

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht

