aber mit Gewalt



Eine **chronische Nasennebenhöhlenentzündung** (chronische Rhinosinusitis, CRS) bleibt oft nicht auf den Kopfraum beschränkt, sondern kann eine systemische Entzündungsreaktion im gesamten Körper auslösen. Da die Schleimhäute der Atemwege eng mit dem Immunsystem verknüpft sind, zirkulieren entzündliche Botenstoffe (wie Zytokine) über die Blutbahn und belasten den Organismus chronisch.

Die **oberen und unteren Atemwege bilden eine funktionelle Einheit**. Eine chronische Entzündung der Nase triggert daher über das Immunsystem oft auch Entzündungen in den Bronchien (z. B. Asthma). Der Körper befindet sich in einer dauerhaften Abwehrhaltung, was Ressourcen verbraucht und die Barrierefunktion der Schleimhäute schwächt.

Die Stadieneinteilung einer chronischen Rhinosinusitis erfolgt primär nach Schweregraden, d.h. nach der Symptomlast. Eine Entzündung gilt offiziell als chronisch, wenn die Symptome länger als 12 Wochen am Stück bestehen. Bestehen trotz adäquater medikamentöser Therapie erhebliche Symptome und Einschränkungen der Lebensqualität, besteht bei einer CRS die Indikation für eine Operation oder für den Einsatz von Biologika.

Biologika sind biotechnologisch hergestellte Medikamente, komplexe Eiweißmoleküle (Proteine oder Antikörper), die körpereigenen Substanzen ähneln. Sie greifen sehr gezielt in körpereigene Prozesse ein, z. B. in ein überaktives Immunsystem.

Quellen:

EPOS 2020 – New Classification and Rhinosinusitis Treatment Guidelines, Livije Kalogjera, <https://hrcak.srce.hr/234511>; PMC PubMed Central, Querschnittstudie Chronisch Rhinosinusitis mit nasaler Polypose, e Di Girolamo St. Dez 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12731759/>

und gleichsam einprägsam. Inzwischen ist mir unerklärlich, wie ich diese belastenden Jahre überhaupt überstehen konnte.“

Die Studie ist inzwischen abgeschlossen, Christian hatte das Glück, weiterhin auf die Studienmedikation eingestellt zu werden. Die positiven Effekte halten weiterhin an.

Beatmung mit COPD-Modus

(ähnlich der sog. Lippenbremse)

- **prisma VENT 30/40/50/50-C/ LUISA** von Löwenstein Medical

- **OXYvent Cube 30 ATV**

- Target Volumen
- Target Minuten Volumen und Triggersperrzeit einstellbar

**Made in Germany
Angebotspreis*
3.450,00 €**

- **Astral ISO**
mit Modus iVAPS von Resmed



Infos über NIV Beatmung bei COPD auf unserer Website www.oxycore-gmbh.de:
Beatmung mit speziellen COPD Modi

Sauerstoffversorgung

- Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

**Aktion MQ50 inkl. GRATIS
Fingerpulsoxymeter OXY310**
615,00 € *

- **Zen-O**, mit 2 l/min Dauerflow

- **SimplyGo Mini**, ab 2,3 kg

- **Inogen Rove 4**, ab 1,4 kg

- **Inogen Rove 6**, ab 2,15 kg

- **Freestyle Comfort**

- **Eclipse 5**, mit 3 l/min Dauerflow

**Inogen Rove 4
ab 1.995,00 € ***

Schlafapnoe

- **Löwenstein prisma SMART max inkl. CPAP-Nasalmaske CARA**

Mit modernem Datenmanagement per prisma APP oder prisma CLOUD

ab 639,90 € *

- **ResMed AirSense II AutoSet**

- **Sefam NÈA Auto+APAP**

Sehr leiser Betrieb • Ohne Schaumstoff

NEU

- **Masken in großer Auswahl**



Bundesweiter Service:

- Schnelle Patientenversorgung
 - **24h technischer Notdienst**
- im Shop zubuchbar



Fingerpulsoxymeter OXY 310 29,95 €

*solange Vorrat reicht

OXYCARE GmbH Medical Group

Fon 0421-48 996-6 • Fax 0421-48 996-99

E-Mail kundendienst@oxycore.eu • Shop www.oxycore.eu





Die eigene Einstellung macht den Unterschied

Persönliche Erfahrungen nach der Erstdiagnose

„Rauch‘ nicht so viel!“, mahnte mich mein Chef jedes Mal, wenn er an meinem Arbeitsplatz vorbeikam und mich wieder einmal husten hörte. Leider war das damals keine Seltenheit. Das „Ja, Boss!“ kam dann auch meist nur halbherzig über meine Lippen, denn obwohl ich insgeheim wusste, dass ich das Rauchen eigentlich ganz aufgeben müsste, war ich noch nicht bereit, mich ernsthaft mit diesem Gedanken auseinanderzusetzen. Stattdessen beruhigte ich mein Gewissen mit der Vorstellung, ein paar Zigaretten weniger am Tag würden den lästigen Raucherhusten schon wieder verschwinden lassen.

Obwohl ich den Zigarettenkonsum etwas einschränkte, blieb der Husten und in den folgenden Jahren trat bei Belastung auch immer häufiger Atemnot auf. Mein Hausarzt riet mir – wenig überraschend – endlich mit dem Rauchen aufzuhören und empfahl mir eine fachärztliche Abklärung. Der Lungenfacharzt stellte schließlich die Diagnose „chronisch obstruktive Bronchitis“ und verschrieb mir entsprechende Medikamente. Leider klärte er mich nicht auf, welche Bedeutung diese Diagnose für mein weiteres Leben haben würde und welche Möglichkeiten es gibt, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. In seinem Wartezimmer hing zwar ein vergilbter Aushang mit der Telefonnummer einer Lungsportgruppe; als sich dort jedoch niemand meldete, verfolgte ich die Sache nicht weiter und verlor sie bald wieder aus den Augen.

Keine Zeit verlieren für die eigene Gesundheit

Heute weiß ich, dass ich der Diagnose nicht genügend Bedeutung beigemessen und dadurch wertvolle Zeit verloren habe – Zeit, in der ich bereits viel für meine Gesundheit und Lebensqualität hätte tun können.

„Sie haben COPD, verursacht durch das Rauchen. Diese Lungenerkrankung ist fortschreitend und leider nicht heilbar“ erklärte mir ein anderer Pneumologe, den ich einige Jahre später aufsuchte, weil sich mein Gesundheitszustand trotz der verordneten Medikamente zunehmend verschlechtert hatte. Was ich bis dahin für eine nicht allzu schwerwiegende Bronchitis gehalten hatte, bekam plötzlich eine ganz andere Dimension: Es

handelte sich jetzt um eine nicht heilbare Krankheit. Das traf mich hart. Schließlich hatte ich das Rauchen bereits Jahre zuvor aufgegeben. Vor allem die Worte „nicht heilbar“ setzten mir zu, sie beschäftigten mich so sehr, dass ich bei diesem Arztbesuch kaum noch Fragen stellen konnte und ich verließ die Praxis mit einer Diagnose, die mir Angst machte. An weiterführende Erklärungen oder hilfreiche Informationen kann ich mich allerdings auch bei diesem Arzt nicht erinnern.

Klarheit und Orientierung finden

Zu Hause versuchten meine Frau und ich, im Internet mehr über die Krankheit COPD zu erfahren. Doch anstatt Klarheit zu gewinnen, gerieten wir in einen Dschungel aus Informationen, die sich teilweise sogar widersprachen und uns zunehmend verunsicherten. Manche Berichte zeichneten ein derart düsteres Bild der Erkrankung, dass wir irgendwann darüber nachdachten, wie viel Zeit mir wohl noch bleiben würde. Mit jedem neuen Artikel, den wir fanden, wuchsen unsere Sorgen und kamen neue Fragen hinzu. Viele davon gingen weit über das hinaus, was ein Lungenfacharzt im Rahmen eines normalen Praxisbesuchs beantworten kann.

Mit der Zeit wurde uns immer bewusster, wie wichtig der Austausch mit Menschen ist, die die Herausforderungen des Alltags mit COPD aus eigener Erfahrung kennen. Deshalb gründete ich schließlich gemeinsam mit meiner Frau eine Selbsthilfegruppe für COPD-Betroffene und deren Angehörige – denn eine chronische Erkrankung betrifft nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch die Menschen, die ihnen nahestehen.

Experte der eigenen Erkrankung

Wie wirkungsvoll ein früher Beginn sein kann, zeigt das Beispiel eines unserer Gruppenmitglieder: Obwohl seine COPD damals erst dem GOLD-Stadium 1 zugeordnet war, kam er völlig verzweifelt zu uns und war überzeugt, bereits „mit einem Fuß im Grab zu stehen“. Fundierte Informationen und der Austausch in der Gruppe halfen ihm, seine Erkrankung besser zu verstehen, sie anzunehmen und seinen Gesundheitszustand über viele Jahre hinweg stabil zu halten.

Die Mitglieder unserer Selbsthilfegruppe befinden sich in sehr unterschiedlichen Lebens- und Krankheitssituationen. Gemeinsam verfügen sie über einen enormen Erfahrungsschatz und haben sich im Laufe der Jahre zu Experten in eigener Sache entwickelt. Die Vielfalt ihrer Erfahrungen macht den Austausch in der Gruppe besonders wertvoll.

Wie hilfreich dieses „Schwarmwissen“ sein kann, habe ich selbst erlebt, als ich plötzlich sauerstoffpflichtig wurde. Von einem Tag auf den anderen veränderte sich mein Alltag spürbar. Der Austausch mit anderen Gruppenmitgliedern half mir, besser mit den neuen Herausforderungen umzugehen. Vor allem aber tat es gut zu wissen, dass ich mit meinen Sorgen und Ängsten nicht allein war.

Rückblickend habe ich vor allem eines gelernt: Auch wenn die Diagnose einen im ersten Moment überwältigt und man der Verzweiflung nahe ist – die eigene Einstellung macht den Unterschied. Es ist nicht entscheidend, ob das Glas halb leer oder halb voll ist. Wichtig ist nur,



dass überhaupt noch etwas darin ist – und dass man das Beste aus den verbleibenden Möglichkeiten macht.

Jochen Rhinow und Ehefrau Patricia Zündorf

COPD Selbsthilfegruppe Bonn

www.copd-bonn.de

Auszug aus der Broschüre „Mit COPD leben ...ein Fahrplan“

Ankündigung Neuerscheinung Mit COPD leben ...ein „Fahrplan“

Die meisten Patienten werden von der Diagnose COPD überrascht. Die vorliegenden Symptome werden häufig nicht mit einer Lungenerkrankung in Verbindung gebracht. Die Komplexität der Erkrankung wiederum ermöglicht es einer Ärztin, einem Arzt kaum, alle notwendigen Informationen auf einmal in der wenigen zur Verfügung stehenden Zeit zu vermitteln. Auf jeden Fall ist im ersten Schritt die Einleitung vielfältiger therapeutischer Maßnahmen notwendig. Es gilt daher nun, die



Erkrankung möglichst mit großer Ruhe und so gut es geht kennenzulernen und sich mit den vorhandenen Behandlungsoptionen insgesamt vertraut zu machen. Informationen können helfen, Ängste und Ungewissheiten zu reduzieren.

Gut zu wissen: Sie selbst können sehr viel dazu beitragen, weiterhin eine hohe Lebensqualität zu behalten, trotz COPD.

Als Ergänzung zu Ihrem Gespräch mit Ihrer Ärztin, Ihrem Arzt sowie Ihren Therapeuten und Therapeutinnen möchte diese Broschüre eine Unterstützung zur Orientierung anbieten.

Inhalte der Broschüre

- Aufbau und Funktion der Lunge
- Was ist COPD/Lungenemphysem?
- Welche Symptome können auftreten?
- Welche Risikofaktoren begünstigen die Entstehung?
- Wie erhalte ich eine Diagnose?
- Welche Elemente gehören zu einer guten Versorgung?
- Welche ersten Schritte sind nach der Erstdiagnose empfehlenswert?
- Maßnahmen zur Linderung der Luftnot
- Atemübungen/Physiotherapie und Lungensport
- Tipps zur Ernährung
- Medikamentöse Therapie
- Impfprophylaxe und Infektprevention
- Atemtherapiegeräte und Inhalationshilfen
- Sauerstoff/Langzeit-Sauerstoffversorgung
- Therapieoptionen bei fortgeschrittener COPD
- Selbsthilfe
- Nützliche Adressen

Hinweis: Die Broschüre wird ab **Oktober** als Printversion erhältlich sein und ebenso online als Download – siehe www.AtemwegeundLunge.de. Der Winterausgabe der Atemwege und Lunge wird die Broschüre dem Paketversand beigelegt.

Kampagne des BSL e.V.

Anspruch auf Lungenkrebs-Screening?

Jährlich erkranken etwa 58.000 Menschen in Deutschland an Lungenkrebs. In den meisten Fällen wird die Diagnose erst in fortgeschrittenen Stadien gestellt. Dann ist der Lungenkrebs sehr häufig nicht mehr heilbar. Deswegen ist Lungenkrebs die häufigste krebserkrankungsbedingte Todesursache in Deutschland. Nicht nur die verbesserte Diagnostik und Therapie, sondern vor allem durch Früherkennung soll die Sterblichkeit an Lungenkrebs gesenkt werden. Die wirksamste Maßnahme ist allerdings, mit dem Rauchen aufzuhören bzw. gar nicht erst damit anzufangen.

Von Lungenkrebs Betroffene im Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs wissen, was es heißt, an Lungenkrebs zu erkranken – und wie wichtig es ist, ihn so früh wie möglich zu erkennen. Ein frühzeitiges Screening kann die Behandlungschancen deutlich verbessern. Doch viele Menschen wissen nicht, dass sie Anspruch auf ein Lungenkrebs-Screening haben.

BSL e.V.

Der Bundesverband Lungenkrebs Selbsthilfe e.V. (BSL) vertritt bundesweit die Interessen von Menschen mit Lungenkrebs und deren Angehörige. Aus eigener Erfahrung wissen die Mitglieder, wie sehr eine Lungenkrebsdiagnose das Leben verändert. Betroffene und Angehörige stehen oft vor medizinischen, sozialen und persönlichen Herausforderungen. Mit seinen Aktivitäten unterstützt der Verband dabei, verlässliche Informationen zu finden, ermöglicht den Austausch mit anderen, um gut informiert, eigene Entscheidungen treffen zu können.

Die Wurzeln des BSL liegen in der Selbsthilfe vor Ort. Anfang des Jahres 2000 entstanden in Berlin und Hamburg die ersten Gruppen speziell für Menschen mit Lungenkrebs. Aus diesen Initiativen entwickelte sich ein bundesweites Netzwerk. 2013 wurde bei einem Bundestreffen in Bochum der Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V. gegründet. Bis heute wird der Verband ehrenamtlich getragen und von Förderern aus dem Gesundheits- und Sozialwesen unterstützt.

Der BSL unterstützt bestehende Selbsthilfegruppen und fördert die Gründung neuer Gruppen in ganz Deutschland. Neben regionalen Gruppen werden On-



line-Selbsthilfegruppen angeboten. Diese richten sich an alle, die unabhängig vom Wohnort Austausch und Unterstützung suchen. Die Treffen finden jeden zweiten Montag im Monat von 16.00-17.30 Uhr statt. Die Teilnahme ist kostenlos.

DU BIST AM ZUG!

Der Bundesverband Lungenkrebs Selbsthilfe e.V. (BSL) möchte mit seiner Kampagne DU BIST AM ZUG! auf die Möglichkeit des Lungenkrebs-Screenings und der Früherkennung aufmerksam machen. Viele Menschen wissen nicht, dass sie Anspruch auf ein Screening haben.

Die Kampagne greift bewusst eine vertraute Redewendung auf – und gibt ihr eine neue Bedeutung. Denn es

Hinweis: In der nächsten Ausgabe der Atemwege und Lunge, die am 30. November erscheint, erfahren Sie mehr darüber, wie das Screening abläuft, wo die Untersuchung durchgeführt wird und was danach passiert.

DU BIST AM ZUG!

geht darum, selbst aktiv zu werden und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Die Untersuchung kann helfen, Lungenkrebs früh zu erkennen – oft bevor Beschwerden auftreten.

Ein Anspruch kann bestehen, wenn Sie zwischen 50 und 75 Jahre alt sind und über viele Jahre geraucht haben. Entscheidend sind Dauer und Menge des Rauchens.

Mehr zur Kampagne, zum Screening und ob Sie Anspruch auf diese Untersuchung haben, erfahren Sie auf www.dubistamzug-screening.com
Prüfen Sie Ihren Anspruch!

Kontakt

Bundesverband Selbsthilfe

Lungenkrebs e.V. (BSL)

c/o Michael Ehmann

Hintergasse 1, 69493 Hirschberg

www.bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de

ehmann@bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de



Ärzt:innen als Lotsen Qualifizierte Erstberatung



„Noch immer wird Lungenkrebs bei viel zu vielen Patienten erst in einem weit fortgeschrittenen Stadium erkannt. Das Screening kann das ändern“, so **Professor Dr. Torsten Bauer**, Chefarzt der Klinik für Pneumologie am Helios Klinikum Emil von Behring in Berlin, der sich als ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und

Beatmungsmedizin e.V. (DGP) fast ein Jahrzehnt für die Einführung des Lungenkrebs-Screenings in Deutschland eingesetzt hat.

Seit dem 01. April 2026 ist das Lungenkrebs-Screening eine neue Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte die Untersuchung per Niedrigdosis-Computertomografie (LDCT) als reguläre Vorsorge eingeführt.

Wie hoch das Potenzial des Screenings ist, zeigen große internationale Studien: Die Früherkennung mit einer Niedrigdosis-Computertomografie kann die Lungenkrebssterblichkeit in der Risikogruppe um rund 20 Prozent senken. Seine Wirkung entfalten kann das Angebot jedoch nur, wenn die Anspruchsberechtigten davon erfahren und tatsächlich teilnehmen.

Wer für das Screening infrage kommt

Anspruch haben aktive und ehemalige Raucher zwischen 50 und 75 Jahren, die mindestens 25 Jahre geraucht und

dabei mindestens 15 Packungsjahre erreicht haben. Ein Rauchstopp darf höchstens zehn Jahre zurückliegen.

„Das Screening ersetzt natürlich nicht den Rauchstopp“, betont Professor Dr. Torsten Bauer. „Mit dem Rauchen aufzuhören, ist weiterhin die wirksamste Maßnahme gegen Lungenkrebs.“ Die Ansprache der Patientinnen und Patienten in der Praxis eröffnet zugleich die Gelegenheit, über eine Tabakentwöhnung zu sprechen und konkrete Unterstützung anzubieten.“

Erstberatungsgespräch Screening

Das Infoportal der DGP zur Lungenkrebs-Früherkennung bündelt die Einschlusskriterien, bietet einen Rechner für Packungsjahre und hilft bei der Suche nach qualifizierten Erstberatungsstellen.

Über die Internetseite der DGP

<https://pneumologie.de/lungenkrebs/screening/teilnehmende>

gelangen Sie zur Arztsuche der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Nach Eingabe Ihrer Postleitzahl können Sie auf der Webseite der KBV eine Liste von Ärztinnen und Ärzten in Ihrer Umgebung einsehen, die eine Erstberatung zum Lungenkrebs-Screening anbieten.

Im Erstgespräch klärt die Ärztin oder der Arzt über mögliche Vorteile und auch Risiken auf.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP), www.pneumologie.de, Presseinformation 30.07.2026

Atmung

Nicht alles, was mit Atmung zu tun hat, ist automatisch Lunge

Atmen ist Teamarbeit

Wer an Atmung denkt, denkt meist zuerst an die Lunge. Das ist verständlich – schließlich findet dort der lebenswichtige Vorgang „Gasaustausch“ statt. Und wir sprechen umgangssprachlich häufig von „Lungenerkrankungen“. Doch unsere Atmung hat noch einen zweiten wichtigen Partner, der oft weniger bekannt ist: die Atempumpe.

Beide arbeiten bei jedem Atemzug eng zusammen. Die Lunge sorgt dafür, dass Sauerstoff ins Blut gelangt und Kohlendioxid wieder ausgeatmet wird. Unsere Atempumpe bewegt die Luft in die Lunge hinein. Dieses Wissen ist hilfreich. Denn wer versteht, wie die Aufgaben im Team verteilt sind, kann Therapie und Training besser einordnen und die eigene Atmung gezielter unterstützen.

Die Lunge – unser Atemorgan

Die Lunge ist unser Atemorgan. Beim Einatmen gelangt Sauerstoff über die Atemwege bis in die Lungenbläschen (Alveolen). Dort wird Sauerstoff ins Blut aufgenommen. Gleichzeitig wird Kohlendioxid – ein Stoffwechselprodukt unseres Körpers – aus dem Blut an die Ausatemluft abgegeben. Dieser Vorgang wird als Gasaustausch bezeichnet.

Damit dieser Austausch möglichst gut funktioniert, müssen die Atemwege ausreichend offen sein. Bei chronischen Atemwegserkrankungen kann genau das eingeschränkt sein. Entzündungen, Schleimhautschwellungen, vermehrte Sekretbildung oder eine Verengung der Atemwege können dazu führen, dass Luft nicht mehr so frei strömen kann, wie es eigentlich vorgesehen ist.

Atemtherapeutische Maßnahmen zielen deshalb häufig darauf ab,

- die Atemwege zu unterstützen,
- Sekret zu mobilisieren,
- die Belüftung der Lunge zu verbessern,
- die Atmung zu erleichtern.

Hier wird deutlich, Atemtherapie richtet sich häufig direkt an unser Atemorgan: die Lunge.

Die Atempumpe – der Motor der Atmung

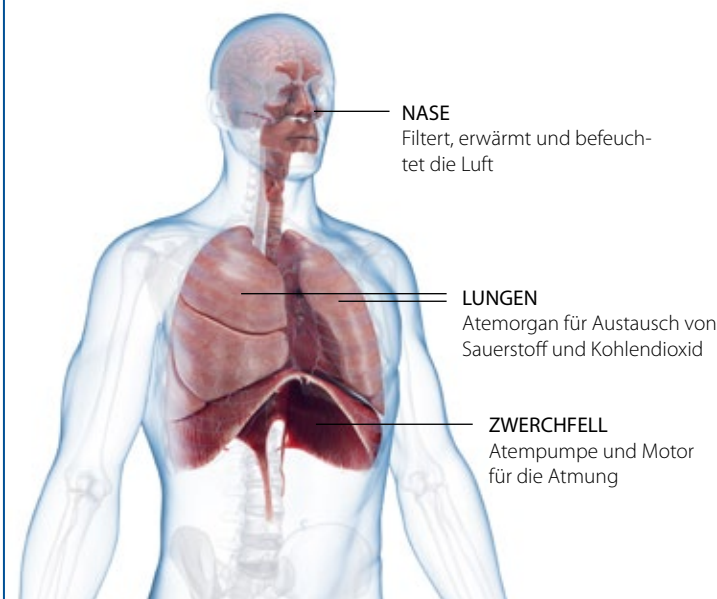
Die Lunge kann ihre Aufgabe nicht erfüllen, wenn keine Luft hinein- und hinausbewegt wird. Dafür braucht es die Atemmuskulatur: das Zwerchfell und die Atemhilfsmuskulatur. Wichtigster Spieler ist das Zwerchfell. Es ist unser wichtigster Atemmuskel und damit der Hauptmotor der Atmung.

Zieht sich das Zwerchfell zusammen, bewegt es sich nach unten. Dadurch entsteht in der Lunge ein Unterdruck, die Luft strömt ein. Entspannt sich das Zwerchfell wieder, wird die Luft ausgeatmet. Zusammen mit der Atemhilfsmuskulatur sorgt es dafür, dass sich bei jedem Atemzug Luft bewegen kann. Dieses Zusammenspiel nennen wir Atempumpe – den Motor unserer Atmung. Bei körperlicher Belastung oder Atemnot springen zusätzliche Atemmuskeln ein. Viele kennen das: Wer außer Atem ist, stützt sich auf die Oberschenkel oder auf eine Tischkante. In dieser Haltung können die Atemhilfsmuskeln besser arbeiten und eine leichtere Atmung unterstützen.

Eine wichtige Eigenschaft der Atempumpe ist: Sie besteht größtenteils aus Muskeln. Und Muskeln können trainiert werden.

Team Atmung:

Atempumpe (Zwerchfell), Atemorgan (Lungen) und die Nase



Atemtherapie und Atemtraining – wo liegt der Unterschied?

Im Alltag werden die Begriffe häufig gleichbedeutend verwendet. Dabei verfolgen sie oft unterschiedliche Schwerpunkte.

Atemtherapie: Unterstützung für das Atemorgan

Hier steht die Lunge im Mittelpunkt. Ziele können sein,

- die Atemwege offen zu halten,
- Sekret zu lösen,
- das Abhusten zu erleichtern,
- die Belüftung einzelner Lungenabschnitte zu verbessern.

Atemtraining: Unterstützung für die Atempumpe

Hier richtet sich der Blick stärker auf die Atemmuskulatur. Ziele können sein,

- die Wahrnehmung der Atmung zu verbessern,
- das Zwerchfell gezielter einzusetzen,
- die Atemmuskulatur zu aktivieren,
- die Belastbarkeit zu erhalten oder zu verbessern.

In der Praxis überschneiden sich beide Bereiche häufig. Dennoch hilft die Unterscheidung dabei, die eigenen Möglichkeiten besser zu verstehen.

Was kann ich selbst tun?

Das ist eine der besten Fragen und auf die gibt es eine schöne Antwort: Viele Aspekte der Atmung lassen sich im Alltag positiv beeinflussen.

Wozu ich motivieren möchte: In Bewegung bleiben

- **Regelmäßige körperliche Aktivität** fördert die Belüftung der Lunge. Schon tägliche Spaziergänge können dazu beitragen, die Atmung aktiv zu nutzen und dabei wird nicht nur die Beinmuskulatur trainiert, sondern auch die Atemmuskulatur gefordert.
- **Beweglichkeit erhalten:** Schultergürtel, Brustkorb und Wirbelsäule sollten beweglich bleiben. Schon einfache Mobilisationsübungen können dazu beitragen.
- **Körperkraft ist Atemkraft:** Ein aufgerichteter Brustkorb schafft Raum für die Atmung. Eine eingesunkene Haltung kann die Arbeit der Atempumpe erschweren. „Kopf hoch, Brust raus“ ist mehr als ein Spruch – es ist eine Kurzanleitung für die atemfreundliche Haltung. So erhalten Zwerchfell und Atemhilfsmuskulatur den Platz, den sie für ihre Arbeit brauchen.

Lungensportgruppen, Krafttraining im Fitnessstudio, Sportverein, Yoga oder zuhause – was auch immer möglich ist.

www.leichter-atmen.de/autoren/michaela-frisch

In über 20 Beiträgen von Michaela Frisch (Vorsitzende der AG Lungensport) gibt es praktische Atemübungen für zu Hause. Kostenfrei und ohne Anmeldung.



- **Ausreichend trinken:**

Eine gute Flüssigkeitszufuhr kann dazu beitragen, dass Sekret besser beweglich bleibt.



- **Verordnete Therapien konsequent nutzen:**

Inhalationen oder andere ärztlich empfohlene Maßnahmen entfalten ihren Nutzen vor allem dann, wenn sie regelmäßig angewendet werden.

- **Bewusst atmen:**

Achtsamkeits- und Atemübungen können helfen, die eigene Atmung besser wahrzunehmen und günstige Atemmuster zu fördern. Beispielsweise für die Verbesserung der Atemtiefe („in den Bauch atmen“) und die Verlängerung der Atemzüge („langsam und lange ausatmen“).

Wichtig: Es geht nicht um Leistungssport. Viele kleine Maßnahmen können zusammen im Alltag den Unterschied machen.

„Aller guten Dinge sind drei“

Denn zu Lunge (Atemorgan) und Atempumpe (Zwerchfell) gesellt sich im besten Fall unsere Nase.

Zum Team gehört auch die Nase – der natürliche Eingang in unser Atmungssystem

Teammitglied drei ist Nase. Sie findet häufig zu wenig Beachtung, weil die ersten beiden (Atemorgan und Atempumpe) sehr viel Aufmerksamkeit fordern. Doch wenn die Nasenatmung möglich ist, bietet sie gegenüber der Mundatmung einige bemerkenswerte Vorteile, denn sie bereitet die Atemluft auf ihrem Weg in die Lunge auf.

- **Die Nase filtert:** Feine Härchen und die Nasenschleimhaut helfen dabei, Staubpartikel, Pollen und andere Fremdstoffe zurückzuhalten.
- **Die Nase befeuchtet:** Die eingeatmete Luft wird angefeuchtet. Das schützt die nachfolgenden Atemwege vor dem Austrocknen.
- **Die Nase erwärmt:** Kühle Außenluft wird auf ihrem Weg in Richtung Lunge erwärmt. Besonders empfindliche Atemwege profitieren von dieser „natürlichen Klimaanlage“.
- **Die Nase bildet Stickstoffmonoxid:** In den Nasennebenhöhlen wird Stickstoffmonoxid (NO) produziert. Dieser körpereigene Stoff kann eine Rolle bei der Regulation von Vorgängen in den Atemwegen spielen.
- **Die Nase unterstützt eine ruhigere Atmung:** Viele Menschen atmen über die Nase langsamer und kontrollierter als über den Mund. Das kann die Atemökonomie verbessern und dazu beitragen, dass die Atemwege weniger gereizt werden.

Gleichzeitig gilt: Nicht jeder Mensch kann problemlos durch die Nase atmen. Eine ausgeprägte Nasenscheidewandverkrümmung, Nasenpolypen oder andere anatomische Besonderheiten können die Nasenatmung erschweren. In solchen Fällen ist eine ärztliche Abklärung sinnvoll.

Fazit: Lunge, Atempumpe und Nase – drei Partner im Team Atmung

Die Lunge übernimmt den Gasaustausch. Die Atempumpe bewegt die Luft. Und die Nase bereitet die Atemluft optimal auf ihren Weg in die Lunge vor. Alle drei arbeiten bei jedem Atemzug zusammen und erfüllen dabei unterschiedliche, aber gleichermaßen wichtige Aufgaben. Wer den Unterschied zwischen Atemorgan und Atempumpe kennt, versteht besser, warum es sowohl Atemtherapie als auch Atemtraining gibt. Und wer – soweit möglich – über die Nase atmet, nutzt die natürliche Filter-, Befeuchtungs- und Klimaanlage seines Körpers.

Bewegung, Atemübungen, eine günstige Körperhaltung und die bewusste Nutzung der Nasenatmung sind Möglichkeiten, die eigene Atmung aktiv zu begleiten und zu unterstützen – besonders dann, wenn sie durch eine chronische Atemwegserkrankung bereits eingeschränkt ist. Das erfordert häufig Kraft, Ausdauer und Aufmerksamkeit und ist nicht immer einfach. Doch jeder kleine Schritt lohnt sich.

Wenn Lunge, Atempumpe und Nase als starkes Team zusammenarbeiten, kann das dazu beitragen, leichter zu atmen, Belastbarkeit zu erhalten und Lebensqualität zu gewinnen.



Heike Georg

Ist seit über 25 Jahren im Gesundheitssport als Trainerin und Coach aktiv, verantwortlich für die Kommunikation der CEGLA Medizintechnik und zertifiziert als NLP-Master-Coachin.

Sie arbeitet ganzheitlich mit vier Säulen: Kraft, Ausdauer, Flexibilität und Entspannung – alles verbunden über die Atmung.

Mit dieser Hilfe kann sie u. a. mit ihrer eigenen Asthmaerkrankung sehr gut leben.

<https://international.bodyart-training.com/de/instructor/heike-georg>

Drei Tipps für eine gestärkte Lunge in der nasskalten Jahreszeit

Mit Asthma besser durchatmen

Wenn sich die Bäume bunt verfärben, das Laub fällt und die Tage kürzer werden, freuen sich viele Menschen auf Spaziergänge in der Natur und gemütliche Nachmittage mit Tee und einem guten Buch. Für Menschen mit schwerem Asthma beginnt jedoch oft eine Zeit der Anspannung. Kaum sind die heißen Sommertage hinter sich gebracht, rücken die Sorgen vor der ersten Erkältungswelle und die Belastung durch nasskalte, bronchi-reizende Luft wieder näher.

Doch der Herbst muss keine Saison des Rückzugs sein. Mit der passenden Vorbereitung können Menschen mit schwerem Asthma auch die kühle Jahreszeit aktiv genießen.



Karola, 75, Asthma-Patientin



Dr. Justus de Zeeuw,
Pneumologe

Tipp 1: Den „Schutzschild“ der Lunge aufbauen

Für eine durch Asthma chronisch entzündete Lunge ist jeder Infekt eine Belastung. Pneumologe Dr. med. Justus de Zeeuw rät daher dringend zur Vorbeugung: „Der Herbst ist der Beginn der Infektionssaison. Erkältungen und Infekte spielen jetzt wieder eine größere Rolle, weshalb das

Thema Impfen eine wichtige Schutzmaßnahme darstellt. Sprechen Sie mit Ihrer Fachärztin oder Ihrem Facharzt, um sich ausführlich über den für Sie persönlich passenden und empfohlenen Impfschutz beraten zu lassen.“

Tipp 2: Unsichtbare Herbst-Trigger meiden

Feuchtes Laub und Regenwetter begünstigen die Entstehung von Schimmelpilzen in der Natur. Wie stark diese unsichtbaren Sporen belasten können, weiß Patientin Karola (75), die sich als Asthma-Aktivistin in der gleichnamigen Patienteninitiative engagiert, um ihre Erfahrungen mit anderen Asthma-Patient*innen zu teilen: „Im Herbst belastet mich überwiegend das Laub auf dem Boden. Durch den Schimmelpilzbefall der Blätter bekomme ich oft sehr schlecht Luft. Große Spaziergänge im Wald oder durch die Felder sind für mich in dieser Jahreszeit leider kaum möglich.“

Dr. de Zeeuw ergänzt: „Gerade nach dem Regen können solche Schimmelsporen vermehrt in der Luft sein. Hier lohnt es sich, Notfall-Medikamente zur Hand zu haben.“ Checken Sie vor Spaziergängen bei feuchtem Wetter gegebenenfalls auch Pollen- und Sporen-Warn-Apps.

Tipp 3: Der Ursache auf den Grund gehen

Wer im Herbst trotz Basistherapie häufiger zum Notfallspray greifen muss, sollte die Ursache genauer untersuchen lassen. Bei vielen Betroffenen mit schwerem, unkontrolliertem Asthma liegt eine spezielle Entzündungsreaktion des Immunsystems vor. Ein wichtiger Indikator dafür sind die eosinophilen Granulozyten (EOS), eine Untergruppe der weißen Blutkörperchen. Deren Anzahl lässt sich über einen einfachen Bluttest beim Lungenfacharzt oder der Lungenfachärztin bestimmen.

Ist dieser Biomarker erhöht, liefert das der Praxis wertvolle Hinweise für eine individuell angepasste Behandlung. Neben einer Optimierung der inhalativen Basistherapie können in bestimmten Fällen auch moderne, zielgerichtete Medikamente eine ergänzende Option sein, um die Entzündung direkt an der Ursache zu bremsen.

Aktiv werden: Der Werkzeugkoffer

Sind Sie schon gut auf den Herbst vorbereitet? Testen Sie jetzt Ihre Asthma-Kontrolle und sichern Sie sich eine hilfreiche Checkliste für den nächsten Asthma-Check beim Arzt:

asthma-aktivisten.de

Regelmäßige Inspirationen gibt es auch auf Instagram:

[@asthma_aktivisten](https://www.instagram.com/asthma_aktivisten)



Inhalation



Die Basis der Behandlung

Mehr wissen zur Inhalationstherapie

Die Inhalationstherapie ist die wichtigste Behandlung bei Asthma und COPD. Der große Vorteil der Inhalation besteht darin, dass die Medikamente direkt in die Atemwege gelangen und dort wirken, wo die Erkrankung stattfindet. Dadurch erzielt man meist mit geringeren Medikamentenmengen eine gute Wirkung, während Nebenwirkungen im übrigen Körper reduziert werden.

Welche Medikamente werden eingesetzt?

Bei der Inhalationstherapie kommen vor allem drei Wirkstoffgruppen zum Einsatz. Inhalative Kortikosteroide (ICS) wirken entzündungshemmend. Sie bilden insbesondere bei Asthma die Grundlage der Behandlung.

Langwirksame Beta-2-Agonisten (LABA) entspannen die Muskulatur der Bronchien und erweitern dadurch aktiv die Atemwege. Langwirksame Muskarinrezeptor-Antagonisten (LAMA) wirken ebenfalls bronchienerweiternd, jedoch über einen anderen Mechanismus – sie verhindern, dass sich die Bronchien wieder verengen. Häufig werden diese Medikamente miteinander kombiniert, um eine bessere Wirkung zu erzielen.

Worin unterscheiden sich die Medikamente?

Bronchienerweiternde Medikamente unterscheiden sich nicht nur in ihrem Wirkmechanismus, sondern auch darin, wie schnell sie wirken und wie lange die Wirkung anhält. Diese Eigenschaften bestimmen, wie häufig ein Medikament angewendet werden muss und ob es sich auch zur raschen Linderung von Beschwerden eignet.

Kurz wirksame Medikamente – Wirkung für etwa sechs Stunden

Kurz wirksame Bronchodilatoren wie Salbutamol, Fenoterol oder Ipratropium erweitern die Atemwege innerhalb weniger Minuten. Ihre Wirkung hält etwa sechs Stunden an. Sie werden deshalb vor allem als **Bedarfsmedikamente** eingesetzt, wenn plötzlich Atemnot auftritt oder Beschwerden rasch gelindert werden sollen.

Lang wirksame Medikamente – Wirkung für etwa zwölf Stunden

Lang wirksame Bronchodilatoren wirken ungefähr zwölf Stunden und werden daher meist zweimal täglich angewendet. Sie dienen in erster Linie der **Dauerthera-**

pie, um die Atemwege langfristig offen zu halten und Beschwerden vorzubeugen.

Ultralang wirksame Medikamente – Wirkung für etwa 24 Stunden

Darüber hinaus gibt es auch Wirkstoffe, die etwa 24 Stunden wirken. Sie müssen deshalb häufig nur einmal täglich inhaliert werden. Das vereinfacht die Behandlung und kann die Therapietreue verbessern.

Warum ist nicht nur die Wirkdauer wichtig?

Für viele Patientinnen und Patienten ist entscheidend, wie schnell ein Medikament Erleichterung verschafft. Deshalb sollte man zwischen lang und rasch wirksamen Präparaten unterscheiden.

Einige Medikamente entfalten ihre Wirkung bereits innerhalb von etwa 15 bis 20 Minuten. Dazu gehören insbesondere Salbutamol, Fenoterol und Formoterol. Sie eignen sich daher auch zur schnellen Behandlung von Atemnot.

Formoterol nimmt dabei eine Sonderstellung ein: Es wirkt rasch wie ein Bedarfsmedikament, hält aber gleichzeitig etwa zwölf Stunden an.

Andere lang wirksame Medikamente, andere LABA- und LAMA-Präparate, benötigen deutlich länger bis zum Wirkeintritt. Sie sind daher hervorragend für die Dauertherapie geeignet, spielen aber bei der sofortigen Linderung akuter Beschwerden eine geringere Rolle.

Welche Inhalationssysteme gibt es?

Für die Inhalation stehen verschiedene Systeme zur Verfügung. Dazu gehören Dosieraerosole, Pulverin-

halatoren, Soft-Mist-Inhalatoren (SMI oder Sprühvernebler, mechanische Anwendung über einen Federmechanismus) und Vernebler (elektrische Vernebler). Welches System am besten geeignet ist, hängt unter anderem von der Erkrankung, der Lungenfunktion, dem Alter und den persönlichen Vorlieben ab. Entscheidend ist nicht das modernste Gerät, sondern dessen sichere und korrekte Anwendung.

Warum ist die richtige Technik entscheidend für den Erfolg?

Selbst das beste Medikament kann seine Wirkung nicht optimal entfalten, wenn die Inhalationstechnik nicht stimmt. Vor jeder Inhalation sollte zunächst vollständig ausgeatmet werden.

Anschließend wird das Medikament entsprechend der Anleitung des jeweiligen Gerätes eingeatmet. Danach sollte der Atem für einige Sekunden angehalten werden, damit sich die Wirkstoffe in den Atemwegen absetzen können.

Erst dann wird langsam wieder ausgeatmet. Nach der Anwendung eines inhalativen Kortisonpräparates sollte der Mund ausgespült werden, um lokale Nebenwirkungen zu vermeiden.

Warum werden Medikamente kombiniert?

Viele Patienten profitieren von einer Kombination verschiedener Wirkstoffe. Insbesondere die Kombination aus LABA und LAMA nutzt zwei unterschiedliche Wirkmechanismen, um die Atemwege zu erweitern. Dadurch kann die Lungenfunktion verbessert, Atemnot vermindert und die Häufigkeit von Krankheitsschüben reduziert werden.

Welche Nebenwirkungen können auftreten?

Die meisten inhalativen Medikamente werden gut vertragen. Inhalatives Kortison kann zu Heiserkeit oder einem Mundsoor führen. Deshalb ist das Ausspülen des Mundes nach der Anwendung besonders wichtig.

LABA können gelegentlich Herzklopfen, Zittern oder Nervosität verursachen. Bei LAMA treten manchmal Mundtrockenheit oder Verstopfung auf, sehr selten auch Probleme beim Wasserlassen. Insgesamt überwiegt bei korrekter Anwendung der Nutzen der Therapie deutlich die möglichen Nebenwirkungen.





Ein Blick in die Zukunft

Aktuell wird an neuen inhalativen Therapien geforscht, beispielsweise an inhalierbaren **Antikörpern**. Ziel ist es, moderne Medikamente direkt in die Lunge zu bringen und dadurch die Wirkung am Zielorgan zu verbessern sowie systemische Nebenwirkungen weiter zu reduzieren. Diese Verfahren befinden sich jedoch noch in der Entwicklung.

Die **Antikörper**therapie ist eine moderne Form der Immuntherapie. Sie nutzt künstlich hergestellte Proteine (Antikörper), die wie in einem Schlüssel-Schloss-Prinzip gezielt an bestimmte Krankheitserreger, entzündliche Botenstoffe oder veränderte Zellen binden. Dadurch wird das Immunsystem aktiviert, um die Krankheit zu bekämpfen oder schädliche Prozesse im Körper zu blockieren.

Quelle: www.flexikon.doccheck.com, Abruf 27.06.2026

Zusammenfassung

Die Inhalationstherapie ist die Basis der Behandlung von Asthma und COPD. Inhalatives Kortison bekämpft

Entzündungen, LABA und LAMA erweitern die Atemwege und erleichtern das Atmen.

Für den Therapieerfolg ist die richtige Inhalationstechnik genauso wichtig wie die Auswahl des passenden Medikaments. Wer sein Inhalationsgerät korrekt und regelmäßig anwendet, kann Beschwerden reduzieren, Krankheitsschübe vermeiden und seine Lebensqualität deutlich verbessern.



Professor Dr. med. Stephanie Korn

Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie
Oberärztin und Leiterin des Asthmazentrums,
Thoraxklinik Heidelberg

Hinweis: Der Beitrag ist eine Zusammenfassung des LungenGlück live vom 23.06.2026.

LungenGlück

ist ein Format, das komplexe pneumologische Themen auf smarte Weise in die moderne Medienwelt bringt, sodass sie insbesondere für Patienten verständlich und zugänglich werden. Darüber hinaus bietet es exklusive Communities und Alltagsbegleitung zusammen mit einer der führenden Asthmaexpertinnen und Initiatorin von LungenGlück, Professor Dr. med. Stephanie Korn.

Treten Sie der LungenGlück-**Community** bei und entdecken Sie eine Plattform, um sich mit anderen Menschen auszutauschen, die ebenfalls mit einer Lungenerkrankung wie Asthma oder COPD leben. Geleitet von Professor Korn erwartet Sie eine wertvolle Gemeinschaft, die sich gegenseitig unterstützt und hilft. In **Live-Calls** und **Fragestun-**

den haben Sie die Möglichkeit, spannende Themen rund um Ihre Lungenerkrankung zu vertiefen, neue Erkenntnisse zu gewinnen und Ihre persönlichen Fragen direkt an Professor Korn zu richten.

Aktuell findet einmal monatlich eine Live-Diskussion online statt mit anschließendem Austausch der Community in **LungenGlück Connect**. Für eine Teilnahme müssen Sie sich auf der Internetseite anmelden.

Weitere Informationen finden Sie auf:

www.lungenglueck.de
kontakt@lungenglueck.de



Videos zur Anleitung

Inhalationssysteme richtig anwenden

Die Deutsche Atemwegsliga e.V. bietet für jedes Inhalationssystem online ein Video auf YouTube an. Die schrittweise Anleitung hilft, Fehlerquellen in der eigenen Anwendung zu vermeiden. Viele Videos sind auch in verschiedenen Sprachen verfügbar.

Wenn Sie den QR-Code scannen, gelangen Sie auf den YouTube-Kanal der Atemwegsliga und können dort das Video Ihres Inhalationssystems auswählen.



Ergänzend finden Sie auf den Internetseiten der Atemwegsliga einen Flyer mit allen QR-Codes zu den Videos, die Sie direkt zu den einzelnen Inhalationssystemen leiten. Eine 28-seitige Broschüre „Richtig inhalieren bei Asthma und COPD“ kann online über ein Bestellformular angefordert werden.

Deutsche Atemwegsliga e.V.
Raiffeisenstr. 38, 33175 Bad Lippspringe
Telefon 05252 – 933615
www.aterwegsliga.de
kontakt@aterwegsliga.de



*Alle Therapiegeräte dieser Anzeige sind verordnungsfähig.
Schicken Sie uns Ihr Rezept,
wir erledigen alles Weitere - deutschlandweit !*

Inhalation & Sekretolyse

Nasennebenhöhlenentzündungen/ Ohrenschmerzen ?

• Pureneb AEROSONIC+

durch die 100 Hz Schall-Vibration entsteht ein in Schwingung versetztes Aerosol, das die feinen Engstellen passiert und bis in die Nasennebenhöhlen/Ohren (eustachische Röhre) gelangt, sodass das Medikament direkt am Ort der Entzündung wirken kann.



Kein Gaumen-Schließ-Manöver notwendig

Durch die gleichzeitige Behandlung beider Naseneingänge mittels speziellem Nasenaufsatz ist beim Pureneb kein Schließen des Gaumensegels notwendig.

Ein Gerät, viele Anwendungsmöglichkeiten – das Pureneb kann noch mehr!

Egal ob Sinusitis, Mittelohrentzündung oder Erkrankungen der unteren Atemwege (z.B. Bronchitis/COPD): Als Kombi-Inhalationsgerät kann das Pureneb für alle Erkrankungen der Atemwege eingesetzt werden. Für Erwachsene, Kinder und Säuglinge.

Hustenassistent:

mit Vibrationsmodus,
für Kinder und Erwachsene

NEU
sofort lieferbar



• Comfort Cough II optional mit HFCWO (High Frequency Chest Wall Oscillation)

GeloMuc/RC-Cornet plus/ PowerBreathe MedicPlus/ Quake/RC-FIT® classic/ Acapella versch. Modelle

Angebot
RC-Fit 79,90 €



Wasserdampfdesinfektion

• Destromat ISO & DEDRY® PRO

- Desinfektion & Trocknung in einem Vorgang
- Geeignet für alle Medikamentenvernebler und Atemtherapiegeräte, die für eine Wasserdampfdesinfektion geeignet sind



• Bundesweiter Service:

- Schnelle Patientenversorgung
 - 24h technischer Notdienst
- im Shop zubuchbar



Fingerpulsoxymeter OXY 310 29,95 €



OXYCARE GmbH Medical Group

Fon 0421-48 996-6 · Fax 0421-48 996-99

E-Mail kundendienst@oxycore.eu · Shop www.oxycore.eu

aktualisierte Auflage

Inhalieren bei COPD und Lungenemphysem

Jeder Patient sollte die Technik, Pflege und Anwendung seines Inhalationsgerätes beherrschen, um mögliche Anwenderfehler zu vermeiden. Denn nur die Kombination aus dem richtigen Inhalationssystem, dem benötigten Medikament und der korrekten Anwendung durch den Patienten führt zu einem optimalen Therapieerfolg.

Individuelle Auswahl des Inhalationssystems

Die Verordnung einer Inhalationstherapie erfolgt schrittweise. Zunächst wird festgelegt, welcher Wirkstoff bzw. welche Wirkstoffe erforderlich sind. Danach wird geprüft, welche Inhalationssysteme für diese Verordnung zur Auswahl stehen, um dann unter Einbeziehung von persönlichen Präferenzen, möglicherweise bestehenden Einschränkungen (motorisch, kognitiv, usw.) eine optimale Wahl des Inhalationssystems zu treffen. Bei der Auswahl müssen nicht nur die Erkrankung selbst, sondern auch der Schweregrad sowie die Gesamtsituation des Patienten und seine individuellen Fähigkeiten berücksichtigt werden.

Folgende Fragen müssen beantwortet werden:

1. Kann bewusst inhaliert werden?
2. Kann ein ausreichender inspiratorischer Atemfluss aufgebaut werden?
3. Kann die erforderliche Koordination für die Benutzung des entsprechenden Inhalationssystems eingebracht werden?

Heute ist es möglich, jeden Patienten mit einem individuell geeigneten Inhalationssystem und mit hoch wirksamen Medikamenten zur Inhalation zu versorgen.



Nach der Auswahl muss eine intensive Einübung der korrekten Handhabung erfolgen.

Hinweis: Ergänzend zur praktischen Einübung mit dem Arzt bzw. der Ärztin stehen für jedes Inhalationssystem Videofilme auf dem YouTube-Kanal der Atemwegsliga www.atemwegsliga.de zur Verfügung (siehe Beitrag auf Seite 23)

Deposition unmittelbar am Wirkort

Die Inhalationstherapie nutzt den natürlichen Atemvorgang, um die Wirksubstanzen in die Atemwege zu transportieren. Flüssige oder feste Wirkstoffe werden als feine Tröpfchen oder Partikel eingeatmet. Die Größe dieser Teilchen ist ein wichtiger Faktor dafür, wie weit sie mit dem Luftstrom transportiert werden können. Mit der Größe der Wirkstoffpartikel wird somit auch der Wirkort festgelegt.

Die Deposition, also die „Ablagerung“ bzw. der Wirkstoffverbleib des Medikamentes in der Lunge und damit die entsprechende Wirkung, ist abhängig von folgenden Faktoren:

- der Teilchengröße des Medikamentenwirkstoffs
- dem Atemfluss bzw. Atemmanöver, d. h. der richtigen Anwendung des Inhalators
- und der Beschaffenheit der Atemwege (Morphologie)

Alle heute verfügbaren Inhalatoren geben ein breites Spektrum an unterschiedlich großen Tröpfchen oder Pulverpartikeln ab.

Quelle: Dr. Justus de Zeeuw, Symposium Lunge, 2023

Lesen Sie weiter...

Im Ratgeber „Inhalieren bei COPD und Lungenemphysem“ des COPD – Deutschland e.V.



Dieser Ratgeber bietet Ihnen grundlegende Informationen zur Inhalation und stellt aktuell verfügbare Inhalationssysteme vor. Sie erhalten praktische Tipps zur korrekten Anwendung und wichtige Verhaltensregeln für den Notfall.

Die Inhalationstherapie gehört bei vielen Patienten mit COPD zum Alltag. Nutzen Sie daher die Möglichkeit, sich umfassend zu informieren, denn „richtig inhalieren bedeutet profitieren!“

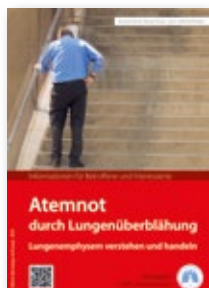
Der Ratgeber kann online gelesen oder als Printversion angefordert werden. Bitte beachten Sie die auf der Homepage veröffentlichten Versandinformationen. www.copd-deutschland.de

Aktuelle Übersicht

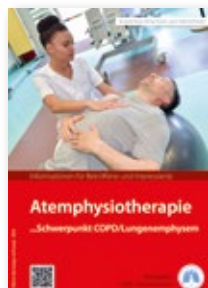
Patientenratgeber



5. Auflage



2. Auflage



4. Auflage



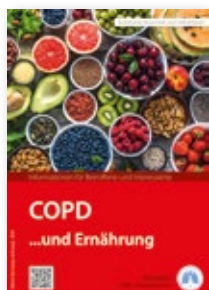
2. Auflage



9. Auflage



9. Auflage



10. Auflage



4. Auflage



6. Auflage



8. Auflage



5. Auflage



5. Auflage



4. Auflage



11. Auflage



11. Auflage



9. Auflage



3. Auflage



6. Auflage



4. Auflage



8. Auflage



10. Auflage



Nähere Informationen zu den Ratgebern des COPD – Deutschland e.V. finden Sie auf der Homepage:
www.copd-deutschland.de

Die Patientenratgeber können online gelesen oder als Printversion angefordert werden.
 Bitte beachten Sie die auf der Homepage veröffentlichten Versandinformationen.

Psychopneumologie

Stärken und Schwächen

Wahrnehmung und Neubewertung

Die Beurteilung dessen, was Menschen mit chronischen Lungenerkrankungen können und was ihnen schwerfällt, ist ein sensibles Terrain. COPD, Alpha-1-Antitrypsin-Mangel, Lungenfibrose oder pulmonale Hypertonie schränken häufig die Belastbarkeit, Mobilität und Teilhabe am sozialen Leben ein. Das Erleben von Kontrollverlust und Abhängigkeit ist für Betroffene real. Der zweite Beitrag der kleinen Artikelserie zum Thema „Empathie“ beleuchtet, wie der Umgang mit Stärken und Schwächen einfühlsam gestaltet werden kann.

Stärken, Schwächen und Selbstbild

Die Wahrnehmung von Stärken und Schwächen und das Selbstbild beeinflussen sich gegenseitig in einem **wechselseitigen, dynamischen Prozess**. Das Selbstbild (Selbstkonzept) umfasst, wie Menschen sich selbst sehen: ihre Identität, ihren Wert, ihre Fähigkeiten, körperliche und soziale Rollen. Die Wahrnehmung von Stärken und Schwächen ist ein zentraler Bestandteil davon und wird durch die Erkrankung stark geprägt. Chronische Lungenerkrankungen führen häufig zu einer Störung des Selbstbildes. Symptome wie Atemnot, Fatigue, eingeschränkte Belastbarkeit, sichtbare Hilfsmittel (Sauerstoff) oder Abhängigkeit von anderen erzeugen das Gefühl, nicht mehr der oder die zu sein, der oder die man einmal war.

Scham, Schuld und das Gefühl, „schwach“ oder „wertlos“ zu sein, treten häufig auf. **Das Selbstbild wird oft krankheitszentriert:** Die Erkrankung rückt in den Mittelpunkt der Identität. Gleichzeitig berichten Betroffene aber auch von „Stärken“, die durch oder trotz der Erkrankung sichtbar werden oder neu entstehen: Beharrlichkeit, positive Einstellung, Selbstfürsorge, Wissen über die eigene Erkrankung, Mut, Anpassungsfähigkeit, Fähigkeit, soziale Unterstützung zu nutzen und

Selbstmanagementstrategien:

- Die inneren und äußeren Ressourcen werden als persönliche Stärken wahrgenommen.
- „Stärken“ und „Schwächen“ werden Neubewertet.
- Durch eine veränderte Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge werden das Selbstbild stabilisiert und erweitert.

So entwickeln die Betroffenen ein Gefühl von Ganzheit trotz Einschränkungen. Das unterstützt langfristig bessere psychische Anpassung, Selbstmanagement und Lebensqualität.

Um trotz Einschränkungen durch eine chronische Lungenerkrankung das Gefühl von Ganzheit zu erhalten oder wiederzugewinnen, müssen sowohl die Erkrankten als auch das unterstützende Umfeld einen einfühlsamen Umgang mit „Stärken“ und „Schwächen“ finden.

Hinweise für Erkrankte zum Umgang mit „Stärken“ und „Schwächen“

Menschen mit chronischen Lungenerkrankungen können Hilfe und Unterstützung oft leichter annehmen, wenn sie klar, konkret und selbstbewusst darum bitten. Das senkt die Hemmschwelle (weniger Scham oder das Gefühl, „eine Last“ zu sein) und macht es für andere einfacher, passend zu reagieren.

Allgemeine Tipps

- Konkret und kurz formulieren: Sagen Sie, was genau benötigt wird und warum (kurz die Einschränkung nennen, ohne sich zu rechtfertigen).
- „Ich“-Botschaften nutzen: „*Ich brauche...*“ oder „*Mir würde helfen...*“ statt „*Könntest du nicht...?*“.
- Zeit und Umfang begrenzen: „*Nur kurz*“ oder „*für heute*“ nimmt Druck.
- Dankbarkeit zeigen und Alternativen anbieten: Das macht die Bitte angenehmer und stärkt das Gefühl von Gegenseitigkeit.
- Vorab informieren: Bei engen Bezugspersonen einmal erklären: „*Bei mir kann Atemnot schnell kommen – dann brauche ich manchmal praktische Hilfe, ohne, dass ich mich schlecht fühlen muss.*“
- Üben und kleine Schritte: Beginnen Sie mit vertrauten Personen und unkomplizierten Bitten.
- Selbstfürsorge einbeziehen: Hilfe anzunehmen ist eine Stärke und erhält Ihre Energie und Unabhängigkeit länger (siehe auch Formulierungsvorschläge für typische Situationen).

Zusätzliche praktische Hinweise

Schreiben Sie sich einige Formulierungen ins Handy, damit sie in stressigen Momenten griffbereit sind. Üben



Das Selbstbild wird oft krankheitszentriert.

Sie sie laut oder mit einer Vertrauensperson. Viele Angehörige und Freunde sind erleichtert, wenn sie unmissverständlich wissen, wie sie helfen können. Manchmal bremsst Unsicherheit die Bereitschaft zu helfen aus.

Hilfe annehmen ist kein Zeichen von Schwäche, sondern ein aktiver Schritt der Selbstfürsorge!

Hinweise für das unterstützende Umfeld zum Umgang mit „Stärken“ und „Schwächen“

Auch für Behandler, pflegende Angehörige, Freunde und Bekannte ist es herausfordernd, empathisch mit den „Stärken“ und „Schwächen“ der Erkrankten umzugehen. Hier ein paar Hinweise für einen hilfreichen Umgang.

Stärkenorientierung als Haltung

Stärkenorientierung ist kein naiver Optimismus. Es geht nicht darum, Einschränkungen kleinzureden. Es geht darum, echte Ressourcen sichtbar zu machen – und das erfordert genaues Hinschauen.

- Was hat die betroffene Person in ihrem Leben getragen?
- Welche Bewältigungsstrategien hat sie entwickelt?
- Welche sozialen Ressourcen stehen ihr zur Verfügung?

Im Gespräch bedeutet das: Offene Fragen stellen, die Stärken sichtbar machen, ohne sie aufzuzwingen – „Was hat Ihnen früher in schwierigen Phasen geholfen?“ oder „Gibt es etwas, das Sie überrascht hat, wie gut Sie das meistern?“

Schwächen ansprechen – mit Würde

Schwächen anzusprechen, setzt Vertrauen voraus. Wenn eine erkrankte Person zum Beispiel Schwierigkeiten hat, Therapieanweisungen einzuhalten (Inhalationstechnik, Bewegungsprogramme, Rauchverzicht), ist der Kontext entscheidend. Fehlendes Wissen, psy-

chische Belastung, soziale Isolation oder Hoffnungslosigkeit sind häufigere Ursachen als „mangelnder Wille“. Einfühlsames Nachfragen – „Was macht es schwer, das regelmäßig zu tun?“ – öffnet Türen, die durch Vorhaltungen verschlossen werden.

Wichtig ist das Vermeiden von indirekter Schuldzuweisung durch die Art der Fragestellung. Hier ein Vergleich: „Haben Sie die Übungen gemacht?“ versus „Wie ist es Ihnen diese Woche mit den Übungen gegangen?“ Der zweite Satz lädt ein, der erste lädt auf.

Prinzip der kleinen Schritte

Für Menschen mit eingeschränkter Lungenkapazität kann jeder kleine Erfolg (fünf Minuten spazieren gehen statt drei oder eine stressige Situation ruhig durchatmen) eine echte Leistung sein. Diese zu benennen und zu würdigen, ohne dabei übertrieben oder unecht zu wirken, ist eine Kernkompetenz der empathischen Begleitung. Nicht: „Das war super toll!“ – sondern: „Das war wirklich gut für heute.“

Hinweise für die Praxis – was wirklich wirkt

Wer Menschen mit chronischen Lungenerkrankungen begleitet – ob im medizinischen, pflegerischen, sozialen oder familiären Kontext – kann von einigen wissenschaftlich gestützten Grundsätzen profitieren:

• Sprache bewusst wählen

Formulierungen wie „raucherbedingtes Lungenversagen“ oder „selbstverschuldete Erkrankung“ – auch wenn medizinisch gemeint – verstärken massiv die Schamgefühle. Neutralere Begriffe und eine personenzentrierte Sprache (die Person hat eine Erkrankung, sie ist nicht die Erkrankung) machen einen messbaren Unterschied.

• Das eigene Unbehagen reflektieren

Begleitende Personen spüren manchmal selbst Ungeduld oder Urteilsbereitschaft – besonders, wenn sie Verhaltensweisen wie das Fortführen des Rauchens

trotz Krankheit beobachten. Diese Reaktionen sind menschlich. Sie unreflektiert in die Begleitung einzubringen, schadet jedoch der Beziehung. Eine kurze Selbstreflexion vor Gesprächen hilft.

- **Hoffnung erhalten, ohne zu lügen**

Chronische Erkrankungen können sich verschlechtern. Empathische Begleitung bedeutet nicht, unberechtigte Hoffnungen zu wecken. Es bedeutet, ehrlich zu sein – und gleichzeitig sichtbar zu machen, was trotz Einschränkungen möglich und wertvoll ist.

- **Fachliche Unterstützung kennen**

Psychologische Mitbetreuung, Lungensport, Selbsthilfegruppen und spezialisierte Palliativbegleitung sind wichtige Ergänzungen. Empathische Begleitung durch Angehörige und professionelle Helfer ersetzt diese nicht, schafft aber das Vertrauen, das nötig ist, um diese Angebote anzunehmen.



Ihre

Monika Tempel

Ärztin, Referentin, Autorin
Schwerpunkt Psychopneumologie

www.psychopneumologie.de
service@psychopneumologie.de

Dieser Beitrag ist der zweite in einer kleinen Artikelreihe zum Thema „**Empathie**“. Der nächste und letzte Beitrag, der in der Winterausgabe der „Atemwege und Lunge“ veröffentlicht wird, stellt dar, warum Empathie allein für den Umgang mit chronischen Lungenerkrankungen manchmal nicht genügt.

Hinweis: Für diesen Beitrag habe ich die Künstliche Intelligenz befragt. Die Antworten der KI habe ich sorgfältig auf fachliche Richtigkeit überprüft, inhaltlich ergänzt und sprachlich überarbeitet.

Formulierungsvorschläge für typische Situationen

1. Beim Einkaufen oder Tragen schwerer Taschen

- „Könntest Du mir bitte die schweren Taschen tragen? Treppen und langes Stehen fallen mir wegen meiner Lunge schwer.“
- „Ich nehme nur die leichten Sachen, die schweren übernimmst Du – das wäre super.“
- (*Im Laden zum Personal*): „Könnten Sie mir bitte helfen, die Taschen zum Auto zu bringen? Ich habe eine Lungenerkrankung und komme mit dem Tragen nicht gut zurecht.“

2. Treppensteigen oder längere Wege

- „Kannst Du bitte einen Moment warten? Ich brauche eine kurze Pause, bis ich wieder besser Luft bekomme.“
- „Nimm den Aufzug mit mir, die Treppe schaffe ich gerade nicht gut.“
- „Lass uns langsamer gehen oder eine Pause einlegen – ich komme sonst in Atemnot.“

3. Haushalt und körperliche Arbeiten

- „Könntest Du bitte die Fenster putzen/den Staubsauger übernehmen? Das strengt mich zu sehr an.“
- „Ich mache den leichten Teil (z. B. abwischen), den anstrengenden Teil übernimmst heute Du – okay?“
- „Heute brauche ich Hilfe beim Wäsche aufhängen/ Betten beziehen. Das würde mich sehr entlasten.“

4. Bei akuter Atemnot

- „Bitte bleib ruhig bei mir und reich mir mein Inhaliergerät/den Sauerstoff. Ich brauche einen Moment Ruhe.“
- „Hilf mir bitte, mich hinzusetzen und die Fenster zu öffnen. Sprich nicht zu viel, ich konzentriere mich aufs Atmen.“
- „Kannst Du bitte das Notfallset holen/ den Notdienst anrufen? Ich brauche jetzt Unterstützung.“

5. Soziale Aktivitäten und Verabredungen

- „Ich komme gerne, aber ich brauche einen Platz zum Sitzen und etwas Abstand von Zigarettenrauch/ starkem Duft. Ließe sich das so einrichten?“
- „Lass uns eher etwas Ruhiges machen oder früher aufhören – lange Abende und laute Umgebungen sind im Moment anstrengend für mich.“
- „Ich freue mich auf Euch, aber ich muss eventuell früher gehen oder eine Pause machen. Das hat nichts mit Euch zu tun.“

6. Bei der Arbeit oder im öffentlichen Raum

- „Ich brauche bitte einen Arbeitsplatz näher am Aufzug/ mit besserer Belüftung. Das erleichtert mir den Alltag sehr.“
- (*Zum Kollegen*): „Könntest du bitte die schweren Akten/ die technische Ausrüstung übernehmen? Ich komme damit körperlich nicht gut zurecht.“
- (*In Bus/Bahn*): „Entschuldigung, ich brauche bitte einen Sitzplatz – ich habe eine Lungenerkrankung und kann nicht lange stehen.“

7. Gegenüber Angehörigen, wenn Scham oder Schuldgefühle aufkommen

- „Es fällt mir nicht leicht, um Hilfe zu bitten, aber ich brauche heute Unterstützung bei dieser Aufgabe. Das hilft mir, Energie zu sparen.“
- „Wenn Du mir bei dieser Aufgabe hilfst, kann ich mich besser auf die Dinge konzentrieren, die ich noch gut schaffe.“
- „Danke, dass Du da bist. Deine Hilfe bedeutet mir viel und entlastet mich spürbar.“

Alpha1 Deutschland e.V.

Gemeinsam für ein gutes Leben mit Alpha-1

Alpha1 Deutschland e.V. ist die größte deutsche und europäische Patientenorganisation für Menschen mit Alpha-1-Antitrypsin-Mangel. Seit 2001 setzen wir uns dafür ein, dass Menschen mit dieser seltenen, genetisch bedingten Erkrankung nicht allein gelassen werden – weder mit ihrer Diagnose noch mit den vielen Fragen, die das Leben mit Alpha-1 mit sich bringt.

Heute engagieren sich mehr als 1.100 Mitglieder, ein Patienten- und Betroffenenbeirat und ein wissenschaftlicher Beirat in unserer Gemeinschaft, unterstützt werden sie durch ein Support-Team und durch 18 regionale Selbsthilfegruppen sowie überregionale digitale Gruppen.

Direkter Austausch

Der direkte Austausch ist eine unserer größten Stärken. Bei uns sprechen Betroffene mit Betroffenen – offen, ehrlich und ohne Berührungsängste. Erfahrungen werden geteilt, Fragen gemeinsam beantwortet und manchmal hilft schon das Gefühl: Da ist jemand, der mich versteht. Gerade bei einer seltenen Erkrankung ist diese Gemeinschaft besonders wertvoll.

Aktuelles Wissen

Gleichzeitig legen wir großen Wert auf Information und Schulung. Mit unserem Alpha1-Journal, Informationsmaterialien, Veranstaltungen, digitalen Angeboten, Vorträgen und Schulungen vermitteln wir aktuelles Wissen verständlich und praxisnah. Dabei geht es nicht nur um medizinische Themen, sondern auch um Rehabilitation, Bewegung, Ernährung, Alltag und den Umgang mit der Erkrankung.

Gewachsenes Netzwerk

Eine weitere besondere Stärke ist unser breites und gut gewachsenes Netzwerk. Wir arbeiten eng und auf Augenhöhe mit medizinischen Fachgesellschaften, Forschungsgruppen und anderen Patientenorganisationen zusammen – unter anderem mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Lungenstiftung (DLS), der ACHSE, dem Deutschen Zentrum für Lungenforschung (DZL), dem Deutschen Bronchiectasen-Netzwerk (DBN), dem Jahrzehnt der Lunge (JdL), der European Lung Foundation (ELF), GAAPP, der Alpha-1 Europe Alliance, der Euro-

pean Alpha-1 Research Collaboration (EARCO) und dem ERN-Lung. Dadurch können wir Erfahrungen und Perspektiven über Deutschland hinaus einbringen und gleichzeitig wichtige Entwicklungen aus Forschung und Versorgung in unsere Gemeinschaft zurücktragen.

Durch unsere frühzeitige Einbindung in Studien, Studiendesigns und Marktforschung erhalten wir wichtige Einblicke in aktuelle wissenschaftliche Entwicklungen und können diese über unseren Newsletter zeitnah an die Betroffenen weitergeben.

Gutes Miteinander im Mittelpunkt

Wir verbinden Bewährtes mit Modernität. Die persönliche Selbsthilfe, der direkte Kontakt und die gewachsenen Strukturen sind für uns ebenso wichtig wie digitale Angebote, neue Kommunikationswege und moderne Formen der Wissensvermittlung. Wir möchten das erhalten, was sich bewährt hat – und gleichzeitig offen für Neues bleiben.

Vor allem aber steht bei Alpha1 Deutschland e.V. das gute Miteinander im Mittelpunkt. Wir sind eine Gemeinschaft, in der jeder etwas beitragen kann: Wissen, Erfahrung, Zeit, Engagement oder einfach ein offenes Ohr. Dabei verstehen wir Selbsthilfe nicht als Einbahnstraße. Es geht darum, Hilfe zu geben und Hilfe anzunehmen, dies ist auch unser Motto 2026.

Unser Ziel ist deshalb mehr als reine Information über Alpha1. Wir möchten Menschen stärken, ihnen Orientierung geben, ihre Stimme hörbar machen und gemeinsam daran arbeiten, dass Alpha1 früher erkannt, besser behandelt und im Gesundheitswesen stärker wahrgenommen wird. Denn gemeinsam sind wir stärker – und gemeinsam können wir mehr bewegen.

Marion Wilkens

1. Vorsitzende
Alpha1 Deutschland e.V.



Alpha1-Antitrypsin-Mangel

Was ist das?

Bei der erblichen Stoffwechselkrankheit Alpha-1-Antitrypsin-Mangel (kurz Alpha-1) fehlt Betroffenen ein Eiweiß, das Alpha-1-Antitrypsin (AAT). Am häufigsten ist die Lunge durch den Mangel betroffen, denn durch das fehlende Schutzprotein der Lunge wird das Lungengewebe im Laufe der Jahre zersetzt. Die Stoffwechselkrankheit kann sich vor allem durch Atemnot, zuerst nur bei Belastung – später auch in Ruhe, Husten, häufig zunächst in den frühen Morgenstunden, und Auswurf, in vielen Variationen bemerkbar machen. Auch erhöhte Leberwerte können ein Anzeichen für einen Alpha-1-Antitrypsin-Mangel sein, da das Eiweiß überwiegend in der Leber produziert wird. Es kommt vor, dass Betroffene diese Symptome bereits erstmals im Alter ab 35 Jahren wahrnehmen. Obgleich Alpha-1 zu den seltenen Erkrankungen zählt, schätzen Experten, dass es allein in Deutschland bis zu 20.000 homozygot (zwei gleiche Genvarianten) von Alpha-1-Antitrypsin-Mangel Betroffene gibt.

Oft unerkant oder fehldiagnostiziert

Da die Hauptsymptome des Alpha-1 auch auf andere Erkrankungen wie COPD oder Asthma zutreffen, wird bei vielen Betroffenen die Krankheit lange Zeit nicht erkannt. Dabei kann die Erkrankung mittels einfacher Testmethoden nachgewiesen bzw. ausgeschlossen werden. Als Gendefekt ist die Erkrankung noch nicht heilbar, es stehen aber verschiedene Therapiemöglichkeiten zur Verfügung, um den Verlauf zu verlangsamen. Neben bronchienerweiternden Mitteln kann auch eine Substitutionstherapie helfen, bei der der Patient das fehlende Alpha-1-Antitrypsin per Infusion erhält.

Schutzprotein der Lunge

Da die Lunge durch die Atemluft häufig mit Krankheitserregern, Tabakrauch und allgemeinen Schadstoffen in der Luft konfrontiert wird, verfügt der Körper über besondere Stoffe, die solche Erreger zerstören können. Bei diesen Stoffen handelt es sich um eiweißspaltende Enzyme (Proteasen). Diese können jedoch nicht zwischen Fremdstoffen und körpereigenem Gewebe unterscheiden. Daher benötigt der Körper molekulare „Schutzschilder“, die das eigene Gewebe vor einem Abbau durch die eiweißspaltenden Enzyme schützen.



Lungenemphysem als häufigste Auswirkung

Das Alpha-1 spielt eine solche Schutzschildfunktion für das Lungengewebe, sodass das lebenswichtige Atemorgan nicht in Mitleidenschaft gezogen wird. Alpha-1-Patienten mangelt es jedoch an diesem wichtigen Eiweiß.

Die Lunge wird mit der Zeit immer stärker geschädigt und es bildet sich ein Lungenemphysem. In Extremfällen gilt eine Lungentransplantation als letzter Ausweg.

In der Leber gebildet

Wie schon beschrieben, wird das Alpha-1-Antitrypsin in der Leber gebildet. Beim AAT-Mangel ergibt sich das Problem, dass das Alpha-1 in der Leber polymerisiert (verklumpt) und nicht mehr oder nur teilweise ausgeschleust werden kann. Was also in der Lunge zu wenig ist, ist gleichzeitig in der Leber zu viel. Besonders auffällig zeigt sich dies oft bei Säuglingen und kleinen Kindern durch hohe Leberwerte und vergrößerte Organe. Es besteht die Gefahr einer Leberzirrhose, sowohl für Kinder als auch für erwachsene Alphas, sowohl für Betroffene (zumeist PiZZ, PiSZ => hohes Risiko) als auch für Träger (PiMZ => geringes Risiko)!



Gebildet in der Leber

Kleines Eiweiß, große Wirkung

AATD wird durch Mutationen im SERPINA1-Gen verursacht, das kodominant vererbt wird. Mutationsveränderungen im Gen können zu einer abnormen Ablagerung des Proteins in der Leber führen, was letztlich zu niedrigen Serumkonzentrationen von AAT führen kann. Es kann sich auch in der Leber ablagern, was dann zu einer Vernarbung der Leber führte. Bis heute wurden mehr als 500 Mutationen im SERPINA1-Gen identifiziert, wobei S und Z die häufigsten sind.

Quellen: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7997584/>



Ähnliche Symptome wie COPD und Asthma

Die fünfte Lebenswoche...

Knapp zwei Jahre nach Geburt unserer Tochter kam 2003 unser Sohn zur Welt und wir hatten das herrliche Gefühl, nun eine komplette Familie zu sein. Unser kleiner Säugling hatte lange mit einer Gelbsucht zu tun, was wir Eltern als nichts Besonderes empfanden. Vier Wochen nach Geburt bekam er jedoch plötzlich ohne ersichtlichen Grund Nasenbluten und wir gingen zur Abklärung ins Krankenhaus. Seine Blutgerinnung lag bei dramatischen 6 %, was die Ärzte bei der Vorstellung, der Kleine hätte fallen und innerlich verbluten können, auf den Plan rief.

Es folgte eine zermürbende Woche im Krankenhaus, in der nach und nach verschiedene Krankheiten ausgeschlossen wurden. Nach einigen Tagen erhielten wir die uns völlig unbekannte Diagnose Alpha-1-Antitrypsin-Mangel in homozygoter Form (d.h. mit identischen mütterlichen und väterlichen Erbanlagen).

Am Ende der fünften Lebenswoche unseres Sohnes stand fest, er müsse baldmöglichst an der Leber transplantiert werden – was für ein Schock! Erst die letzte Untersuchung der Gallengänge zeigte, dass es sich nicht um einen derart dramatischen Zustand handelte und aus der anstehenden Transplantation wurde: Nehmen Sie das Kind erst einmal mit nach Hause und stellen es in drei Monaten wieder vor.

Ich kann heute sagen, dass die Familienkonstellation durch Alpha-1 eine Besondere geworden ist. Bedingt durch die Unsicherheit und die Ängste hat unser Sohn in unserer vierköpfigen Familie über viele Jahre den größten Raum eingenommen. Das „Sich-unsicher-fühlen“, hat etwas mit uns gemacht, was zu Verschiebungen in der Aufmerksamkeit ihm gegenüber geführt hat, die es sonst wahrscheinlich nicht gegeben hätte. Gerade die ersten etwa sieben Jahre bis zur Ausreifung des Immunsystems waren eine aufreibende, turbulente Zeit, die uns gefordert hat und in der wir uns als Eltern keineswegs immer über alle Schritte einig waren. Entscheidend war, dass wir immer miteinander reden konnten – wenngleich auch manchmal mit einer gehörigen Portion Temperament – und gemeinsame Wege fanden. Aus dieser angespannten Lebenssituation ist etwas Gutes erwachsen: eine Familie, über die mein Mann und ich uns immer wieder sehr freuen können.

Einige Jahre wurde unser Sohn zur Schonung der Gallengänge mit Ursodeoxycholsäure medikamentös be-

handelt. Die Therapie konnte dann im Alter von etwa elf Jahren abgesetzt werden, da sich die Leberwerte normalisiert hatten.

Heute geht es unserem Sohn vergleichsweise gut und er ist tatsächlich bei Erkältungen in der Familie derjenige, der am wenigsten davon abbekommt. Über seine Erkrankung informiert war er immer, Fragen wurden, so gut es ging, beantwortet. Präventive Möglichkeiten wie z.B. Impfungen, Maßnahmen des persönlichen Lebensstils und die Notwendigkeit von ärztlichen Kontrollterminen sind ihm bestens bekannt. Als junger Erwachsener obliegt es ihm heute, sich selbst darum zu kümmern. Als Mutter freue ich mich, dass unser Sohn entschieden hat, sich in das Europaweite Register EARCO einzuschreiben und somit regelmäßige Untersuchungen seiner Lunge und Leber wahrnimmt.



Als Beirätin mit Schwerpunkt auf Familien ist es mir ein großes Anliegen, Eltern gut zu beraten, gerade dann, wenn die Erkrankung bei ihrem Kind neu diagnostiziert wurde und sie das Gefühl haben, dass ihre ganze Welt einstürzt. Die Diagnose bleibt, doch ich kann ihr durch die große Erfahrung oft etwas den Schrecken nehmen und Unterstützung geben, wie sich der Alltag gut bewerkstelligen lässt.



**Herzlich,
Gabi Niethammer**

Mitglied des Alpha-1 Patienten- und Betroffenenbeirates
Beratung und Betreuung von
Kindern und Jugendlichen
sowie deren Eltern
gabi.niethammer@alpha1-deutschland.org

Nutzen Sie Ihren nächsten Arztbesuch Lassen Sie sich testen!

Ob ein Alpha-1-Antitrypsin-Mangel vorliegt, sollte untersucht werden bei:

- Patientinnen und Patienten mit COPD (chronisch obstruktiver Bronchitis und/oder Lungenemphysem)
- Allen Patienten mit einer chronischen Lungenerkrankung, die sich trotz Behandlung nicht verbessert
- Verwandten ersten Grades (Eltern, Kinder, Geschwister) von Patienten mit einem nachgewiesenen AATM
- auftretenden Lebererkrankungen oder bei Lebererkrankungen, die in der Kindheit aufgetreten sind

Bei einem begründeten Verdacht kann der Haus- oder Lungenfacharzt eine kostenfreie Testung auf einen AAT-Mangel veranlassen.

Serumkonzentration im Blut

Zunächst bestimmt der Haus- oder Lungenfacharzt die Serumkonzentration des Alpha-1-Antitrypsins im Blut des Patienten mithilfe weniger Blutstropfen. Dies kann im Rahmen einer normalen Laboruntersuchung erfolgen. Befindet sich die Serumkonzentration unter einem bestimmten Grenzwert, weist das auf einen Alpha-1-Antitrypsin-Mangel hin. In diesem Fall wird das Blut des Betroffenen weiteren Analysen unterzogen und labor diagnostische Untersuchungen (Phäno- und Genotypisierung) geben Auskunft über die Art der Erbgutveränderung (Mutation).

Es gilt zu beachten, dass die Serumkonzentration während einer Entzündung, Infektion oder Verletzung um

Meine Mutter ist im März 2025 an Komplikationen durch Alpha1 verstorben. Ihre Diagnosegeschichte umfasste zehn Jahre, was einfach viel zu lange ist. Durch meine Arbeit erhoffe ich mir, dass wir mehr Menschen, insbesondere jüngere, erreichen und darauf aufmerksam machen, sich testen zu lassen. Das Ergebnis kann entscheidend sein.



Bei Alpha1 Deutschland e.V. betreue ich momentan die Social-Media-Kanäle und teile Informationen zu Veranstaltungen, nützliches und neues Wissen, Patientengeschichten sowie alles, was für unsere Community wichtig sein könnte.

Annkatrin Siegl
Annkatrin.siegl@alpha1-deutschland.org

Neue Empfehlung S2k-Leitlinie COPD 2026

Patient:innen, bei denen eine COPD diagnostiziert wurde, sollen einmalig auf einen Alpha-1-Antitrypsin-Mangel untersucht werden. Dies ist insbesondere deswegen wichtig, weil sich hieraus Folgen bezüglich der Beratung hinsichtlich Prognose und Verhalten ergeben, sowie spezifische therapeutische Maßnahmen ableitbar sein können.

Die angeborene Stoffwechselstörung AATM ist der häufigste Risikofaktor für COPD und Lungenemphysem.

Quelle: S2k Leitlinie, siehe www.awmf.org

mehr als das zweifache ansteigen kann und Menschen mit PiMZ oder PiMS eine ähnlich hohe Serumkonzentration haben können wie Gesunde (PiMM). Deshalb sollte man sich bei einem AAT-Mangel nicht nur auf die Proteinkonzentration verlassen, wie eine internationale Studie aus dem Jahr 2021 zeigt. Die Autoren schlagen in allen Verdachtsfällen immer die zusätzliche Durchführung einer Genanalyse vor.

Genetische Untersuchung mittels Wangenabstrich

Der AlphaID® zur genetischen Untersuchung mittels Wangenabstrich ist für Arzt und Patienten kostenfrei und kann ausschließlich durch den Arzt bezogen werden. Die Auswertung erfolgt in einem externen Labor.



Bei Fragen zum AlphaID® oder dessen Anwendung kann sich der Arzt an den Außendienst der Firma Grifols wenden (oder falls der nicht bekannt ist, an die Zentrale der Grifols Deutschland GmbH unter Tel.: 069 / 660 593 100). Alpha1 Deutschland e.V. (www.alpha1-deutschland.org) schickt auf Anfrage dem behandelnden Arzt auch gern allgemeines Informationsmaterial zur Alpha-1-Antitrypsin-Mangel-Erkrankung zu und vernetzt ggf. mit Alpha-1-Spezialisten. Wichtig ist, dass der Spender 30 Minuten vor der Entnahme des Wangenschleimhautabstrichs nicht essen, trinken (auch kein Wasser!), rauchen oder Kaugummi kauen darf.

Quellen: www.alpha1-deutschland.org, Broschüre Alpha-1-Antitrypsin-Mangel ... eine Wikingerkrankheit? www.copd-deutschland.de

Bestmögliche Betreuung Alpha-1-Center

Zu Alpha-1-Centern haben sich Ärzte in Praxen und Kliniken zusammengeschlossen, die durch ihre Expertise die bestmögliche Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Alpha-1-Antitrypsin-Mangel (AATM) erreichen möchten. Ein aktuelles Verzeichnis der Alpha-1-Center in Deutschland finden Sie auf www.alpha-1-center.org.

Erwachsene werden in der Regel in pneumologischen Alpha-1-Centern betreut. Alpha-1-Kindercenter sind der Ansprechpartner für betroffene Kinder und deren Eltern. Die Alpha-1-Zentren agieren in pneumologischen Fragen zum AATM in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt.

Alpha-1-Center fördern die Verbreitung von Wissen über AATM bei Ärzten, Betroffenen sowie deren Angehörigen. Sie bilden eine Schnittstelle zwischen Kollegen in Klinik und Praxis, dem AAT-Zentrallabor und dem Deutschen AATM-Register. Die bundesweiten Zentren stellen umfassendes und stets aktuelles Fachwissen zum AATM zur Verfügung.

Die Alpha-1-Center sind kein eigenständiger Verein, sondern arbeiten als Sektion unter dem Dach der Deutschen Atemwegsliga e.V.

Die AAT Zentren haben sich zu einem echten Erfolgsmodell entwickelt.

„Durch Vernetzung, Weiterbildungsmöglichkeiten und den regelhaften Austausch konnte die Versorgung der AAT Patienten deutlich verbessert werden“, so Professor Dr. Rembert Koczulla, Schönau und Sprecher der Alpha-1-Center.

Kontakt

Alpha-1-Center
c/o Deutsche Atemwegsliga e.V.
Raiffeisenstraße 38, 33175 Bad Lippspringe
Telefon 05252 – 933615
www.alpha-1-center.org
kontaktg@alpha-1-center.org

Alpha-1-Register

Der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel ist eine vererbte Erkrankung. Viele Fragen zur Ausprägung und zum Verlauf der Erkrankung sind noch offen. Mit Hilfe von

Registern und regelmäßigen Verlaufsuntersuchungen der betroffenen Personen wird die Möglichkeit geschaffen, Präventionsmaßnahmen und Behandlungsstrategien kritisch zu betrachten.

Mit den so gewonnenen Erkenntnissen soll mittel- und langfristig die Behandlung von Patienten mit AATM optimal angepasst werden.

- www.alpha-1-Register.de für Betroffene ab 18 Jahren der Med. Klinik V des Universitätsklinikums Homburg/Saar
- www.alpha1kids.de des Universitätsklinikums Bonn
- <https://www.earco.org> Register der EARCO, einem paneuropäischen Netzwerk, das sich der Förderung der klinischen Forschung und Ausbildung im Bereich des AATMs verschrieben hat.

Neu: Podcast Kaleidoskop Alpha-1

In der ersten Folge präsentieren Professor Koczulla, Schönau und Professor Greulich, Marburg, wichtige klinische Studien aus den Jahren 2025/2026. Diskutiert wird u.a. über aktuelle Entwicklungen hinsichtlich der Testung und neuer Studienergebnisse zur Diagnose und Therapie des AATM.

Den Podcast finden Sie bei den üblichen Anbietern, z. B. bei Spotify: <https://t1p.de/ag2wc>



Kompetente Unterstützung suchen

Als ich mit 40 Jahren die Diagnose des schweren Alpha-1-Antitrypsin-Mangels mit Genotyp PiZZ erhielt, war ich nicht nur am Boden zerstört, sondern mit der Situation völlig überfordert. Selbst mein Arzt formulierte ganz offen, er kenne sich nicht mit dieser Erkrankung aus und wir müssten uns nun beide zunächst informieren, was dies konkret für mich bedeute.

Ja, und auch Google gab es damals schon und war somit meine nächste Anlaufstelle – sogar, bevor ich mit meinem Mann gesprochen hatte. Ich landete auf sehr merkwürdigen Seiten, vielleicht hatte ich den Namen der Erkrankung auch einfach falsch geschrieben oder die Fragen waren zu lang? Heute weiß ich: Suchbegriffe sollten wohl überlegt verwendet werden. Als erstes erfuhr ich, dass ich nicht älter als 68 Jahre werden würde, zudem Sauerstoff und eine Transplantation benötige. Ich fand nur die ganz schrecklichen Vorhersagen, laut derer es nichts gab, was mir helfen könnte, und ich keinerlei Option hätte, Einfluss auf den Verlauf zu nehmen.

Diese Ergebnisse erhielt ich allerdings nur aufgrund meiner Unkenntnis, nach guten, d.h. fachlich kompetenten und geprüften, Informationen über die Erkrankung zu suchen. Nachdem sich die erste Aufregung gelegt hatte,

begab ich mich nochmals, diesmal gemeinsam mit meinem Mann, auf die Suche nach Fakten und Erklärungen. Mit etwas Abstand fanden wir nun auch die gut recherchierten Seiten. Und davon gibt es viele, auch das habe ich in den letzten 15 Jahren gelernt.

Unter anderem gelangte ich auf die Seite der Patientenorganisation Alpha1 Deutschland. Hier konnte ich mich zunächst einlesen. Anschließend rief ich dort an und wurde vom damaligen 1. Vorsitzenden sehr gut aufgefangen. Ich erhielt aufmunternde Informationen, Angebote zu Schulungsveranstaltungen der Selbsthilfegruppen und per Post diverse Unterlagen.



Die noch offenen Fragen nahm ich mit zu meinem nächsten Arztgespräch. Auch er hatte sich belesen und gemeinsam starteten wir in das „Abenteuer“ AATM – ein Langstreckenlauf, kein Sprint.

Marion Wilkens

1. Vorsitzende
Alpha1 Deutschland e.V.

Informiere Dich und teste, was Dir guttut



Ich bin **Thomas Heimann** (65) und habe aufgrund eines Alpha-1-Antitrypsin-Mangels ein ausgeprägtes Lungenemphysem. Meine Erstdiagnose erhielt ich 1996, im Alter von 36 Jahren. Seit 2006 wird der fehlende Wirkstoff substituiert, d.h. ich erhalte eine Infusionsersatztherapie mit Alpha-1-Antitrypsin.

Mit zunehmendem Alter wurde mir klar, dass die emphysematische Veränderung und somit die Zerstörung der Lungenbläschen durch die medikamentöse Therapie reduziert, jedoch nicht gänzlich aufgehalten werden kann. Zudem trägt der natürliche Alterungsprozess zu einer Reduzierung der Lungenfunktion bei. Dieser Entwicklung wollte ich aktiv entgegenreten. Auch, um eine möglicherweise drohende Transplantation zumindest hinauszuzögern. Rückblickend haben mir ganz persönlich – neben der medikamentösen Therapie – vor allem drei Maßnahmen geholfen:

Stationäre Rehabilitation: Während einer Rehabilitationsmaßnahme, die gut auf das eigene Krankheitsbild ab-

gestimmt ist, können Verhaltensweisen erlernt werden, die für die Gesunderhaltung bzw. die Wiedererlangung von Gesundheit hilfreich sind.

Sportliche Aktivitäten – vor allem, dranbleiben: Die Erkenntnisse über die für mich „richtigen“ Trainingsmethoden, die ich während der Rehabilitation erfahren habe, habe ich auch in meine Reha-Sporteinrichtung zu Hause getragen und dort mit meiner Trainerin einen gut abgestimmten Trainingsplan erarbeitet. Zwei- bis dreimal pro Woche setze ich die Übungen des Trainingsplans um.

Bindegewebssmassage: Eine weitere Erkenntnis aus einer meiner Rehabilitationsmaßnahmen ist, dass eine regelmäßige Bindegewebssmassage (BGM) bei mir und meiner individuellen Situation eine große Stütze darstellt, um die erzielten Erfolge langfristig aufrecht zu erhalten.

Mein Fazit

Natürlich, es gibt viele weitere Ansätze, um den Verlauf einer COPD oder eines AATM positiv zu beeinflussen. Zudem ist jeder Krankheitsverlauf individuell unterschiedlich... Generell gilt aber für alle: Bleiben Sie aktiv, verhindern Sie Vermeidungsstrategien!! Auch wenn es bergauf geht, schaffen wir das, nur, nicht so schnell!

Neues Video: Historie von Alpha1

Wenn Medizingeschichte lebendig wird

Letztes Jahr durfte ich für und mit Alpha1 Deutschland e.V. ein Gespräch mit **Prof. Dr. Sabina Janciauskiene** und **Marion Wilkens** zur Geschichte des Alpha-1-Antitrypsin-Mangels führen. Prof. Dr. Janciauskiene begleitet Alpha1 Deutschland als wissenschaftliche Fachberaterin und forscht seit vielen Jahren rund um Alpha1. Marion Wilkens wiederum setzt sich mit Herzblut, Ausdauer und beeindruckender Energie für Betroffene, ihre Angehörigen und mehr Aufmerksamkeit für die Erkrankung ein. Die Geschichte von Alpha1 reicht weit über die Erkrankung selbst hinaus. Sie erzählt auch davon, wie sich Medizin insgesamt weiterentwickelt und warum es sich lohnt, genauer hinzuschauen, wenn Beschwerden nicht so recht zu den üblichen Erklärungen passen.

Eine Entdeckung mit Folgen

Bis ins 19. Jahrhundert reichen die ersten Spuren von Alpha1 zurück. Damals gab es Begriffe wie DNA, Gene oder Proteinvarianten in unserem heutigen Verständnis noch nicht. Trotzdem beobachteten Forschende bereits, dass im Blut offenbar Stoffe vorkommen, die bestimmte eiweißabbauende Enzyme hemmen können. Der Durchbruch kam Anfang der 1960er-Jahre, als die beiden schwedischen Forscher Carl-Bertil Laurell und Sten Eriksson mithilfe neuer Laborverfahren zeigen konnten, dass bei einigen Patientinnen und Patienten mit frühem Lungenemphysem ein bestimmtes Protein fehlte, nämlich Alpha-1-Antitrypsin. Damit wurde plötzlich verständlich, warum auch Menschen ohne die klassischen Risikofaktoren wie Rauchen oder arbeitsbedingtem Feinstaub schwere Lungenschäden entwickeln können.

Im Video erfahren Sie unter anderem, welche wissenschaftlichen Durchbrüche diese Entdeckung möglich gemacht haben, warum Alpha-1-Antitrypsin bis heute eine so wichtige Rolle in der Medizin spielt und wie eng Forschung, Aufklärung und persönliche Erfahrungen miteinander verbunden sind.

Nie nur allein medizinische Fakten – sondern immer der Mensch

Was ich am Dreh dieses Videos besonders schön fand, war die Location selbst. Dass wir in der renommierten Thoraxklinik Heidelberg drehen durften, hat thematisch einfach perfekt gepasst. Hier arbeiten und forschen heu-

te viele Menschen, die sich aktiv für Alpha1 einsetzen – unter anderem auch Prof. Dr. Franziska Trudzinski (Mitglied im Beirat von Alpha1 Deutschland e.V.).

Das Gespräch verlief reibungslos und war auch inhaltlich und menschlich sehr beeindruckend für mich. Auch wenn ich die Inhalte bereits kannte, war es mehr als inspirierend zu sehen, wie viel Energie, Wissen und Leidenschaft von Marion und Sabina ausgehen. Dabei wurde mir noch einmal mehr bewusst, dass es bei Erkrankungen wie Alpha1 nie nur um medizinische Fakten geht, sondern immer um Menschen – Menschen, die betroffen sind, aber auch Menschen, die sich engagiert und voller Elan dafür einsetzen, dass erstere gesehen, verstanden und bestmöglich begleitet werden.



Warum Geschichte Hoffnung machen kann

In der Geschichte von Alpha1 steckt weit mehr als ein Blick zurück. Man erkennt, wie viele Menschen dazu beigetragen haben, dass wir heute so viel mehr über die Erkrankung wissen.

Dabei wird auch deutlich, dass Fortschritt selten geradlinig verläuft. Manchmal sind es neue technische Möglichkeiten, manchmal glückliche Zufälle und oft jahrelange harte Arbeit, die den entscheidenden Unterschied machen. Und manchmal braucht es den Mut, einer Spur weiter zu folgen, die auf den ersten Blick gar nicht besonders vielversprechend erscheint.

Vielleicht macht Geschichte genau deshalb auch Mut: Sie zeigt, dass Entwicklungen Zeit brauchen und dass Fortschritt auf dem Wissen und Engagement vieler verschiedener Menschen aufbaut. Erst wenn man zurückschaut, sieht man, wie weit man gekommen ist – ganz unabhängig davon, wie viel Weg noch vor einem liegt.



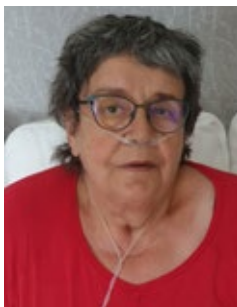
Leyla Gür
Ultrabold,
Mannheim

Den Code scannen
oder per Link über
www.alpha1-deutschland.org
zum Video



Servicetelefon 0800 – 5894662

Mein Name ist **Petra Objartel** und ich bin an Alpha1 erkrankt. Seit geraumer Zeit betreue ich das Servicetelefon von Alpha1 Deutschland e.V. Dieser Service wurde eingerichtet, um z. B. neu diagnostizierte Menschen über ihre Erkrankung zu informieren, Kontakte zu unseren Selbsthilfegruppen herzustellen und Tipps rund um die Erkrankung zu geben.



Natürlich können sich auch unsere Mitglieder in allen anderen Fragen, die unseren Verein betreffen, an uns wenden. Das Servicetelefon ist für alle Ratsuchenden kostenlos und wird ehrenamtlich betreut.

Da ich gerne mit Menschen zu tun habe, kann ich über das Servicetelefon einen Beitrag leisten und Informationen über unsere Erkrankung weitergeben. Diese Aufgabe bereitet mir Freude. Bei meinen Recherchen zu den vielfältigen Fragen der Hilfesuchenden lerne ich davon immer noch etwas dazu und profitiere sogar selbst. Bei schwierigen oder medizinischen Fragestellungen vermittele ich weiter an kompetente AnsprechpartnerInnen.

Weitergabe eigener Erfahrungen

zu technischen Fragen der Langzeit-Sauerstofftherapie und zur Lungentransplantation

Bereits 2010 wurde mir in der Rehaklinik in Schönau Flüssigsauerstoff verordnet. Zu diesem Zeitpunkt gab es noch wenige schriftliche Informationen. Die damals bestehende SauerstoffLiga ermöglichte mir jedoch, viel zu lernen und Erfahrungen auszutauschen. Heute kann ich dieses Wissen an andere weitergeben.

Im Jahr 2016 wurde meine Lunge in der MHH Hannover transplantiert. Leider hatte ich vor der Transplantation keinen Kontakt zu anderen gelisteten Betroffenen. Erst während der Rehabilitation nach meiner Transplantation wurde mir klar, wie wichtig und wertvoll der persönliche Austausch mit Gleichgesinnten bei einschneidenden Ereignissen ist. Daher möchte ich auch in diesem Bereich meine Erfahrungen zur Langzeit-Sauerstofftherapie und zur Transplantation teilen.



Uwe Deter

uwe.deter@alpha1-deutschland.org

Alpha-1-Journal

Aktuelle Ausgabe 1/2026

Das Alpha1 Journal informiert verständlich über Alpha-1-Antitrypsin-Mangel, Forschung, Therapie und das Leben mit der Erkrankung.

Es verbindet medizinisches Wissen mit Patientenerfahrungen und gibt Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten Orientierung und eine Stimme.



Angebote des Alpha1 Deutschland e.V.

Nur ein kleiner Auszug:

- Alpha-1-Selbsthilfegruppen bundesweit
- jährlicher Infotag, 09.-10.04.2027 in Göttingen
- wöchentliche Online-Lungensportgruppe
- Gedächtnistraining mit Beate
- YouTube-Kanal mit vielfältigen Erklärvideos
- Neu: Alpha-1-Podcast
- Alpha-1-Newsletter

Kontakt

Alpha1 Deutschland
Gesellschaft für Alpha-1-Antitrypsin-Mangel Erkrankte e.V.

Alte Landstraße 3, 64579 Gernsheim
Servicehotline **0800 – 5894662**

info@alpha1-deutschland.org

www.alpha1-deutschland.org



Lungenwetter

Das Wetter

...tut mir wieder mal nicht gut



Warum starke Temperaturschwankungen bei chronischen Atemwegserkrankungen Beschwerden machen können

Morgens mild, mittags warm und am Abend plötzlich nasskalt: Gerade im Herbst können sich Temperatur, Luftfeuchtigkeit und Wind innerhalb weniger Stunden schnell ändern. Viele Menschen mit chronischen Lungenerkrankungen kennen das Gefühl: Plötzlich fällt das Atmen schwerer, der Husten nimmt zu oder man ist nicht belastbar wie gewohnt. Das ist keineswegs nur „Wetterfühligkeit“. Unsere Atemwege müssen die eingeatmete Luft ständig an die Bedingungen im Körper anpassen. Bei einer vorgeschädigten Lunge sind die Reserven dafür jedoch begrenzt.

Unsere Atemwege arbeiten wie eine Klimaanlage

Bevor die eingeatmete Luft die empfindlichen Lungenbläschen erreicht, muss sie gereinigt, erwärmt (oder gekühlt), und angefeuchtet werden. Einen großen Teil dieser Arbeit übernimmt die Nase. Bei einem plötzlichen Temperaturabfall muss das Atemwegssystem innerhalb kürzester Zeit deutlich kältere und häufig trockenere Luft verarbeiten. Bei gesunden Menschen gelingt dies normalerweise problemlos. Bei chronischen Lungenerkrankungen können solche Veränderungen dagegen Beschwerden auslösen. Vor allem kalte Luft entzieht den Schleimhäuten Wärme und Feuchtigkeit. Die Bronchien können sich als Reaktion etwas zusammenziehen, Hustensensoren werden gereizt und Sekret kann zäher werden.

Bei **COPD** trifft dies auf ohnehin bereits chronisch entzündete und verengte Bronchien. Die Ausatmung wird schwieriger, Luft bleibt stärker in der Lunge „gefangen“ und die Überblähung nimmt zu. Husten, Auswurf und Atemnot können sich verstärken. Dass dieser Zusammenhang messbar ist, wurde bereits in einer klassischen Untersuchung von COPD-Patienten gezeigt: Sinkende Temperaturen gingen mit verstärkten Beschwerden, einer Verschlechterung der Lungenfunktion und einer höheren Wahrscheinlichkeit von Exazerbationen einher (Donaldson et al., 1999).

Bei **Lungenfibrose** liegt das Problem etwas anders. Hier ist in erster Linie das Lungengewebe vernarbt und dadurch weniger dehnbar. Die Betroffenen müs-

sen bereits für normale körperliche Belastungen mehr Atemarbeit leisten. Kommen Kälte, Wind oder ein Wetterumschwung hinzu, steigt der Sauerstoffbedarf – die ohnehin geringe Reserve ist schneller ausgeschöpft. Atemnot und trockener Reizhusten können dadurch stärker werden.

Warum gelingt die Anpassung nicht mehr so schnell?

Entscheidend ist die sogenannte **Atemreserve**. Ein Lungengesunder benötigt im Alltag nur einen Teil seiner maximal möglichen Atemleistung. Bei fortgeschrittener COPD oder Lungenfibrose wird bereits beim normalen Gehen, Treppensteigen oder Einkaufen ein wesentlich größerer Anteil dieser Reserve benötigt. Dann genügt manchmal ein zusätzlicher Belastungsfaktor:

Kälte + Wind + hohe Luftfeuchtigkeit + körperliche Belastung + eventuell ein beginnender Infekt.

Was ein Gesunder kaum bemerkt, kann für einen Lungenkranke deshalb den entscheidenden Unterschied ausmachen. Bei COPD kommen zusätzlich verengte Bronchien, vermehrte Schleimbildung, eine gestörte Selbstreinigung der Atemwege und häufig eine Überblähung hinzu. Bei der Lungenfibrose stehen dagegen die eingeschränkte Dehnbarkeit der Lunge und eine oftmals verminderte Sauerstoffaufnahme im Vordergrund.

Herbst, Nebel und hohe Luftfeuchtigkeit

Viele Patienten empfinden besonders feuchtkalte Herbsttage als unangenehm. Dabei enthält feuchte Luft keineswegs weniger Sauerstoff in einem für die Atmung relevanten Ausmaß. Das Gefühl der „schweren Luft“ entsteht vielmehr durch das Zusammenspiel verschiede-





ner Faktoren. Bei Nebel ist die Luft häufig kühl und nahezu vollständig mit Feuchtigkeit gesättigt. Gleichzeitig herrscht oft wenig Wind. Bei sogenannten Inversionswetterlagen wird die bodennahe Luft kaum ausgetauscht. Feinstaub, Verkehrsabgase und andere Schadstoffe können sich deshalb stärker in Bodennähe ansammeln. Gerade bei COPD können solche Schadstoffe die ohnehin entzündeten Bronchien zusätzlich reizen.

Im Herbst kommt ein weiterer wichtiger Faktor hinzu: Atemwegsinfekte werden häufiger. Ein vermeintlich wetterbedingter Husten kann deshalb manchmal

bereits der Beginn einer Infektion und damit einer COPD-Exazerbation sein. Der aktuelle GOLD-Report weist darauf hin, dass Umweltbelastungen und Atemwegsinfekte wichtige Faktoren für Entstehung und Verschlechterungen der COPD darstellen (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2026, www.goldcopd.org).

Wetterwechsel oder Krankheitsschub?

Nicht jede vorübergehende Zunahme der Atemnot bedeutet eine bedrohliche Verschlechterung. Typische Wetterbeschwerden bessern sich häufig wieder, sobald man sich in einer angenehm temperierten Umgebung befindet oder sich die Wetterlage bessert. Aufmerksam werden sollte man dagegen, wenn die Beschwerden über das gewohnte Maß hinausgehen. Warnzeichen sind beispielsweise:

- deutlich stärkere Atemnot als sonst,
- vermehrter Husten,
- deutlich mehr Auswurf,
- gelber oder grüner Auswurf,
- Fieber oder Krankheitsgefühl,
- ungewöhnlich hoher Bedarf an Notfallspray oder
- eine deutlich niedrigere Sauerstoffsättigung als gewöhnlich.



Eine solche Verschlechterung sollte nicht einfach dem Wetter zugeschrieben, sondern ärztlich abgeklärt werden.



Dr. med. Michael Barczok
Facharzt für Innere Medizin,
Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Sozial-, Schlaf- und Umweltmedizin
Lungenzentrum Ulm
www.lungenzentrum-ulm.de

Literatur

- Donaldson, G. C., Seemungal, T., Jeffries, D. J., & Wedzicha, J. A. (1999). Effect of temperature on lung function and symptoms in chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Journal*, 13(4), 844–849. <https://doi.org/10.1034/j.1399-3003.1999.13d21.x>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2026). Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2026 report. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.

Sieben Tipps bei Wetterwechsel

1. Wetter und Luftqualität beobachten

Nicht nur auf Regen oder Temperatur achten. Gerade starke Temperaturabfälle, Nebel, hohe Feinstaubwerte und ausgeprägte Hitze können für Lungenkranke bedeutsam sein.

2. Kalte Luft anwärmen

Bei Kälte möglichst durch die Nase atmen. Ein locker vor Mund und Nase getragener Schal kann die eingeatmete Luft zusätzlich erwärmen und anfeuchten.

3. Langsam in Bewegung kommen

Nicht aus der warmen Wohnung heraus sofort schnell gehen oder schwere Taschen tragen. Die ersten Minuten bewusst langsam beginnen und dem Körper Zeit zur Anpassung geben.

4. Medikamente zuverlässig anwenden

Die verordnete Dauertherapie sollte auch an guten Tagen durchgeführt werden. Das Bedarfsmedikament gehört unterwegs griffbereit in die Tasche.

5. Bei Nebel und schlechter Luft Belastungen reduzieren

Bei dichtem Nebel oder erhöhter Feinstaubbelastung längere Spaziergänge oder intensives Training möglichst auf einen günstigeren Zeitpunkt verschieben. Bewegung kann an solchen Tagen in Innenräume verlegt werden.

6. Warm bleiben – aber dennoch aktiv bleiben

Mehrere Kleidungsschichten schützen vor rascher Auskühlung. Vollständige körperliche Schonung ist jedoch meistens nicht sinnvoll: Regelmäßige Bewegung und Lungensport erhalten die Leistungsfähigkeit.

7. Warnzeichen ernst nehmen

Zunehmende Atemnot, stärkerer oder verfärbter Auswurf, Fieber oder ein ungewöhnlicher Abfall der Sauerstoffsättigung sind nicht einfach „nur das Wetter“. Dann sollte frühzeitig ärztlicher Rat eingeholt werden.

Dr. Michael Barczok

...beantwortet *Ihre* Fragen

Atemwegs- und Lungenerkrankungen sind meist sehr komplex. Die Lunge ist als zentrales „Umweltorgan“ permanenten Einflüssen ausgesetzt, denn mit jedem Atemzug gelangt die Außenluft direkt über die Atemwege in die Lunge. Wetterbedingungen wie Temperatur, Luftfeuchtigkeit und Luftdruck wirken sich unmittelbar aus. **Dr. med. Michael Barczok**, Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Sozial-, Schlaf- und Umweltmedizin, Lungenzentrum Ulm, beantwortet Ihre Fragen.

1.

Ich habe eine recht heftige Milbenallergie und nicht mehr nur in der kalten Jahreszeit, sondern inzwischen auch ganzjährig Beschwerden. Woran liegt das? Ich muss ständig niesen, immer häufiger auch husten, manchmal habe ich Druck auf der Brust – vor allem am Vormittag. Medikamentös mache ich derzeit nichts, ich setze entsprechende Bettwäsche ein und versuche Staubfänger zu vermeiden. Auf meine Frage, ob eine Hyposensibilisierung sinnvoll wäre, ist mein Arzt bisher nicht eingegangen.

Nun habe ich von einem Bekannten gehört, dass der Einsatz einer „Nasendusche“ hilfreich sein könnte. Was halten Sie davon und wie sollte ich diese ggf. anwenden? Meine große Sorge ist, ein Asthma zu entwickeln. Ellen, 57 Jahre

Hausstaubmilben sind keine typischen „Saisonalergene“ wie Pollen. Sie kommen das ganze Jahr über vor – besonders in Matratzen, Kopfkissen, Bettdecken, Polstermöbeln und Teppichen. Dass die Beschwerden früher vor allem im Herbst und Winter aufgefallen sind, passt trotzdem gut: In der kalten Jahreszeit hält man sich mehr in Innenräumen auf, es wird weniger gelüftet, und in Bett und Schlafzimmer ist der Kontakt mit Milbenallergenen besonders intensiv. Außerdem ist die Luft in der kalten Jahreszeit deutlich trockener, weshalb Milben eher absterben. Für die Allergie verantwortlich sind nicht die Milben selbst, sondern ihre Exkremente und die Bestandteile zerfallener Milben. Und die sind im Winter in der Luft stärker enthalten.

Wenn Sie vor allem morgens und vormittags niesen oder husten, spricht das dafür, dass die nächtliche Allergenbelastung im Bett eine wichtige Rolle spielt.



Neu auftretender Husten, Engegefühl oder Druck auf der Brust sollte man bei einer Milbenallergie ernst nehmen. Das kann ein Hinweis sein, dass nicht nur die Nase, sondern auch die Bronchien beteiligt sind.

Eine **Nasendusche** kann sinnvoll sein. Am besten verwenden Sie eine isotonische Salzlösung, also eine Lösung mit der richtigen Salzkonzentration. Sie kann Allergene und Sekret aus der Nase spülen, die Schleimhaut befeuchten und Niesen oder eine verstopfte Nase lindern. Wichtig ist: Eine Nasendusche ersetzt keine antiallergische Behandlung und hilft nicht gegen Beschwerden in den Bronchien.

Zusätzlich sollten Sie die **Milbenbelastung** im Schlafzimmer möglichst **senken**: milbendichte Bezüge für Matratze, Kissen und Bettdecke, Bettwäsche regelmäßig bei 60 °C waschen, Staubfänger reduzieren, Teppiche und schwere Vorhänge möglichst vermeiden.

Bei Husten und Brustdruck empfehle ich Ihnen eine **allergologische und pneumologische Abklärung**. Sinnvoll sind eine Lungenfunktionsprüfung, gegebenenfalls ein Bronchialtest, und eine Überprüfung der aktuellen Allergiesituation. Wenn sich Hinweise auf ein beginnendes Asthma zeigen, sollte frühzeitig behandelt werden.

Eine **spezifische Immuntherapie**, oft „Hyposensibilisierung“ genannt, kommt bei bestätigter Hausstaubmilbenallergie sehr wohl infrage – besonders dann, wenn die Beschwerden trotz sinnvoller Allergenvermeidung und Medikamenten weiter bestehen. Sie ist die einzige Behandlung, die an der allergischen Ursache ansetzt. Sie kann Beschwerden und Medikamentenbedarf verringern und den Verlauf günstig beeinflussen.

Eine Garantie, dass niemals Asthma entsteht, gibt es zwar nicht; bei geeigneten Patientinnen und Patienten ist die Immuntherapie aber eine wichtige Option, die Sie gezielt ansprechen sollten.

2.

Ich sitze oft stundenlang im Auto, da ich häufig meine 500 km entfernt wohnenden Enkel besuche. Ich habe ein schweres Asthma, was gerade mit einer Antikörpertherapie neu eingestellt wird, und habe zusätzlich eine Pollenallergie eine Hyposensibilisierung sei nicht möglich.

Nun beschäftigt mich der Pollenfilter in der Klimaanlage meines Autos, denn ich habe den Eindruck, dass die Pollen immer heftiger werden. Wie häufig sollte dieser gewechselt werden, welche Filter sind besonders geeignet? Was kann ich sonst noch tun, um den Einfluss der Pollen zu reduzieren?

Theresa, 57 Jahre

Bei schwerem Asthma und starker Pollenallergie lohnt es sich sehr, auf den Innenraumfilter des Autos zu achten. Dieser Filter wird auch **Kabinen- oder Pollenfilter** genannt. Er reinigt die Luft, die über Lüftung und Klimaanlage in den Innenraum gelangt. Ist er verschmutzt oder alt, lässt seine Wirkung nach – und die Luft im Auto kann wieder stärker mit Pollen, Staub oder Schadstoffen belastet sein.

Für Allergikerinnen und Allergiker reicht ein Wechsel „irgendwann bei der Inspektion“ oft nicht aus. Als Faustregel gilt: mindestens einmal jährlich, am besten vor Beginn der Pollensaison. Bei sehr starker Allergie, schwerem Asthma, vielen Fahrten oder hoher Staubbelastung kann ein Wechsel alle sechs Monate sinnvoll sein.

Geeignet sind **hochwertige Kombifilter**, die nicht nur Pollen und Staub, sondern auch feine Partikel und möglichst gasförmige Reizstoffe zurückhalten. Aktivkohlefilter können zusätzlich Gerüche und bestimmte Schadgase reduzieren. Einige Hersteller bieten spezielle Allergiker- oder Feinstaubfilter an. Wichtig ist, dass der

Anwendung Nasendusche



Eine isotone Kochsalzlösung (0,9 % NaCl) ist optimal für die Nasendusche, da sie der Salzkonzentration der Körperzellen entspricht. Eine Nasendusche reinigt die Nase sanft, befeuchtet die Schleimhäute, spült Pollen oder Schmutz aus und reizt nicht.

Fertige Kochsalzlösungen und Spülgeräte werden z. B. in der Apotheke angeboten. Möchten Sie keine fertige Lösung verwenden, können Sie diese ggf. selbst mischen. Hierbei ist folgendes zu beachten:

- **Mischverhältnis:**

Lösen Sie 0,9 g Kochsalz (reines Salz, ohne jegliche Zusätze) in 100 ml Wasser auf. Eine zu hohe Konzentration kann auf der Nasenschleimhaut brennen.

- **Keimfreiheit:**

Verwenden Sie unbedingt abgekochtes Wasser, das mindestens 3 Minuten sprudelnd gekocht hat oder steriles Wasser, um Infektionen zu vermeiden.

- **Temperatur:**

Die Nasenspülung sollte vor Anwendung immer auf Körpertemperatur bzw. „Handwärme“ abgekühlt bzw. erwärmt werden.

- **Hygiene:**

Spülen Sie die Nasendusche nach jeder Anwendung gründlich mit heißem Wasser aus und lassen Sie sie vollständig an der Luft trocknen.

- **Häufigkeit:**

Bei akutem Schnupfen oder Allergien ist eine tägliche ein- bis dreimalige Anwendung der Nasendusche sinnvoll.

1. Beugen Sie sich tief über ein Waschbecken und drehen Sie den Kopf leicht zur Seite.

2. Öffnen Sie den Mund weit und atmen Sie während der gesamten Spülung ruhig durch den Mund ein und aus. Dadurch hebt sich das Gaumensegel und es gelangt kein Wasser in den Rachen.

3. Setzen Sie das Ansatzstück dicht an das obere Nasenloch an. Bei Kannen lassen Sie das Wasser durch den Druck der Schwerkraft hineinlaufen. Bei Spülflaschen drücken Sie das Ventil. Die Lösung fließt durch das eine Nasenloch ein und durch das andere wieder hinaus.

4. Spülen Sie zunächst etwa die Hälfte der Lösung durch das eine Nasenloch und wechseln Sie dann die Seite und spülen die restliche Lösung durch das andere Loch.

Filter zu Ihrem Fahrzeugmodell passt und fachgerecht eingebaut wird. Ein einfacher, alter Papierfilter ist bei schwerer Pollenallergie meist nicht die beste Wahl.

Noch wichtiger als der Filtertyp ist die konsequente Anwendung im Alltag. Hier ein paar **Tipps**: Fahren Sie in der Pollensaison möglichst mit geschlossenen Fenstern. Stellen Sie die Lüftung so ein, dass die Luft nicht direkt ins Gesicht bläst. Die Umluftfunktion kann kurzfristig helfen, etwa bei hoher Pollenbelastung, im Stau oder beim Vorbeifahren an frisch gemähten Wiesen. Dauerhaft sollte Umluft aber nicht laufen, weil die Luftqualität im Innenraum sonst schlechter wird und die Scheiben beschlagen können.

Auch die **Klimaanlage sollte regelmäßig gewartet werden**. Feuchtigkeit im System kann Gerüche und Schimmelbildung begünstigen. Wenn das Auto muffig riecht oder die Augen und Atemwege nach dem Einschalten der Lüftung gereizt sind, sollte die Anlage überprüft werden.



Praktische Zusatzmaßnahmen helfen ebenfalls:

Parken Sie möglichst nicht direkt unter blühenden Bäumen oder neben Wiesen. Saugen Sie den Innenraum regelmäßig, wischen Sie glatte Flächen feucht ab und verwenden Sie gut zu reinigende Fußmatten. Nach einem Spaziergang mit hoher Pollenbelastung kann es sinnvoll sein, Jacke oder Haare nicht unnötig „ins Auto einzutragen“.

Eine Antikörpertherapie gegen schweres Asthma kann sehr wirksam sein, ersetzt aber nicht die Allergenvermeidung. Der Pollenfilter ist deshalb keine Nebensache, sondern ein sinnvoller Baustein, um die Pollenbelastung im Alltag zu senken.

Anzeige

LEICHTER ATMEN

Ob zäher Schleim das Abhusten erschwert, Stress und Unruhe ständige Begleiter sind oder die Kraft zum tiefen Atmen fehlt: Für die Unterstützung von Atemwegen, Zwerchfell und der Atmung über die Nase gibt es passende Hilfsmittel.

Sie unterstützen gezielt Schleim zu lösen, die Atempumpe zu stärken und besser zu entspannen.

Mehr erfahren: ceglade.de/produkte/

Atemtherapie

über die Nase

RC-Cornet® PLUS NASAL

Für das Lösen von Nasen- und Rachenschleim
(verordnungsfähig)



über den Mund

RC-Cornet® PLUS

Für das Lösen von Bronchialschleim
(verordnungsfähig)



Atemtraining

über Mund & Nase

RC-FIT® DUO
2-in-1: RC-FIT® CLASSIC
+ Nasenstück

Für die Reaktivierung der natürlichen Nasenatmung



über den Mund

RC-FIT® CLASSIC

Für Atemkraft, Entspannung und bei Atemnot
(verordnungsfähig)



Tägliches Training

Die motivierende Kartoffel

...oder alles hängt mit allem zusammen



Eine optimale Kombination, Training und Genuss – oder einfach „Frisch“ – da kann man nur lächeln...



Nein, eigentlich sind Kartoffeln kein Trainingsgerät, sondern eine hervorragende Nährstoff- und Energiequelle für ein intensives Ganzkörpertraining.

Kartoffeln sind hilfreich für:

- **Schnelle Energie:** Sie enthalten Stärke zum Auffüllen der Glykogenspeicher der Muskeln und geben somit Kraft für das Training.
- **Starke Muskeln:** Sie enthalten Kalium. Dieser Mineralstoff ist wichtig für eine reibungslose Muskelkontraktion.
- **Gute Regeneration:** In Kombination mit einer Eiweißquelle (z. B. Eiern oder Quark) erhält der Körper eine Mahlzeit mit extrem hoher biologischer Wertigkeit für den Muskelaufbau.

...also doch ein Zusammenhang zum Training.

Übung leicht

Ausgangsstellung:

Stabiler Stand, die Beine stehen hüftbreit. Das Kartoffelnetz auf die rechte Seite nehmen.

Atmung – Atemkoordination, Training der Flankenatmung, Brustkorbmobilisation

Mit der Einatmung durch die Nase langsam zur rechten Seite tief gehen, mit der Ausatmung über die dosierte Lippenbremse – langsames Ausströmen der Luft über die Lippen – wieder aufrichten. Nach einigen Wiederholungen die Seite wechseln.

Variation: nach der Einatmung durch die Nase die Stellung auf der Seite halten und die Atmung ganz

bewusst weiter fließen lassen. Zusätzlich

der Atmung nachspüren, ob sie mehr in den Bauch, in den Brustkorb oder in die Seite fließt.

Training – Armkräftigung

Mit der Ausatmung über die dosierte Lippenbremse – langsames Ausströmen der Luft über die Lippen – den Unterarm anbeugen, mit der Einatmung durch die Nase langsam wieder nach unten strecken. Nach einigen Wiederholungen die Seite wechseln.



Tägliches Training und eine ausgewogene Ernährung (angepasst an die Lungenerkrankung, siehe Beitrag ab Seite...) bilden eine untrennbare Einheit, da die gezielte Nahrung die Bausteine und die Energie für die Bewegung liefert, während das Training wiederum den nötigen Reiz für die körperliche Anpassung setzt – auch bzw. gerade bei chronischen Lungenerkrankungen.



Viel Spaß und Erfolg beim Üben!

Ihre
Michaela Frisch
 Stellvertretende Vorsitzende AG
 Lungensport
www.lungensport.org

Konkrete Ziel- formulierung mit SMART



(lesen Sie hierzu Seite 4ff.)

S – präzises Ziel: Ganzkörpertraining, Gleichgewichtsschulung, Armkräftigung, Stabilisierung des Rumpfes, Atemkoordination, Brustkorbmobilisation, Training der Flankenatmung

M – messbares Ziel: empfindbare Verbesserung der Brustkorbmobilisation

A – sinnvolles Ziel: Unterstützung der Atmung

R – realistisches Ziel: Auswahl zwischen Übung leicht, mittel und belastend

T – zeitliches Ziel: Ausführung 10 x, ein Durchgang, täglich, nach einer Woche zwei Durchgänge, nach zwei Wochen drei Durchgänge

Übung mittel

Ausgangsstellung:

Stabiler Stand, die Beine stehen hüftbreit. Das Kartoffelnetz hinter dem Rücken mit beiden Händen halten

Atmung – Atemkoordination, Brustkorbmobilisation

Mit der Einatmung durch die Nase den Oberkörper weiter aufrichten, die Schultern nach hinten unten drücken. Mit der Ausatmung über die dosierte Lippenbremse – langsames Ausströmen der Luft über die Lippen – wieder lösen.

Training – Armkräftigung, Stabilisierung des Rumpfes

Mit der Ausatmung über die dosierte Lippenbremse – langsames Ausströmen der Luft über die Lippen – die Arme hinter dem Rücken anbeugen, dabei den Oberkörper aufrecht halten und die Schultern nicht hochziehen. Mit der Einatmung durch die Nase langsam wieder nach unten absinken.

Übung belastend

Ausgangsstellung:

Stabiler Stand, die Beine stehen hüftbreit. Das Kartoffelnetz auf der rechten Seite halten

Atmung – Atemkoordination, Brustkorbmobilisation, Training der Flankenatmung

Mit der Einatmung durch die Nase den Arm mit dem Kartoffelnetz nach hinten führen, über die Schulter schauen. Mit der Ausatmung über die dosierte Lippenbremse – langsames Ausströmen der Luft über die Lippen – wieder nach vorne. Nach einigen Wiederholungen die Seite wechseln.

Training – Armkräftigung, Ganzkörpertraining, Gleichgewichtsschulung

Den rechten Arm mit dem Kartoffelnetz und das linke Bein mit der Ausatmung über die dosierte Lippenbremse – langsames Ausströmen der Luft über die Lippen – anbeugen, mit der Einatmung durch die Nase wieder zur Ausgangsstellung zurückkehren. Nach einigen Wiederholungen die Seite wechseln.

Sauerstoff

Wie das passende Hilfsmittel

...bei der Zielerreichung unterstützt

Sauerstoff wird für die Energiegewinnung aus der Nahrung, durch die sogenannte **Zellatmung**, verarbeitet. Doch was geschieht, wenn der Organismus nicht ausreichend Sauerstoff aufnehmen kann?

Ist der Sauerstoffgehalt im Blut zu niedrig, kann der Körper Kohlenhydrate, Fette und Eiweiße nicht mehr ausreichend zur Energiegewinnung nutzen. Die daraus entstehende Unterversorgung beeinträchtigt Körperfunktionen.

Gut zu wissen: Sauerstoffmangel macht sich nicht nur durch Atemnot oder Kurzatmigkeit bemerkbar. Auch Symptome wie anhaltende Müdigkeit, Konzentrationsstörungen oder verminderte Leistungsfähigkeit können auf eine unzureichende Sauerstoffversorgung (Energiemangel) hinweisen.

Wird ein chronischer Sauerstoffmangel (Hypoxämie) durch eine **Blutgasanalyse*** festgestellt, wird i. d. R. eine Langzeit-Sauerstofftherapie verordnet. Ziel hierbei ist es, den Körperzellen wieder ausreichend Sauerstoff für die Energiegewinnung zur Verfügung zu stellen.

Eine *Blutgasanalyse (BGA) misst die Gase im Blut und das Säure-Basen-Verhältnis, um den Sauerstoffgehalt, den Kohlendioxidgehalt und den pH-Wert zu prüfen. Sie ist ein wichtiges Diagnoseinstrument, um den Schweregrad der Lungenkrankheit zu bestimmen und die richtige Behandlung auszuwählen.

Um die Sauerstoffversorgung des Körpers zu verbessern, kommen Hilfsmittel zum Einsatz, z. B. Sauerstoffkonzentratoren oder Flüssigsauerstoffsysteme. Welches Hilfsmittel geeignet ist, hängt von persönlichen Bedürfnissen ab. „Das Beste“ lässt sich nicht pauschal benennen.

Voraussetzung für die Zielerreichung

Ein geeignetes Hilfsmittel ist die wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der Langzeit-Sauerstofftherapie. Deshalb ist es ratsam, sich damit auseinanderzusetzen. Die auf der folgenden Seite aufgeführten Themenkomplexe können mittels Selbsttests helfen, einzuschätzen ob die Hilfsmittelauswahl passend ist. Die Aussagen können mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Jede „Nein“-Antwort weist auf einen möglichen Handlungsbedarf hin.

Bei offenen Fragen oder Unsicherheiten unterstützt der spezialisierte Hilfsmittelversorger als kompetenter Ansprechpartner. Dank seiner Erfahrung und seines Produktsortiments kann er dabei helfen, geeignete Lösungen für die individuell beste Versorgung zu finden.

Sind die Voraussetzungen für Ihren Therapieerfolg gegeben? Dann kann es weitergehen!

Eine Langzeit-Sauerstofftherapie erreicht ihr Ziel, wenn sie im Alltag sicher angewendet wird. Auswahl des Hilfsmittels und der richtige Umgang damit tragen zwar entscheidend zum Therapieerfolg bei, es gilt jedoch ein **wichtiger Grundsatz**:

Den größten Einfluss auf die Therapie hat der Patient. Der Patientenwille ist der Schlüssel zum Erfolg, auf dem Ärzte und Hilfsmittelversorger aufbauen. Erst die Umsetzung der Therapie macht gesundheitliche Auswirkungen spürbar. Weder der behandelnde Arzt noch der Hilfsmittelversorger können eine fehlende Therapietreue ersetzen – sie können jedoch unterstützen, beraten und gemeinsam mit dem Patienten Lösungen finden.

Die regelmäßige Überprüfung des eigenen Wissens und der praktischen Fähigkeiten hilft, Unsicherheiten frühzeitig zu erkennen und die Therapie sicher umzusetzen. Deshalb gilt: **Seien Sie mutig – stellen Sie Fragen!**

Ihr Hilfsmittelversorger und Ihr behandelndes medizinisches Team stehen Ihnen als kompetente Ansprechpartner zur Seite.



Anja Spaja

air-be-c Medizintechnik GmbH
Telefon 0365 – 20571818

www.air-be-c.de
info@air-be-c.de



*Mein Sauerstoffsystem ist
genau auf meine Bedürf-
nisse abgestimmt, es passt!*



Ihr Selbsttest zur Verbesserung der eigenen Einschätzung

Verständnis für die Sauerstofftherapie:

- ☐ Ich weiß, warum mir eine Langzeit-Sauerstofftherapie verordnet wurde.
- ☐ Den Nutzen für meine Gesundheit kenne ich.
- ☐ Mir ist bekannt, warum ich die Therapie nicht nur bei Atemnot anwenden soll.

Sauerstoffdosierung:

- ☐ Ich kenne meine Sauerstoffdosierung in Ruhe, während des Schlafs und unter Belastung (in l/min oder Einstellstufe).
- ☐ Ich weiß, wie ich die verordnete Sauerstoffdosierung an meinem Hilfsmittel richtig einstelle.
- ☐ Ich kenne die Risiken einer zu niedrigen bzw. einer zu hohen Sauerstoffdosierung.

Lebensqualität:

- ☐ Ich fühle mich im Alltag (z. B. Einkauf) mit meinem Hilfsmittel nicht oder kaum eingeschränkt.
- ☐ Ich kann soziale Kontakte aktiv pflegen und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen.
- ☐ Reisen und Sauerstoff sind für mich keine Widerstände.

Handhabung:

- ☐ Ich fühle mich sicher im Umgang mit meinem Hilfsmittel.
- ☐ Ich kann mein Hilfsmittel eigenständig in Betrieb nehmen, bedienen und ausschalten.
- ☐ Meine mobile Sauerstoffversorgung transportiere ich selbstständig, unkompliziert und sicher.

Thema Zubehör:

- ☐ Ich weiß, welches Zubehör für meine Sauerstoffversorgung vorgesehen ist.
- ☐ Ich kenne die empfohlenen Wechselintervalle meines Zubehörs.
- ☐ Meine Nasenbrille sitzt bequem und verursacht weder Druckschmerzen hinter den Ohren noch Druckstellen durch die Nasenstutzen.

Thema Sicherheit:

- ☐ Bei einer Störung weiß ich, wie ich mich verhalte und wen ich benachrichtigen muss.
- ☐ Ich weiß, dass ich die Sauerstoffdosierung nicht eigenständig verändern darf, sondern dass ich mit meinem Arzt darüber sprechen muss.
- ☐ Mir ist bekannt, dass Sauerstoff die Brandgefahr erhöht. Deshalb achte ich auf einen ausreichenden Abstand zu Zündquellen (z. B. Kerzen).

Pflege und Wartung:

- ☐ Ich weiß, wie ich mein Hilfsmittel und das Zubehör richtig pflege.
- ☐ Ich erkenne, wann Zubehör ausgetauscht werden muss.
- ☐ Mein Hilfsmittelversorger kümmert sich um die Überprüfung meiner Hilfsmittel.

Reisen:

- ☐ Ich weiß, welche Besonderheiten bei Übernachtungen außerhalb zu beachten sind.
- ☐ Bei Flüssigsauerstoff: Ich melde meine Reisepläne rechtzeitig bei meinem Versorger an.
- ☐ Bei mobilem Konzentrator: Die Nutzungserlaubnis für Flug- und Schiffsreisen liegt vor.

Befragung zur Sauerstofftherapie und Versorgung aus Patient:innensicht bei chronischen Atemwegs- und Lungenerkrankungen

Prof. Dr. A. R. Koczulla – Forschungsinstitut Pneumologische Rehabilitation
D-A-CH-Arbeitsgemeinschaft Pneumologische Rehabilitation

Die alltägliche Versorgungssituation von Patient:innen mit Sauerstofftherapie ist bislang nur unzureichend untersucht.

Ziel:

Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie uns, Erfahrungen und Herausforderungen im Alltag aus Patientensicht besser zu verstehen und ein realitätsnahes Bild der aktuellen Versorgungssituation zu erhalten.

Wer kann an der Befragung teilnehmen?

Erwachsene mit einer chronischen Atemwegs-/Lungenerkrankung und einer ärztlich verordneten Sauerstofftherapie.

Wichtige Informationen:

- Datenschutzkonforme Plattform
- Zeitaufwand ca. 15 Minuten
- Die Studienteilnahme endet mit dem Abschluss der Fragebögen

Hier geht's zur Umfrage:



<https://redcap.kks.uni-marburg.de/surveys/?s=LMR73K333FNKTANT>

Herzlichen Dank für Ihr Interesse und Ihre Teilnahme an der Umfrage!

Kontakt: Martina Bönsch (MBoensch@schoen-klinik.de) und Dr. Tessa Schneeberger (TSchneeberger@schoen-klinik.de)

Lungeninformationsdienst

Lungenforschung aktuell

➔ LUNGEN
INFORMATIONSDIENST



Liebe Leserinnen und Leser,

auf unserer Quiz-Seite <https://www.lungeninformationsdienst.de/service/wissensquiz> finden Sie ein neues Wissensquiz zum

Lungenhochdruck. Probieren Sie gerne Ihr Glück, es ist gar nicht so einfach!

Neues gibt es auch bei den Texten: Unsere Inhalte zur Ernährung bei Lungenkrankheiten wurden aktualisiert. Neu dazugekommen sind unter anderem Tipps zur Ernährung nach einer Lungentransplantation. Auch die Texte zu Zelltherapien wie der Stammzelltherapie und zur Bronchoskopie wurden grundlegend überarbeitet. Viel Bewegung ist auch auf unserem YouTube-Kanal unter <https://www.youtube.com/@Lungeninfodienst>. Dort finden Sie einige neue Videos – unter anderem zu idiopathischen Bronchiektasen, zum Lungenkrebs-Screening und zur Frage, was Hitze für Menschen mit chronischen Erkrankungen so gefährlich macht. Weitere Videos zu interessanten Themen sind bereits in Planung, zum Beispiel zu Adipositas (Fettleibigkeit) und Lungenerkrankungen. Daher lohnt es sich, den Kanal zu abonnieren, um keine Veröffentlichung mehr zu verpassen.

...mehr Wissen

www.lungeninformationsdienst.de

Das Internetportal des Lungeninformationsdienstes bietet aktuelle, wissenschaftlich geprüfte Informationen aus allen Bereichen der Lungenforschung und -medizin in verständlich aufbereiteter Form, vor allem für Patient:innen, Angehörige und die interessierte Öffentlichkeit. Der Lungeninformationsdienst wird von Helmholtz Munich in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Lungenforschung (DZL) betrieben und arbeitet unabhängig von jeglichen Interessen Dritter.

Aktuelle Meldungen aus der Lungenforschung direkt nach Hause? Abonnieren Sie kostenlos den Newsletter und den WhatsApp-Kanal des Lungeninformationsdienstes!

Bitte scannen Sie den QR-Code, um zum WhatsApp-Kanal zu gelangen.



In unserem ersten Fachbeitrag erfahren Sie, wie Forschende Impfstoffe künftig direkt in die Atemwege bringen wollen. Der zweite Beitrag zeigt neue Einblicke in die Selbstheilung der Lunge.

Eine interessante Lektüre wünscht Ihnen das Redaktionsteam des Lungeninformationsdienstes.

Nanopartikel für inhalierbare Impfstoffe

Forschende wollen Impfstoffe künftig direkt in die Atemwege bringen – per Inhalation statt Spritze. Ein neues Trägersystem könnte die Entwicklung der inhalierbaren Impfstoffe weiter voranbringen.

Atemwegsviren wie Influenzaviren, RSV oder Coronaviren dringen über die Schleimhäute der Atemwege in den Körper ein. Impfstoffe, die per Injektion verabreicht werden, lösen aber zunächst vor allem im Blut eine Immunantwort aus. Forschende suchen daher schon länger nach einem Weg, die Impfstoffe direkt in die Schleimhäute der Lunge zu bringen. Dies könnte Infektionen frühzeitig stoppen.

Ein vielversprechender Ansatz sind mRNA-Impfstoffe, die inhaliert werden können. Doch bei der Anwendung über die Atemwege gab es bislang mehrere Hürden. Ein Problem: Die empfindliche mRNA wird durch den zähen Schleim in der Lunge zerstört.



Nanopartikel überwinden Schleimbarriere

Ein Forschungsteam mit Beteiligung des Deutschen Zentrums für Lungenforschung hat nun eine mögliche Lösung entwickelt. Es verpackte die mRNA in winzige Transportvehikel, sogenannte Nanopartikel.

Das Nanopartikelsystem löst mehrere Probleme: Es schützt die mRNA vor dem Abbau. Es transportiert die mRNA in die Immunzellen. Es setzt die mRNA dort gezielt frei.

Erste Tests im Labor erfolgreich

Die neuen Partikel erfüllen weitere wichtige Voraussetzungen für den praktischen Einsatz: Sie lassen sich als feiner Nebel (Aerosol) inhalieren und wurden im Labor bereits erfolgreich in menschlichem Lungengewebe getestet.

Die hybriden Systeme könnten dazu beitragen, die Entwicklung von inhalierbaren Impfstoffen zu beschleunigen, schreiben die Studienautor:innen. Auch für die Behandlung von Lungenerkrankungen könnten sich neue Möglichkeiten eröffnen.

Impfungen für Menschen mit chronischen Lungenerkrankungen besonders wichtig

Menschen mit chronischen Atemwegserkrankungen wie COPD oder Asthma sollten besonders auf einen ausreichenden Impfschutz achten. Denn Atemwegsinfekte sind häufige Ursachen akuter Krankheitsverschlechterungen: Schätzungen zufolge sind mindestens sieben von zehn Symptomverschlechterungen bei COPD auf einen Atemwegsinfekt zurückzuführen.

Gegen viele dieser Erreger gibt es wirksame Impfungen. Fachleute empfehlen daher für Menschen mit COPD und anderen schwerwiegenden chronischen Lungenerkrankungen Impfungen gegen Influenza (Grippe), Pneumokokken (häufiger Auslöser von Lungenentzündungen), SARS-CoV-2 und Pertussis (Keuchhusten). Für ältere Betroffene kann zudem eine Impfung gegen das RS-Virus sinnvoll sein. Der Impfschutz gegen Atemwegserreger sollte jährlich überprüft werden.

Quellen:

Jiang, M. et al.: A hybrid polymeric system for pulmonary mRNA delivery: Advancing mucosal vaccine development. In: Cell Biomaterials 2026, 2 (3)

Simon, S. et al.: The role of vaccination in COPD: influenza, SARS-CoV-2, pneumococcus, pertussis, RSV and varicella zoster virus. In: European Respiratory Review 2023, 32: 230034

Das sagt die Expertin:

„Die meisten Impfstoffe werden in den Muskel gespritzt und schützen den Körper so vor schweren Krankheitsverläufen. Viele Atemwegserreger gelangen jedoch zunächst über Nase und Lunge in den Körper. Deshalb arbeiten wir an Impfstoffen, die direkt eingeatmet werden können. In unserer Studie haben wir ein spezielles Trägersystem aus biologisch abbaubaren Polymeren entwickelt, das die empfindliche mRNA sicher bis in die Lunge transportiert. Dort kann eine lokale Immunantwort ausgelöst werden, also genau an dem Ort, an dem viele Infektionen beginnen. Die bisherigen Ergebnisse sind vielversprechend und zeigen, dass inhalierbare mRNA-Impfstoffe künftig eine wichtige Ergänzung zu bestehenden Impfstrategien sein könnten. Bis zu einer möglichen Anwendung beim Menschen sind jedoch weitere Untersuchungen notwendig, um Wirksamkeit und Sicherheit umfassend zu prüfen. Langfristig könnte dieser Ansatz helfen, Menschen besser vor Atemwegsinfektionen zu schützen.“



© LMU München

Prof. Dr. Olivia Merkel

Lehrstuhlinhaberin Drug Delivery, Vize-Direktorin des Departments Pharmazie, LMU München
CPC-M/DZL

Neue Einblicke in die Selbstheilung der Lunge

Die Lunge muss sich ständig gegen Schadstoffe und Krankheitserreger wehren. Neue Forschungsergebnisse zeigen, wie spezialisierte Zellen flexibel auf Schäden reagieren – und warum genau diese Fähigkeit aber auch Krankheiten fördern kann. Die Ergebnisse eröffnen neue Therapieansätze.

Wie sich die Lunge nach Schäden regeneriert und welche Rolle dabei einzelne Zelltypen spielen, steht im Mittelpunkt einer aktuellen Übersichtsarbeit eines Forschungsteams unter Beteiligung des Deutschen Zentrums für Lungenforschung.

Zellen können ihre Funktion anpassen

Entscheidend für die Reparatur ist die Fähigkeit einiger Zellen, unter bestimmten Bedingungen ihre Funktion zu verändern. Fachleute sprechen von „zellulärer Plastizität“.

Lungenfibrose e.V.



Patiententagung

**Schulung für Lungenfibrose-Patient:innen
und Angehörige**

**Vorträge, Seminare, Gesprächsgruppen zu
Therapie und Leben mit Lungenfibrose,
z.B. Sauerstoffanwendung.**

**Freitag, 9. Oktober 2026 bis
Sonntag, 11. Oktober 2026**

Anreise Freitag 9.10.26 bis 13 Uhr
Abreise Sonntag 11.10.26 ab 14 Uhr

Bildungsstätte des
Landessportbundes Hessen
Otto-Fleck-Schneise 4
60528 Frankfurt am Main

**Anmeldungen über
www.lungenfibrose.de**



Bei einer Verletzung übernehmen vor allem die Basalzellen, eine Vorstufe der reifen Epithelzellen, in den Atemwegen sowie alveoläre Typ-2-Zellen in den Lungenbläschen die Regeneration des Lungengewebes. Aber auch andere Zelltypen wie etwa die bronchoalveolären Stammzellen spielen eine wichtige Rolle im Reparaturprozess.

Fehlregulierung kann zu chronischen Krankheiten führen

Die zelluläre Plastizität kann aber auch zur Entstehung chronischer Krankheiten beitragen. Ist der Prozess gestört, kann dies zu einer fehlerhaften Heilung, einer Vernarbung des Gewebes und einer veränderten, krankhaften Zellstruktur der Lunge führen. Solche Veränderungen treten etwa bei Erkrankungen wie der idiopathischen Lungenfibrose und COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) auf.

Neue Methoden ermöglichen tiefere Einblicke

Durch neue Methoden wie der Einzelzellanalyse ist es möglich, einen tieferen Einblick in die zugrundeliegenden Prozesse auf Zellebene zu erhalten, schreiben die Studienautor:innen. Je mehr über diese Mechanismen bekannt ist, desto größer ist die Chance, gezielt in die Prozesse einzugreifen. Diese Erkenntnisse könnten neue Therapieansätze ermöglichen.

Quelle: Zaragosi, L.-E. et al.: Cellular plasticity and regenerative mechanisms in the lung. In: Eur Respir Rev. 2026, 35 (179): 250168

Lungenfibrose



European Pulmonary Fibrosis Federation

Die Stimme der Patient*innen in Europa

Die European Pulmonary Fibrosis Federation ist die Dachorganisation nationaler Lungenfibrose-Organisationen und somit quasi die „Stimme“ der Lungenfibrose-Patient*innen in ganz Europa. Im Jahr 2016 mit Hauptsitz in Brüssel gegründet, gehören gegenwärtig Mitglieder aus 17 europäischen Ländern zur Dachorganisation. Seit dem Jahr 2020 findet jedes zweite Jahr ein sogenanntes Gipfeltreffen statt. In diesem Jahr durfte ich den deutschen Lungenfibrose e.V. dabei vertreten.

Die drei Tage des Treffens waren prall gefüllt mit einer Vielzahl von interessanten Vorträgen und Workshops. Referiert wurde über Themen wie Forschung und den Stand der Entwicklung von Medikamenten für die unterschiedlichen Formen der Lungenfibrose. Ebenso wurden die sehr unterschiedlichen Gesundheitssysteme der einzelnen Länder verglichen sowie über die Rolle der Patientenbetreuer/Angehörigen und der Patient*innen diskutiert. Viel Raum nahmen der wichtige persönliche Austausch und das Kennenlernen sowie Diskussionen über die notwendigen Änderungen für die Zukunft ein. Neben Patientenvertretern, Betreuern/Angehörigen waren auch Ärzte, Wissenschaftler, Krankenschwestern und Vertreter pharmazeutischer Unternehmen vor Ort.

Niemals aufgeben

Viele wichtige Botschaften konnte ich vom Patientengipfel in Brüssel mitnehmen. So wird mir beispielsweise die persönliche Schilderung von einer Patientin unvergesslich bleiben. Die Patientin erzählte, dass sie 24 Stunden täglich auf Sauerstoff angewiesen sei, jedoch um die Anlieferung des Sauerstoffs regelrecht kämpfen musste. Der Lieferant lehnte aufgrund eines Mangels an Fahrern zunächst die Sauerstofflieferung ab. Nur durch ihre unermüdliche Beharrlichkeit sowie die Einbeziehung von Unterstützern, zuletzt sogar einem Abgeordneten, und dem ständigen Verweis auf den dringenden Bedarf, sah sich der Lieferant letztendlich gezwungen, weitere

Fahrer einzustellen. Fortan wurde der Sauerstoff geliefert. Als Resümee aus dieser Erfahrung formulierte die Patientin: „Wir Patienten müssen unsere Stimme erheben und dürfen niemals aufgeben!“

Bedeutende Rolle der Betreuer*innen und Angehörigen

Der Austausch zwischen den Teilnehmer*innen der verschiedenen Länder verdeutlichte jedoch auch, welche entscheidende Rolle den Betreuer*innen/Angehörigen der Patienten zukommt. So werden beispielsweise in Nordirland und Irland die dortigen Patientenorganisationen ausschließlich von Betreuern geleitet. Denn sie sind diejenigen, die die notwendige Kraft und Energie aufbringen können, um für die Belange der Lungenfibrosepatienten einzutreten. Die Bedürfnisse der Patient*innen kennen sie aus nächster Nähe.

Daher ist es von entscheidender Bedeutung, dass sowohl den Stimmen der Patient*innen als auch die den Angehörigen mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird und sich die Bedürfnisse beider Gruppen im Gesamtkonzept der Behandlung wiederfinden.

Aktuell sind vor allem Großbritannien, Nordirland und Irland positiv hervorzuheben, die im Rahmen ihres jeweiligen Gesundheitssystems eine gute Entwicklung im Behandlungsablauf der Patienten ermöglichen.

Anerkennung für 10 Jahre Engagement

Mein persönliches Highlight war das Abendessen zum 10-jährigen Jubiläum der EU-PFF und die Eh-

rungen. Als Vertreterin des Lungenfibrose e.V. durfte ich stellvertretend eine Auszeichnung in Anerkennung für das Engagement des Vereins entgegennehmen, der durch sein Fachwissen und seinen Glauben an den Wert der Zusammenarbeit im Sinne des EU-PFF zu den Zielen der europaweiten Entwicklung beigetragen hat.



Janette Cetin

Regionalgruppenleiterin Franken
Lungenfibrose e.V.

www.lungenfibrose.de



Videos der Veranstaltung mit Vorträgen in Englisch, Deutsch sowie weiteren europäischen Sprachen sind abrufbar auf <https://www.youtube.com/@EU-PFF>

Informationen zur European Pulmonary Fibrosis Federation finden Sie auf <https://www.EU-PFF.org>

Bewegen statt schonen:

Was die aktuelle Forschung zur Reha bei Lungenfibrose zeigt

Was heute gesichert ist und woran weiter geforscht wird

Lungenfibrose ist eine ernste Erkrankung, die den Alltag vieler Betroffener nachhaltig verändert. Die zunehmende Vernarbung des Lungengewebes führt dazu, dass schon alltägliche Tätigkeiten wie Treppensteigen oder ein Spaziergang zur echten Herausforderung werden. Medikamente wie Nintedanib oder Pirfenidon können das Voranschreiten der Erkrankung verlangsamen, heilen können sie die Fibrose nicht. Umso wichtiger ist die Frage: Was kann ich selbst tun, um meine Lebensqualität zu erhalten? Pneumologische Rehabilitation ist eine der nicht-medikamentösen Maßnahmen, die eine positive Veränderung bewirken kann.

Was ist pneumologische Rehabilitation überhaupt?

Pneumologische Rehabilitation ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm, das weit mehr umfasst als körperliches Training. Es beinhaltet darüber hinaus das Erlernen von Atemtechniken, Patientenschulungen, psychologische Unterstützung, Ernährungsberatung, sozialmedizinische Beratung und vieles mehr.

Ziel ist es, Betroffene trotz ihrer Erkrankung körperlich leistungsfähiger und selbstständiger zu machen, um ihnen Strategien an die Hand zu geben, die sie langfristig auch eigenständig im Alltag anwenden können. Rehabilitation versteht sich nicht als einmaliges „Trainingslager“, sondern als nachhaltige Hilfe zur Selbsthilfe.

In Deutschland gibt es zwei Wege zur Reha: die stationäre Rehabilitation (meist drei Wochen in einer Fachklinik) und die Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einem Krankenhausaufenthalt (diese dauert ebenfalls drei Wochen, muss aber zeitnah nach der Krankenhausentlassung angetreten werden). Beide Formen können über die Kranken- oder Rentenversicherung beantragt werden. Der behandelnde Lungenfacharzt kann dabei helfen, den passenden Antrag zu stellen.

Was sagt die aktuelle Forschung?

Lange Zeit galt pneumologische Rehabilitation vor allem als Maßnahme für Menschen mit COPD und Asthma. Für Betroffene mit Lungenfibrose wurde diese eher zurückhaltend empfohlen. Zum einen aus der Sorge, Belastung könnte schaden, zum anderen wegen der Annahme, dass sie keinen positiven Effekt ermögliche. Diese zurückhaltende Einstellung hat die aktuelle Forschung klar widerlegt.

Eine umfassende Auswertung internationaler Studien, die insgesamt über 900 Patientinnen und Patienten einschloss, kommt zu einem eindeutigen Ergebnis:

Pneumologische Rehabilitation

- verbessert bei Menschen mit Lungenfibrose die körperliche Belastbarkeit,
- reduziert das Gefühl von Luftnot und
- steigert die Lebensqualität.

Konkret bedeutet das: Wer ein Reha-Programm abschloss, schaffte im 6-Minuten-Gehtest im Durchschnitt rund 40 Meter mehr als vor der Reha. Das klingt nach wenig, macht im Alltag aber einen spürbaren Unterschied, zum Beispiel beim Gehen zur Bushaltestelle oder beim Einkaufen.



Wie lange hält der Effekt der Reha an?

Eine wichtige neue Erkenntnis betrifft die Nachhaltigkeit. Frühere Studien hatten gezeigt, dass die Verbesserungen nach Ende der Reha oft rasch nachlassen. Neuere Analysen liefern etwas ermutigendere Zahlen: Sechs bis zwölf Monate nach Abschluss der Reha war die Gehstrecke der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Mittel noch immer um rund 37 Meter besser als bei Vergleichspersonen ohne Reha-Programm. Das ist zwar ohne weiteres Zutun kein dauerhafter Effekt, zeigt aber, dass die Wirkung auch nicht von heute auf morgen verpufft.

Wichtig ist: Dran bleiben! Wer nach der Reha körperlich aktiv bleibt und das Gelernte in den Alltag integriert, profitiert länger. Genau deshalb empfehlen Experten, im Anschluss an eine Reha regelmäßig körperlich aktiv zu bleiben im Rahmen der eigenen Möglichkeiten. In Deutschland gibt es z.B. den ambulanten Lungensport, der per Rezept verordnet werden kann und

Tipps für die Antragstellung

Einen Reha-Antrag stellen Sie am leichtesten zusammen mit Ihrem Hausarzt oder Lungenfacharzt. Sprechen Sie mit ihm über Ihre Beschwerden. Nutzen Sie auch den Online-Antrag der Deutschen Rentenversicherung. Fügen Sie immer den medizinischen Befundbericht Ihres Arztes bei.

1. Den Arzt fragen:

Besprechen Sie die Reha mit Ihrem Haus- oder Facharzt. Er bestätigt die medizinische Notwendigkeit.

2. Formulare holen:

Holen Sie sich das Formularpaket. Das geht direkt online bei der Deutschen Rentenversicherung oder bei Ihrer Krankenkasse.

3. Wunschklinik angeben:

Sagen Sie, wo Sie hinmöchten. Laut dem Wunsch- und Wahlrecht können Sie bis zu drei Kliniken vorschlagen.

4. Antrag abschicken:

Füllen Sie die Formulare aus. Senden Sie alles zusammen mit dem Befundbericht an Ihre Rentenversicherung oder Krankenkasse.

Ihr Arztbrief erklärt, warum Sie die Reha brauchen und welche Ziele erreicht werden sollen. Fehlen Dokumente, verzögert sich die Bearbeitung. Reichen Sie daher alles in einem Paket ein.

Quelle: Deutsche Rentenversicherung,
www.deutsche-rentenversicherung.de



der seit 2021 auch einmal pro Woche als kostenlosen Online-Lungensport angeboten wird (Informationen zu den Terminen und der Anmeldung finden Sie unter: www.lungensport.org).

Der Blick in die Zukunft: Reha daheim. Digitale Ansätze gewinnen an Bedeutung.

Ein spannender neuer Trend in der Forschung ist die Telerehabilitation, also Reha-Programme, die teilweise oder vollständig zu Hause und digital begleitet durchgeführt werden. Gerade für Menschen, die weit von einer Fachklinik entfernt wohnen, körperlich eingeschränkt sind oder aus anderen Gründen keinen stationären Aufenthalt antreten können, ist das ein vielversprechender Ansatz.

Erste Machbarkeitsstudien bei Menschen mit Lungenfibrose zeigen: Viele Patientinnen und Patienten nutzen solche digitalen Programme gerne, halten sie durch und berichten über gute Erfahrungen. Die Übertragung von Trainingsdaten per App, Video-Checks mit Physio- oder Sporttherapeuten und strukturierte Heimprogramme, all das wird gerade in Studien erprobt. Im deutschen Gesundheitssystem sind diese Ansätze noch nicht außerhalb von Pilotprojekten verfügbar, aber sie könnten in den nächsten Jahren eine wichtige Ergänzung werden.

Was bedeutet das für mich als Betroffene oder Betroffener?

Die Botschaft der aktuellen Forschung lässt sich klar zusammenfassen: Reha macht die Lungenfibrose nicht rückgängig, aber sie hilft Ihnen, besser mit ihr zu leben. Stärkere Belastbarkeit, weniger Luftnot, mehr Selbstständigkeit im Alltag: Das sind Ziele, die trotz Lungenfibrose erreichbar sind.

Wenn Sie bislang noch keine pneumologische Rehabilitation durchgeführt haben, fragen Sie Ihren Lungenfacharzt konkret danach, ob eine Reha für Sie in Frage kommt.

Und wenn es nach dem Ende einer Reha heißt: „Bleiben Sie aktiv“, dann ist dies ganz wörtlich gemeint.



Dr. Rainer Gloeckl

Leiter Forschungsinstitut für
Pneumologische Rehabilitation
Schön Klinik Berchtesgadener
Land, Schöna am Königssee

Sarkopenie

Frühzeitig erkennen und vorbeugen

Muskelschwund und Mangeler ernährung

Sarkopenie bezeichnet den übermäßigen Verlust von Muskelmasse, Muskelkraft und Muskelfunktion im Alter oder bei chronischen Krankheiten. Der Begriff leitet sich von den griechischen Wörtern sarx (Fleisch) und penia (Mangel) ab. Seit 2016 ist Sarkopenie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) offiziell als eigenständige Krankheit anerkannt. Bei Menschen über 65 Jahren ist etwa jeder 14. (ca. 7 %) betroffen. Besonders chronische Lungenerkrankungen wie COPD oder Lungenfibrose sowie ein inaktiver Lebensstil begünstigen den Abbau der Muskeln.

Gefährlicher Teufelskreis

Oft treten Mangeler ernährung und Sarkopenie gemeinsam auf und verstärken sich gegenseitig. Bei chronischen Lungenerkrankungen entsteht dadurch ein schleichender Teufelskreis:

1. Atemnot führt dazu, dass sich Betroffene weniger bewegen und den Körper schonen.
2. Der Bewegungsmangel lässt die Muskeln schrumpfen – nicht nur an Armen und Beinen, sondern auch die Atemhilfsmuskulatur an Brustkorb und Schultern.
3. Durch die geschwächte Atemmuskulatur wird das Atmen anstrengender und verbraucht noch mehr Energie.
4. Gleichzeitig ist oft auch durch Medikamente der Appetit geringer, was zur Mangeler ernährung führt.

Die Folgen: Das Risiko für Infekte steigt, Krankenhausaufenthalte häufen sich und die Sterblichkeit verdoppelt sich bei einer Sarkopenie. Umso wichtiger ist es, diesen

Prozess frühzeitig zu erkennen, ihm vorzubeugen und gezielt gegenzusteuern.

Diagnostik: Wie erkennt man das Risiko?

Zur Früherkennung beider Störungen stehen zwei einfache Fragebögen zur Verfügung, die Betroffene oder Angehörige selbst ausfüllen können:

1. Muskelkraft prüfen

(SARC-F-Fragebogen siehe Tabelle 1)

Ein Screening auf Sarkopenie wird empfohlen, wenn Alltagstätigkeiten schwerfallen, unbeabsichtigter Gewichtsverlust auftritt, Stürze sich häufen oder eine Mangeler ernährung vorliegt. Der Fragebogen bewertet:

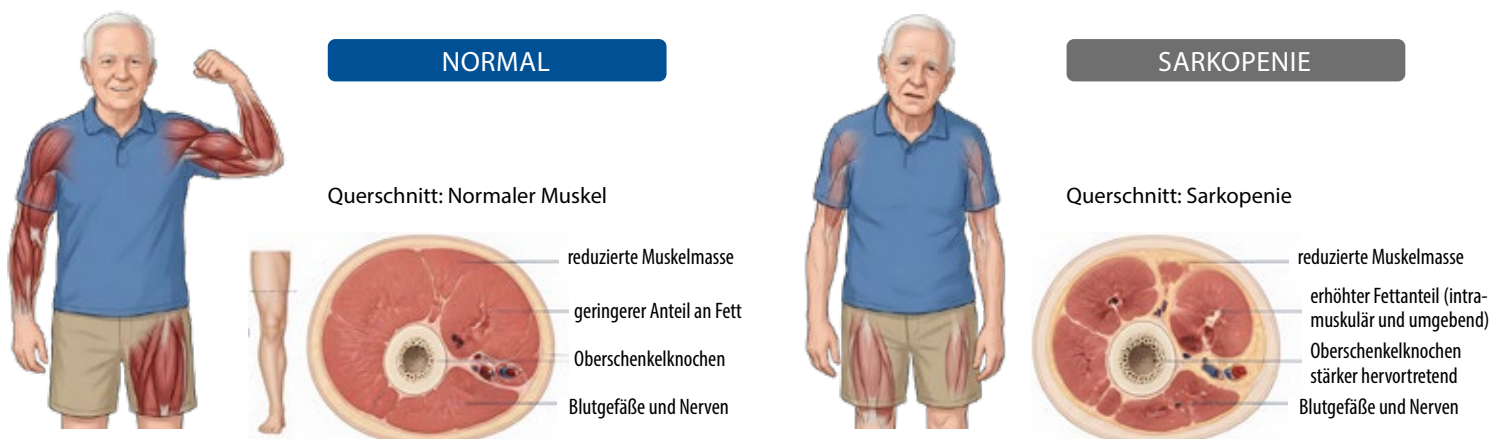
- Muskelkraft (z. B. beim Tragen von Lasten)
- Gehfähigkeit und Treppensteigen
- Aufstehen von einem Stuhl
- Häufigkeit von Stürzen

2. Ernährungssituation prüfen

(MNA-SF-Fragebogen siehe Abb.)

Das Hauptzeichen einer Mangeler ernährung ist ein ungewollter Gewichtsverlust. Der *Mini Nutritional Assessment* (MNA-SF) dient dazu, das Risiko für Mangeler ernährung bei älteren Menschen frühzeitig festzustellen. Bewertet werden:

- Appetitverlust und Verdauungsprobleme
- Gewichtsverlust der letzten Monate
- Mobilität und psychisches Wohlbefinden
- Body-Mass-Index (BMI) oder Wadenumfang



Therapie und Behandlung: So gewinnen Sie Ihre Kraft zurück

Körperliche Aktivität und die richtige Ernährung sind die zwei zentralen Bausteine, um dem Muskelschwund entgegenzuwirken.

1. Gezieltes Bewegungstraining

Regelmäßige Aktivität stimuliert den Muskelaufbau. Ideal ist ein Mix aus Kraft- und Ausdauertraining:

- Kraft- und Widerstandstraining: Training mit dem eigenen Körpergewicht, Widerstandsbändern oder leichten Gewichten baut gezielt Muskelmasse auf.
- Alltagsbewegung: Spazierengehen, Gartenarbeit, Schwimmen, Tanzen oder sanfte Formen wie Qi-Gong und Tai-Chi unterstützen die Beweglichkeit.
- Therapeutische Begleitung: Zu Beginn einer Rehabilitation werden gemeinsam konkrete Ziele für Kraft, Ausdauer und Gewicht festgelegt.

Wichtig bei Lungenerkrankungen: Das Training darf nicht zu Sauerstoffmangel führen. Falls die Atemnot die Bewegung einschränkt, sollte zusätzlich medizinischer Sauerstoff verordnet und genutzt werden. So werden die Muskeln beim Training optimal versorgt.

SARC-F-Fragebogen (19)

Tabelle 1

Bereich	Frage	Punkte
Kraft	Wie schwer fällt es Ihnen, ca. 5 kg* zu heben und zu tragen?	nicht schwer = 0
		etwas schwer = 1
		sehr schwer oder nicht möglich = 2
Gehen	Wie schwer fällt es Ihnen, auf Zimmer-ebene umherzugehen?	nicht schwer = 0
		etwas schwer = 1
		sehr schwer oder nicht möglich = 2
Aufstehen	Wie schwer fällt es Ihnen, vom Stuhl oder vom Bett aufzustehen?	nicht schwer = 0
		etwas schwer = 1
		sehr schwer oder nicht möglich = 2
Treppensteigen	Wie schwer fällt es Ihnen, eine Treppe mit 10 Stufen zu steigen?	nicht schwer = 0
		etwas schwer = 1
		sehr schwer oder nicht möglich = 2
Stürze	Wie oft sind Sie im letzten Jahr (d. h. den letzten 12 Monaten) gestürzt?	kein Sturz = 0
		1-3 Stürze = 1
		4 oder mehr Stürze = 2
Summe:		
Interpretation: ≥ 4 positives Screening auf Sarkopenie < 4 kein Anhaltspunkt für Sarkopenie		

SARC-F, Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs, and Falls

* 5 kg = einen halben Wasserkasten einhändig oder einen ganzen Wasserkasten beidhändig tragen

2. Geeignete Ernährung für den Muskelaufbau

Ernährung und Bewegung funktionieren nur im Team. Folgende Nährstoffe sind besonders wichtig:

- Mehr Eiweiß (Protein): Menschen ab 65 Jahren sowie chronisch Kranke benötigen mehr Eiweiß als jüngere Erwachsene – empfohlen werden 1,2 bis 1,5 Gramm Eiweiß pro Kilogramm Körpergewicht täglich (ca. 30 Gramm Eiweiß pro Hauptmahlzeit). Hochwertige Eiweißquellen oder Proteinpulver (z. B. Molkenprotein/Whey) kurbeln den Muskelaufbau an.
- Leucin: Diese essenzielle Aminosäure stimuliert die Muskelproteinsynthese besonders stark und ist oft in Proteinpulvern oder speziellen Ergänzungen enthalten.
- Vitamin D: Ein Mangel schwächt die Muskeln und erhöht das Sturzrisiko. Eine Ausgleichstherapie wird bei Mangel oder zur Vorbeugung empfohlen.
- Kreatin: Kreatin-Monohydrat (3 bis 5 Gramm täglich mit ausreichend Flüssigkeit) ist ein gut erforschtes Nahrungsergänzungsmittel, das die Schnellkraft und Belastbarkeit der Muskeln verbessert.

Praktische Ernährungstipps bei Untergewicht

Wenn bereits Untergewicht besteht, hilft folgendes Vorgehen, um wieder zu Kräften zu kommen:

1. Mehrere kleine Mahlzeiten: Statt drei großer Portionsgrößen lieber fünf bis sechs kleine Mahlzeiten über den Tag verteilen. Das schont den Magen und sorgt für eine stetige Energiezufuhr.
2. Speisen energiereicher machen: Suppen, Soßen oder Pürees lassen sich gut mit hochwertigen Ölen (Raps-, Lein- oder Olivenöl), Sahne, Butter, Quark oder Mandelmus anreichern, ohne die Portionsgröße zu vergrößern.
3. Nährstoffdichte bevorzugen: Setzen Sie auf Vollkornprodukte, Fleisch, fettreichen Fisch (Omega-3-Quellen), Milchprodukte und weiches Gemüse.
4. Medizinische Trinknahrung: Wenn die normale Nahrungsaufnahme nicht ausreicht, helfen hochkalorische und eiweißreiche Trinknahrungen, Lücken in der Versorgung zu schließen.

Gutes Essen und Bewegung fördern außerdem die Glückshormone.

Dr. Gottfried Huss, MPH

Vorsitzender Lungenfibrose e.V.

Telefon 0201 – 488990

kontakt@lungenfibrose.de

Quelle: Basel Habboub et al.: Diagnostik und Therapie der Sarkopenie und sarkopenen Adipositas. Deutsches Ärzteblatt Jg. 122, Heft 5, S. 121–125.

MNA®

Mini Nutritional Assessment

Name:	Vorname:
Geschlecht:	Alter (Jahre):
Gewicht (kg):	Größe (cm):
Datum:	

Füllen Sie den Bogen aus, indem Sie die zutreffenden Zahlen in die Kästchen eintragen. Addieren Sie die Zahlen, um das Ergebnis des Screenings zu erhalten.

Screening	
A Hat der Patient während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen? 0 = starke Abnahme der Nahrungsaufnahme 1 = leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme 2 = keine Abnahme der Nahrungsaufnahme	
B Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten 0 = Gewichtsverlust > 3 kg 1 = nicht bekannt 2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg 3 = kein Gewichtsverlust	
C Mobilität 0 = bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert 1 = in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen 2 = verlässt die Wohnung	
D Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate? 0 = ja 2 = nein	
E Neuropsychologische Probleme 0 = schwere Demenz oder Depression 1 = leichte Demenz 2 = keine psychologischen Probleme	
F1 Body Mass Index (BMI): Körpergewicht in kg / (Körpergröße in m)² 0 = BMI < 19 1 = 19 ≤ BMI < 21 2 = 21 ≤ BMI < 23 3 = BMI ≥ 23	

WENN KEIN BMI-WERT VORLIEGT, BITTE FRAGE F1 MIT FRAGE F2 ERSETZEN.
 WENN FRAGE F1 BEREITS BEANTWORTET WURDE, FRAGE F2 BITTE ÜBERSPRINGEN.

F2 Wadenumfang (WU in cm) 0 = WU < 31 3 = WU ≥ 31	
Ergebnis des Screenings (max. 14 Punkte)	
12-14 Punkte: Normaler Ernährungszustand	Speichern
8-11 Punkte: Risiko für Mangelernährung	Drucken
0-7 Punkte: Mangelernährung	Rücksetzen

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®): Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.

Registered trademark of Société des Produits Nestlé S.A. © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.

MNA – Germany/German
 MNA_AU2.0_deu-DE.pdf

Patienten direkt

Dr. Beatrice Probst

...beantwortet *Ihre* Fragen

Atemwegs- und Lungenerkrankungen sind meist sehr komplex, ebenso die vielfältigen therapeutischen Optionen. Im Arzt- und/oder Therapeutengespräch findet sich manchmal nicht ausreichend Zeit. Zudem ergeben sich viele Fragen erst, wenn man sich zu Hause in Ruhe mit seiner Erkrankung und den erforderlichen Maßnahmen des Behandlungskonzepts befassen kann.

Dr. med. Beatrice Probst, Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Allergologie sowie Fachärztin für Arbeitsmedizin, Notfallmedizin und der Fachkunde Strahlenschutz, des PNEUMOLOGICUM Hamburg (www.pneumologicumhh.de) beantwortet in dieser Rubrik Ihre Fragen.



1. Mein Name ist Georg, ich komme aus dem Rheinland und bin 58 Jahre alt. Vor einem halben Jahr habe ich die Diagnose COPD erhalten. Mein Arzt sagte mir, es sei noch im frühen Stadium und ich müsse nun unbedingt das Rauchen aufgeben. Immer wieder habe ich Versuche gestartet, doch es klappt nicht, bei stressigen Situationen greife ich nach wie vor zur Zigarette. Mein Arzt meinte, der unbedingte Wille sei einzig entscheidend. Nun suche ich Rat, welche unterstützenden Möglichkeiten am sinnvollsten sind. Inzwischen habe ich zudem viel über die Erkrankung gelesen und es macht mir Angst, was mich in der Zukunft erwartet. Ist es nicht fast egal, ob ich noch rauche oder nicht mehr rauche?

Lieber Georg, ich kann Ihnen versichern, dass es sich immer lohnt, mit dem Rauchen aufzuhören! Es gibt verschiedene Möglichkeiten, den „Schalter“ umzulegen jedoch können Sie diesen nur Sie selber aktivieren. Allerdings können Sie sich Unterstützung holen, z. B. im DMP für COPD einen Rauchentwöhnungskursus mit Gleichgesinnten; Nikotinpflaster oder auch Tablettenpräparate, sprechen Sie gerne mit ihrem behandelnden Arzt.

Auch gibt es Apps, die zugelassen sind und die die Krankenkassen bezahlen. Parallel ist Bewegung wichtig und auch für die Stimmung förderlich.



Disease-Management-Programm (DMP) für COPD

Ein DMP ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der gesetzlichen Krankenkassen für chronisch kranke Menschen. Es dient dazu, die medizinische Versorgung zu optimieren, Folgeerkrankungen zu vermeiden und die Lebensqualität durch regelmäßige Kontrollen und Patientenschulungen zu verbessern. Ziel des Programms ist die Vermeidung von Spätfolgen, bessere Abstimmung der Behandlungen und Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen. Die Teilnehmer des Programms erhalten von Ihrem Lungenfacharzt einen individuell abgestimmten Behandlungsplan und nehmen in festen Abständen (meist alle 3 bis 6 Monate) an Kontrollterminen teil. Als wesentliche Maßnahme werden strukturierte Entwöhnungsprogramme (wie z. B. das Rauchfrei-Programm) angeboten. Diese Kurse beinhalten ärztliche Beratung, Verhaltenstherapie in der Gruppe und Unterstützung bei der Nikotinentwöhnung. Die Teilnahme an DMP-Schulungen und integrierten Rauchentwöhnungskursen ist bei Einschreibung in das Programm für Versicherte kostenfrei. Auch unterstützende Hilfen zur Entwöhnung wie Nikotinersatz (Nikotinkaugummis und -pflaster) sowie das Medikament Varenicillin sind Bestandteil des Programms. Sprechen Sie mit Ihrer Krankenkasse und mit Ihrem Haus- sowie Lungenfacharzt!

Quelle: www.Gesundheitsinformation.de

2. Ich heiße Sigrid, bin 69 und habe ein Lungenemphysem in fortgeschrittenem Stadium. Vor einigen Jahren bin ich von Zigaretten auf E-Zigaretten umgestiegen, da dies ja weniger schädlich ist. Seit einiger Zeit redet meine Freundin immer wieder auf mich ein, ich solle auch die E-Zigarette sein lassen, da sie gelesen habe, dass diese genauso schlimm sei wie normale Zigaretten.

Wie verhält es sich wirklich? Oder würden Sie ein anderes Rauchprodukt als weniger schädlich ansehen? Es fällt mir so schwer, ganz mit dem Rauchen aufzuhören, ich rauche schon seit meiner Jugend.

In sämtlichen Positionspapieren der Fachgesellschaften (siehe www.pneumologie.de) wird deutlich, dass alle Nikotinersatz- Präparate, E-Zigaretten, Vibes, Verdampfer usw. genauso schädlich sind wie herkömmliche Rauchprodukte; im Gegenteil, sie können sogar noch schädlicher sein, wenn Aromastoffe hinzukommen, da man noch nicht weiß, was diese Stoffe in der

Lunge verursachen. Aromastoffe unterliegen bisher lediglich dem Lebensmittelgesetz, was passiert, wenn man sie inhaliert, ist nicht vorherzusehen. Insofern kann ich nur stringent von E-Zigaretten abraten und an Sie appellieren, wirklich empfehlen mit dem Rauchen aufhören!

Aromastoffe:

In Deutschland unterliegen fast alle Lebensmittel dem Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuch (LFGB). Entgegen der Annahme, dass sie zwingend ein staatliches wissenschaftliches Prüfverfahren durchlaufen müssen, ist eine behördliche Marktzulassung für die meisten Lebensmittel nicht erforderlich. Hersteller dürfen ihre Produkte auf eigene Verantwortung in den Verkehr bringen.

Quelle: Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, BVL, www.bvl.bund.de

Ein großes Anliegen ist mir in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass vor allem Jugendliche durch diese Aromastoffe regelrecht angefixt werden, schon in jungen Jahren, mit dem Rauchen anzufangen. Es wirkt zunächst erst mal gar nicht wie Rauchen, sondern schaut harmlos und unschädlich aus, da es eher einer Süßigkeit ähnelt. Wer denkt bei Marshmallow- und Gummibärchenaromen an das Rauchen!? Und ist der Einstieg erst einmal geschafft, werden auch andere Produkte ausprobiert. Die Hemmschwelle sinkt.

Bitte fallen Sie nicht herein auf die Verharmlosung von Ersatzprodukten und Aromastoffen!



3. Ich bin Angehörige eines COPD-Patienten im Stadium GOLD 3. Meinem Mann geht es, soweit ich das beurteilen kann, relativ gut. Sein Alltag ist jedoch gegenüber früher sehr reduziert, er formuliert ständige Müdigkeit, wenn er seinen täglichen Spaziergang gemacht hat, ist der Tag fast gelaufen. Neben einigen wenigen Besorgungen zusätzlich an guten Tagen, ist er zudem sehr wetterfühliger. Was mich besorgt ist insbesondere sein verändertes Wesen, manchmal spricht er von „Nebel im Gehirn“, Wortfindungsstörungen usw. Kann dies mit der COPD zusammenhängen? Da er leider nicht möchte, dass ich ihn bei Arztbesuchen begleite, weiß ich mir keinen Rat mehr. Was kann ich als Angehörige tun?

Das ist eine schwierige Frage, da der Arzt auch gegenüber Angehörigen der Schweigepflicht unterliegt. Ich kann Ihre Sorge natürlich verstehen und auch dass Sie helfen möchten. Was Sie schildern, klingt allerdings nicht typisch nach einer COPD, es sollte daher auch ein Schlaganfall ausgeschlossen werden und andere Erkrankungen als mögliche Ursache. Vielleicht planen Sie gegebenenfalls einen gemeinsamen Arzttermin.

4. Meine Verunsicherung, was akute Verschlechterungen angeht ist sehr groß. Mein Name ist Heinz und ich bin 72 Jahre alt. Von meiner COPD weiß ich seit etwa zehn Jahren, anfangs war ich im Stadium 1, inzwischen im Stadium 3. Mit dem immerwährenden Auf und Ab, sich mal besser mal schlechter zu fühlen, lebe ich irgendwie, inzwischen von Tag zu Tag. Da immer mehr zu lesen ist, dass akute Verschlechterungen das Voranschreiten der Erkrankung „anheizen“, möchte ich diese natürlich vermeiden, doch ein klares Erkennen ist durch das ewige Auf und Ab ungeheuer schwierig. Was für einen Rat können Sie mir geben?

Lieber Heinz, die COPD ist eine meist dynamische Erkrankung, die voranschreiten kann, wenn man die Zeitachse betrachtet. Leider schreiben Sie nicht, ob Sie noch rauchen. Das wäre natürlich als allererstes einzustellen. Dann brauchen Sie einen Lungenfacharzt, der sie betreut. Dieser kann auch die entsprechend erforderlichen Untersuchungen durchführen, von der Lungenfunktion bis zu einem Differenzialblutbild, um z. B. die eosinophilen Granulozyten, eine Untergruppe der weißen Blutkörperchen, zu bestimmen. Dieses sind Parameter für den Arzt, um Ihre COPD genauer einzuordnen und warum Sie gegebenenfalls diese Verschlechterungen, Exazerbationen wie wir sie nennen, erleiden.

Aus diesem Gesamtbild ergibt sich dann ein Therapieplan, der gezielt auf Sie abgestimmt ist. Dies kann von einer inhalativen Therapie bis zu einer subkutanen Antikörpertherapie reichen. Auch an Impfungen ist zu denken, im Lungenbereich vor allem an die Pneumokokkenimpfung sowie die Impfung gegen RSV! Aber auch die Gürtelrosenimpfung ist ab 60 sinnvoll und wird von der STIKO (Impfkommission, die die aktuellen Impfempfehlungen herausgibt – www.rki.de) empfohlen. Ihr Arzt ist darüber informiert, fragen Sie ihn gerne.

Ferner ist natürlich auch ein gesunder Lebensstil von Vorteil, das bedeutet z. B. tägliche Bewegung und eine ausgewogene Ernährung. Sie sollten vor allem kein Untergewicht haben.



Ernährungstipps und Rezepte aus der Praxis (Teil 30)

Die wichtigsten Ziele der Ernährungstherapie bei COPD

Bei der Behandlung der COPD, stehen oftmals Medikamente zum Inhalieren im Vordergrund. Die moderne pneumologische Wissenschaft zeigt jedoch, dass auch die richtige Ernährung eine wichtige und entscheidende Therapiesäule darstellt. Aufgrund der erschwerten Atmung und der chronischen Entzündungsprozesse im Körper haben COPD-Patientinnen und -Patienten einen stark erhöhten Energiebedarf. Die Atembewegungen können bei schwerer COPD bis zu zehnmal mehr Energie verbrauchen als bei gesunden Menschen. Gleichzeitig leiden viele Betroffene unter Appetitlosigkeit oder Atemnot nach dem Essen.

Die im **Februar 2026 aktualisierte medizinische S2k-Leitlinie zur COPD** sowie internationale Leitlinien (wie die der Europäischen Gesellschaft für klinische Ernährung, ESPEN) betonen daher ausdrücklich die Rolle einer gezielten Ernährungstherapie. Die wichtigsten wissenschaftlich begründeten Ziele dieser Therapie werden im Folgenden vorgestellt.

Ziel 1: Erhalt und Wiederaufbau der Muskelmasse

Eine der häufigsten und schwerwiegendsten Begleiterscheinungen der COPD ist der fortschreitende Verlust der Muskelmasse. Sowohl die Skelettmuskulatur

der Arme und Beine als auch die Atem- und Atemhilfsmuskulatur sind davon betroffen. Wenn die Muskelkraft nachlässt, kann sich die Atemnot im Alltag deutlich verstärken und damit wird die Lebensqualität weiter eingeschränkt.

- Um dem Muskelabbau aktiv entgegenzuwirken, empfiehlt die medizinische Fachliteratur eine deutlich erhöhte Proteinzufuhr von **1,2 bis 1,9 Gramm Eiweiß pro Kilogramm Körpergewicht und Tag** (im Vergleich zu 0,8 g/kg bei Gesunden und bis zu 1,5 g/kg bei Menschen ab 65 Jahren sowie chronisch Kranken).
- Hierbei ist ein Synergieeffekt zu beachten: In den Leitlinien wird betont, dass eine Ernährungsumstellung ihre volle Wirkung auf die körperliche Belastbarkeit und Lebensqualität nur in enger Kombination mit **regelmäßigem körperlichem Training** (z. B. im Rahmen einer Lungensportgruppe oder pneumologischen Rehabilitation) entfalten kann.

Ziel 2: Vermeidung und Behandlung von Mangelernährung

Bei COPD und bestehendem Übergewicht spricht man vom sogenannten „Adipositas-Paradoxon“: Erhebliches Untergewicht bei COPD ist nachweislich mit einer deutlich schlechteren Prognose und einer höheren Sterblichkeit verbunden.

- Ein optimaler Body-Mass-Index (BMI) liegt für COPD-Patienten zwischen **21 und 25 kg/m²**. Anders als bei der gesunden Bevölkerung wird für Betroffene sogar ein BMI im oberen Normbereich (nahe 25 kg/m²) empfohlen, da das höhere Körpergewicht eine wichtige Energiereserve für Infekte und Exazerbationen (akute Verschlechterungen) bietet.
- Liegt der BMI unter 21 kg/m² oder tritt ein ungewollter Gewichtsverlust ein, sollte die Energiezufuhr auf **30 bis 35 kcal (bei starkem Untergewicht temporär bis zu 45 kcal) pro Kilogramm Körpergewicht und Tag** gesteigert werden. Wenn dies über normale Mahlzeiten nicht möglich ist, wird der Einsatz von medizinischer Trinknahrung (orale Ernährungssupplemente) ausdrücklich wissenschaftlich empfohlen.



Gemeinsames Einkaufen auf dem Markt verbindet Bewegung und eine ausgewogene Ernährung.



Ziel 3: Entlastung der Atmung beim Essen („respiratorischer Quotient“)

Viele Patientinnen und Patienten berichten, dass sie nach dem Essen unter verstärkter Atemnot leiden. Diese hat zwei Hauptursachen: Ein zu voller Magen drückt das Zwerchfell nach oben und schränkt den beanspruchten Raum von der Lunge ein. Zudem beeinflusst die Zusammensetzung unserer Nahrung, wie viel Kohlendioxid der Körper bei der Verbrennung produziert (**respiratorischer Quotient, RQ**).

• RQ-Effekt:

- Bei der Verbrennung von Kohlenhydraten entsteht im Verhältnis zum eingeatmeten Sauerstoff besonders viel CO_2 ($\text{RQ} = 1,0$). Dieses überschüssige CO_2 muss mühsam abgeatmet werden, was die Atempumpe stark belastet.
- Bei der Verbrennung von Fett entsteht deutlich weniger CO_2 ($\text{RQ} = 0,7$).
- Wissenschaftliche Ernährungsmodelle für COPD-Patienten raten daher zu einer Kost, die reich an gesunden Fetten (z. B. pflanzliche Öle, Nüsse) und Proteinen ist, während der Anteil an leicht verdaulichen Kohlenhydraten (Zucker, Weißmehl) moderat gehalten werden sollte. Zudem können **fünf bis sechs kleine Mahlzeiten über den Tag verteilt** das Zwerchfell im Vergleich zu wenigen großen Portionen deutlich entlasten.

Ziel 4: Entzündungshemmung und Knochengesundheit

Die COPD ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung und betrifft den gesamten Organismus. Durch den häufigen Einsatz von Kortisonpräparaten sowie den krankheitsbedingten Bewegungsmangel entsteht ein stark erhöhtes Risiko für Knochenschwund (Osteoporose).

- Für den Erhalt der Knochendichte und zur Vermeidung von Wirbelbrüchen, die die Atemmechanik noch weiter einschränken würden, soll eine ausreichende Versorgung mit **Kalzium und Vitamin D** sichergestellt werden. Vitamin D hat zudem nachweislich positive Effekte auf die Muskelkraft und das Immunsystem.

Konkrete Zielformulierung mit SMART



(lesen Sie hierzu Seite 4ff.)

S – präzises Ziel: Ausgewogene Ernährung mit einer erhöhten Proteinzufuhr

M – messbares Ziel: Berechnung des persönlichen täglichen Eiweißbedarfes (1,2-1,9 g Eiweiß pro Kilogramm Körpergewicht)

A – sinnvolles Ziel: Proteinzufuhr und Bewegung kombinieren

R – realistisches Ziel: 1x pro Woche Erstellung eines Plans, welche Gerichte man zubereiten möchte inklusive einer Einkaufsliste

T – zeitliches Ziel: wöchentlicher Besuch des Wochen- oder Gemüsemarktes – möglichst zu Fuß oder mit dem Rad und genussvolle Zubereitung der Gerichte, abendlicher Check der erreichten Eiweißzufuhr

- Hochwertige Fettsäuren (z. B. **Omega-3-Fettsäuren** aus fettem Seefisch, wie Lachs, oder Leinöl) sowie Vitamine und Antioxidantien aus frischem Gemüse wirken im Körper entzündungshemmend und unterstützen so die körpereigene Abwehr gegen Atemwegsinfekte.



Fazit

Die Ernährung bei COPD gilt also als **aktiver und hochwirksamer Bestandteil der medizinischen Behandlung**. Das übergeordnete Ziel ist es, dem Körper die nötige Energie und die richtigen Bausteine zur Verfügung zu stellen, um die Atemnot zu lindern, die Muskelkraft zu erhalten und die Lebensqualität zu verbessern.

Quellen:

1. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP): S2k-Leitlinie „Fachärztliche Diagnostik und Therapie der COPD 2026“.
2. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN): Guidelines on Enteral Nutrition: Cardiology and Pulmonology.
3. Deutsche Atemwegsliga e.V.: Patientenratgeber „Ernährung bei COPD“.
4. COSYCONET-Studienkohorte: Untersuchungen zum Einfluss von Body-Mass-Index (BMI) und fettfreiem Masse-Index (FFMI) auf den Krankheitsverlauf bei COPD.



Zucchini-Feta-Puffer

Zutaten (für 12 Puffer):

- 190 g Zucchini, gehobelt
- 70 g Karotte gerieben
- 3 Eier
- 150 g Feta, zerkrümelt
- 3 EL Hafermehl (pürierte Haferflocken)
- Salz, Pfeffer, Kräuter der Provence
- Oliveöl zum Anbraten

Zubereitung

- Zucchini salzen, kurz ziehen lassen und die Flüssigkeit ausdrücken.
- Mit den restlichen Zutaten vermengen.
- Olivenöl in einer Pfanne erhitzen und die Puffer mit einem Esslöffel portioniert hineingeben und von beiden Seiten braten.

Pro Portion (3 Puffer):

250 kcal, 14 g Eiweiß, 17 g Fett (davon 7 g gesättigt)



Sommerlicher Kartoffelsalat mit Petersilie und Ei

Zutaten (für 1 Portion):

- 2 Kartoffeln, gegart (als Pellkartoffel oder mit Schale), in Scheiben
- 2 Eier, gekocht und gepellt, in Scheiben
- Gurke in Streifen
- 150 g Naturjoghurt
- Frische Petersilie, grob gehackt
- Saft einer halben Zitrone
- Salz

Zubereitung

- Alle Zutaten miteinander vermengen und mindestens eine halbe Stunde ziehen lassen.

Pro Portion:

344 kcal, 22,7 g Eiweiß, 13,8 Fett (davon 4,7 g gesättigt)

Guten Appetit!

wünschen die Ernährungstherapeutinnen
der Nordseeklinik Westfalen,
Wyk auf Föhr

Cindy Maréchal
Dipl. oec. troph. (FH)
Ernährungstherapeutin

Roxana J. Paysen, B.Sc.
Ernährungstherapeutin, Köchin,
Prokuristin der Nordseeklinik Westfalen

Das Meer ganz nah, der Strand vor der Tür, die Stadt um die Ecke. Und Sie mittendrin!

Unsere Nordseeklinik Westfalen liegt in 1A-Lage, direkt am feinsandigen Hauptstrand und der Strandpromenade des Heilbades Wyk auf der Insel Föhr, wenige Meter von der Altstadt und dem Hafen entfernt.

Ein erfahrenes, gesundheitsorientiertes Mitarbeiterteam freut sich, Sie ärztlich, therapeutisch und persönlich auf Ihrem individuellen Weg der Krankheitsbewältigung und Gesundheit zu begleiten.

Eine wertschätzende und unterstützende Kommunikation ist für uns dabei wesentlich im Umgang miteinander.

Seien Sie uns herzlich willkommen!

Gesundheitskompetenz für mehr Lebensqualität

- Schwerpunktlinik für COPD, Asthma, Lungenemphysem und Post-Covid-Syndrom.
- Wohnen direkt am Strand. Klimatische Reize, schadstoffarme Luft, Meeresaerosol.
- Nachhaltige Reha mit wissenschaftlicher Expertise. www.Atemwege.science
- Patientenorientierter Familienbetrieb mit den gelebten Werten Vertrauen, Unterstützung und Transparenz.
- Rentenversicherung, Krankenkassen & Beihilfe.

Post-Covid: Genesen, noch nicht gesund!

Das Virus ist nicht mehr nachweisbar. Trotzdem zeigen sich im späteren Verlauf multiple Folgeerkrankungen. Als Lungenfachklinik sammeln wir seit März 2020 Erfahrungen mit Post-Covid. Seit Januar 2021 bietet unser Team ein Rehabilitationskonzept bei Post-Covid-Syndrom an.

Kontaktadressen

Selbsthilfeorganisationen

Alpha1 Deutschland

Gesellschaft für Alpha-1-
Antitrypsin-Mangel-Erkrankte e.V.
Alte Landstraße 3, 64579 Gernsheim
Kostenfreie Servicenummer 0800 - 5894662
www.alpha1-deutschland.org, info@alpha1-deutschland.org



Bundesverband der Organtransplantierten e.V.

Opferstraße 9, 38723 Seesen
Telefon 05381 – 4921735
www.bod-ev-de, post@bdo-ev.de



Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V.

Rotenkruger Weg 78, 12305 Berlin
Telefon 016090 - 671779
www.bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de,
info@bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de

COPD – Deutschland e.V.

Landwehrstraße 54, 47119 Duisburg
Telefon 0203 – 7188742
www.copd-deutschland.de,
verein@copd-deutschland.de



Verbund/Netzwerk von Selbsthilfegruppen mit Schwerpunkt Sauerstoff

Kontakt Angelika Uher
Telefon 08431 – 9078075
E-Mail Angelika.Uher@web.de

Leben braucht Luft

Loser Verbund von Selbst-
hilfegruppen
Telefon 08071 – 9045253
www.lebenbrauchtluft.de, info@lebenbrauchtluft.de



Lungenfibrose e.V.

Postfach 15 02 08, 45242 Essen
Telefon 0201 – 488990, Telefax 0201 – 94624810
www.lungenfibrose.de,
o.drachou@lungenfibrose.de



Sarkoidose-Netzwerk e.V.

Rudolf-Hahn-Straße 248,
53227 Bonn
Telefon/Telefax 0228 – 471108
www.sarkoidose-netzwerk.de,
verein@sarkoidose-netzwerk.de

Patientenorientierte Organisationen

Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland e.V.

Raiffeisenstraße 38,
33175 Bad Lippspringe
Telefon 05252 – 93706-03,
Telefax 05252 – 937 06-04
www.lungensport.org,
lungensport@atemwegsliga.de



Deutsche Atemwegsliga e.V.

in der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie
Raiffeisenstraße 38, 33175 Bad Lippspringe
Telefon 05252 – 933615, Telefax 05252 – 933616
www.atemwegsliga.de, kontakt@atemwegsliga.de



Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung und Intensivversorgung (DIGAB) e.V.

Geschäftsstelle c/o Intercongress GmbH
Ingeborg-Krummer-Schroth-Straße 30,
79106 Freiburg
Telefon 0761 – 69699-28,
Telefax 0761 – 69699-11
www.digab.de,
digab-geschaeftsstelle@intercongress.de



Deutsche Lungenstiftung e.V.

Reuterdamm 77, 30853 Langenhagen
Telefon 0511 – 2155110,
Telefax 0511 – 2155113
www.lungenstiftung.de,
deutsche.lungenstiftung@t-online.de



Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V.

An der Eickesmühle 15-19,
41238 Mönchengladbach
Telefon 02166 - 6478820
www.daab.de, info@daab.de



➔ LUNGEN INFORMATIONSDIENST

www.lungeninformationsdienst.de

Helmholtz Zentrum München – Dt. Forschungszentrum
für Gesundheit und Umwelt GmbH



www.lungenaerzte-im-netz.de

In Zusammenarbeit mit dem Verband
Pneumologischer Kliniken e.V.

LungenGlück

Professor Dr. Stephanie Korn, Mainz
www.lungenglueck.de



Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin e.V.

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)

<https://pneumologie.de/aktuelles-service/patienten>

Impressum

Herausgeber

Offene Akademie und Patienten-Bibliothek e.V. i.G.
Laubeggengasse 10, 88131 Lindau
Telefon 08382 – 9110125
www.atemwegeundlunge.de
s.habicht@atemwegeundlunge.de

Patientenbeirat

Dr. Gottfried Huss, MPH, Vorsitzender
Petra Preuss, COPD- und Asthmapatientin
Lungenfibrose e.V.
Jutta Remy-Bartsch, Bronchiektasen-/COPD-Patientin, Übungsleiterin Lungensport
Christian Schmitt-Plank, Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs
Burkhard Tapp, Bundesverband der Organtransplantierten
Angelika Uher, COPD- und LOT-Patientin
Marion Wilkens, Alpha1 Deutschland e.V.
Patricia Zündorf, Angehörige
COPD-Selbsthilfegruppe Bonn

Wissenschaftlicher Beirat

Dr. Michael Barczok, Ulm
Prof. Dr. Claudia Bausewein, München
Bettina Bickel, München
Dr. Justus de Zeeuw, Köln
Michaela Frisch, Trossingen
Dr. Jens Geiseler, Marl
Prof. Dr. Rainer W. Hauck, Altötting
Prof. Dr. Felix Herth, Heidelberg
Dr. Gottfried Huss, MPH, Rheinfelden
Prof. Dr. Klaus Kenn, Schönaue
Prof. Dr. Stephanie Korn, Mainz
Roxana J. Paysen, Wyk auf Föhr
Dr. Beatrice Probst, Hamburg
Prof. Dr. Winfried J. Randerath, Solingen
Monika Tempel, Regensburg
Prof. Dr. Claus F. Vogelmeier, Marburg
Sabine Weise, München

Verlag, Anzeigenvertrieb, Gestaltung

Patientenverlag Sabine Habicht
Laubeggengasse 10, 88131 Lindau
s.habicht@atemwegeundlunge.de

Verlagsleitung

Sabine Habicht
s.habicht@atemwegeundlunge.de

Redaktion

Sabine Habicht (Leitung)
Nina Colditz (freie Mitarbeiterin)
Dr. phil. Maria Panzer (DIGAB)
Elke Klug (freie Mitarbeiterin)

Lektorat

Cornelia Caroline Funke M.A.
typoscriptum medicinae, Leipzig

Layout

Andrea Küntz
MediaShape, Grafik- und Mediendesign, Lindau

Versand

Holzer Druck und Medien GmbH & Co. KG
Fridolin-Holzer-Straße 22
88171 Weiler im Allgäu
www.druckerei-holzer.de

Druck

Holzer Druck und Medien GmbH & Co. KG
Fridolin-Holzer-Straße 22
88171 Weiler im Allgäu
www.druckerei-holzer.de

Ausgabe

Herbst 2026/14. Jahrgang
Auflage 33.500 Patienten
Auflage 4.000 Ärzte
ISSN (Print) 2627-647X
ISSN (Online) 2627-6542
ISBN 9783982064802

Erscheinungsweise

4 x jährlich
Nächste Ausgabe: Winter (30. November 2026)

Schutzgebühr pro Heft

Deutschland 6,50 Euro
Ausland 9,50 Euro

Medienpartner

COPD – Deutschland e.V.

Landwehrstraße 54
47119 Duisburg
Telefon 0203 – 7188742
www.copd-deutschland.de
verein@copd-deutschland.de



Alpha1 Deutschland

Gesellschaft für Alpha-1-Antitrypsin-Mangel-Erkrankte e.V.
Alte Landstraße 3, 64579 Gernsheim
Kostenfreie Servicenummer 0800 – 5894662
www.alpha1-deutschland.org
info@alpha1-deutschland.org



Bundesverband Selbsthilfe Lungenkrebs e.V.

Rotenkruher Weg 78, 12305 Berlin
www.bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de
info@bundesverband-selbsthilfe-lungenkrebs.de
Telefon 0160 – 90 67 17 79



Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V.

Geschäftsstelle c/o Intercongress GmbH
Ingeborg-Krummer-Schroth-Straße 30
79106 Freiburg
Telefon 0761 – 69699-28
Telefax 0761 – 69699-11
www.digab.de



Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V.

An der Eickesmühle 15-19,
41238 Mönchengladbach
Telefon 02166 – 647888
www.daab.de, info@daab.de



www.lungenaerzte-im-netz.de

Monks – Ärzte im Netz GmbH
Tegernseer Landstr. 138
81539 München
Telefon 089 – 642482-12
Telefax 089 – 642095-29
info@lungenaerzte-im-netz.de

LUNGEN INFORMATIONSDIENST HELMHOLTZ MUNICH

Lungeninformationsdienst

Helmholtz Zentrum München –
Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit
und Umwelt (GmbH)
Ingolstädter Landstraße 1, 85764 Neuherberg
Telefon 089 – 3187-2340
Telefax 089 – 3187-3324
www.lungeninformationsdienst.de
info@lungeninformationsdienst.de



Sarkoidose-Netzwerk e.V.

Rudolf-Hahn-Straße 148, 53227 Bonn
Telefon/Telefax 0228 – 471108
www.sarkoidose-netzwerk.de
verein@sarkoidose-netzwerk.de

Lungenfibrose e.V.

Postfach 15 02 08,
45242 Essen
Telefon 0201 – 488990,
Telefax 0201 – 94624810
www.lungenfibrose.de,
o.drachou@lungenfibrose.de



Verteilte Auflage 37.500 Stück

An ca. 7500 Sammelbesteller Ärzte, Kliniken,
Apotheken, Patientenkontaktstellen, Gesund-
heitsämter, Geschäftsstellen von Krankenkassen,
Bibliotheken der www.Patienten-Bibliothek.de,
ca. 850 Sammelbesteller der Patientenorgani-
sation Lungenemphysem-COPD Deutschland,
Alpha1 Deutschland, Bundesverband Selbsthilfe
Lungenkrebs, Alpha1-Austria und Lungen-
sportgruppen in Deutschland und Österreich.
Täglich über 500 Aufrufe/Seitentreffer, allein
über Google/AdWords.

Bildnachweise

Deckblatt © AdobeStock_fЮлия Завалишина
S3 Jutta Remy-Bartsch, S5 AdobeStock – Jonas, Dr.
Gottfried Huss, S6 Jahrzehnt der Lunge e.V., Lorena
Krüger, S7 AdobeStock – Pakorn, S8 AdobeStock –
Pakorn, Jahrzehnt der Lunge e.V., S10 AdobeStock,
S12 AdobeStock – Jonas Glaubitz, S13 Patientenver-
lag Habicht, Patricia Zündorf, Jochen Rhinow, COPD
Selbsthilfe Bonn, S14-15 Bundesverband Selbsthilfe
Lungenkrebs e.V., S15 Professor Dr. Torsten Bauer,
S16 CEGLA Medizintechnik, S17 AdobeStock – Vlada
Today, S18 Heike Georg, S20 AdobeStock – Dafne,
S21 Deutsche Atemwegsliga e.V., S22 AdobeStock –
OPP-786, Prof. Dr. Stephanie Korn, www.lungen-
glueck.de, S23 Deutsche Atemwegsliga e.V., S24-25
COPD – Deutschland e.V., S27 AdobeStock – Niels,
AdobeStock Adithiya, S28 Monika Tempel, S29
Alpha1 Deutschland e.V., S30 Fotolia/AdobeStock
– Jingga80, bismillah_bd, S31 Gabi Niethammer,
S32 Annkatrin Siegl, Grifols GmbH, S33 Deutsche
Atemwegsliga e.V., Prof. Dr. Rembert Koculla,
Prof. Dr. Tim Greulich, S34 Marion Wilkens, Thomas

Heimann, S35, Marion Wilkens, Prof. Dr. Sabina Jan-
ciauskiene, Leyla Gür, S36 Petra Objartel, Uwe Deter,
Alpha1 Deutschland e.V., S37 AdobeStock – WAHYU,
S38 AdobeStock – Pakorn, Dr. Michael Barczok, S39
AdobeStock – BillionPhotos.com, S42 AdobeStock –
Anastasiia, S41 AdobeStock – Chingiz, S42 Matthias
Seifert, Patientenverlag Habicht, AdobeStock – Brad
Pict, ra3rn, S44 Anja Spaja, S45 Fotolia/AdobeStock
– Phattmann, AB vector designer, S47 AdobeStock
– Anna, S48 Prof. Dr. Olivia Merkel, S49 AdobeStock
– Анастасия Калинина, S50 EU-PFF, Janette Cetin,
Lungenfibrose e.V., S51 AdobeStock – julijadmi, S52
Deutsche Rentenversicherung, Dr. Rainer Gloeckl, S53
AdobeStock – Adil, ICHON, S55 Societe des Produits
Nestle SA 1994, Revision 2009, S56 Dr. Beatrice
Probst, AdobeStock – puhha, S57 AdobeStock –
Nyaaka, S58 AdobeStock – NDBACREATIVITY, S59
AdobeStock – mizina, baibaz, S60 Nordseeklinik
Westfalen, Wyk auf Föhr, Cindy Maréchal, Roxana
J. Paysen, S64 AdobeStock – dedesign, Patienten-
verlag Habicht

Hinweise

Die namentlich gekennzeichneten Veröffentlichun-
gen geben die Meinung des jeweiligen
Autors wieder. Anzeigen müssen nicht die
Meinung der Herausgeber wiedergeben.
Texte, Interviews etc., die nicht mit einem
Autorennamen oder einer Quellenangabe ge-
kennzeichnet sind, wurden von Sabine Habicht,
Redaktionsleitung, erstellt.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und
Fotos wird keine Haftung übernommen.

Eine Verwertung einschließlich des Nachdrucks
der in der Zeitschrift enthaltenen Beiträge und
Abbildungen sowie deren Verwertung und/
oder Vervielfältigung – z.B. durch Fotokopie,
Übersetzung, Einspeicherung und Verarbeitung
in elektronische Systeme oder Datenbanken,
Mailboxen sowie für Vervielfältigungen auf
CD-ROM – ohne schriftliche Einwilligung des
Verlages sind unzulässig und strafbar.

Alle Rechte der vom Patientenverlag konzipier-
ten Anzeigen und Beiträge liegen beim Verlag.

Die Informationen/Beiträge der Patientenzeit-
schrift „Patienten-Bibliothek – Atemwege und
Lunge“ können das Gespräch mit dem Arzt
sowie entsprechende Untersuchungen nicht
ersetzen. Die Patientenzeitschrift dient der
ergänzenden Information.

Vorschau Winter 2026

- Mobilität
- Mit COPD leben
- Ein Fahrplan bei Erstdiagnose
- Verhalten im Notfall
- Das Gespräch – Arzt und Patient
- Rehabilitation
- Bronchiektasen
- Begleiterkrankungen
- Symptome und Palliativbehand-
lung
- Lungenkrebs-Screening
- Lungenwetter
- Tägliches Training
- Ernährung
- www.AtemwegeundLunge.de

Ihr Weg zur nächsten Ausgabe



Atemwege und Lunge

eine **Patienten-Bibliothek**



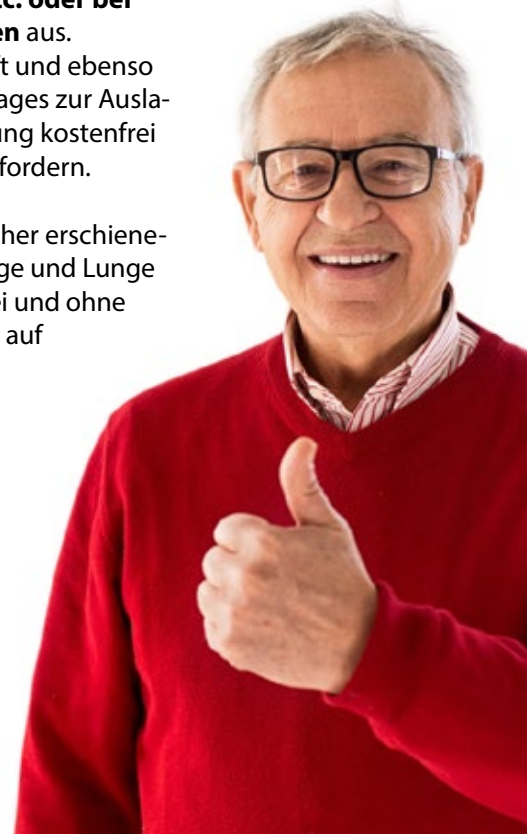
Die Zeitschrift liegt in Deutschland und in Österreich kostenfrei zur **Mitnahme in Arztpraxen, Kliniken, Apotheken, Physiotherapiepraxen etc. oder bei Selbsthilfe- und Lungensportgruppen** aus.

Dieser Verteilerkreis kann die Zeitschrift und ebenso die Themenratgeber des Patientenverlages zur Auslage und Weitergabe als Sammelbestellung kostenfrei über www.AtemwegeundLunge.de anfordern.

Lesen Sie online als PDF-Datei alle bisher erschienenen Ausgaben der Zeitschrift Atemwege und Lunge sowie alle Themenratgeber – kostenfrei und ohne Registrierung – oder als Einzelbeiträge auf www.AtemwegeundLunge.de.

Auch über den **Buch- und Zeitschriftenhandel** kann die jeweils aktuelle Ausgabe der Atemwege und Lunge erworben werden. Die ISBN finden Sie auf dem Deckblatt und im Impressum.

Im **Einzelversand** liefern wir Ihnen die Zeitschrift **gegen eine Gebühr** gerne auch an Ihre private Anschrift. Nutzen Sie unseren Versandservice ohne Abonnementverpflichtung.



Bitte senden Sie das Bestellformular an folgende Anschrift:
Patientenverlag Habicht,
Laubeggengasse 10,
88131 Lindau
Alternativ können Sie uns
Ihre Bestellung mailen:
S.Habicht@AtemwegeundLunge.de

Die in unregelmäßigen Abständen erscheinenden Themenratgeber unseres Verlages werden zumeist der Zeitschrift beigelegt und können zudem kostenfrei angefordert werden.

Bestellformular kostenpflichtiger Einzelversand

Ja, hiermit bestelle ich folgende Ausgabe(n) der Patientenzeit-schrift **Atemwege und Lunge** zum Bezugspreis **pro Ausgabe** von € 6,50 (Deutschland) und € 9,50 (im europäischen Ausland) inkl. Porti und Versandkosten.

Frühjahr ☐ Sommer ☐ Herbst ☐ Winter ☐
März 2026 Juni 2026 Sept. 2026 Dez. 2026

Frühjahr ☐ Sommer ☐ Herbst ☐ Winter ☐
März 2027 Juni 2027 Sept. 2027 Dez. 2027

Vorname _____ Name _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

E-Mail für Rechnungsversand _____

Bitte
ausreichend
frankieren

**Patientenverlag Habicht
Laubeggengasse 10**

88131 Lindau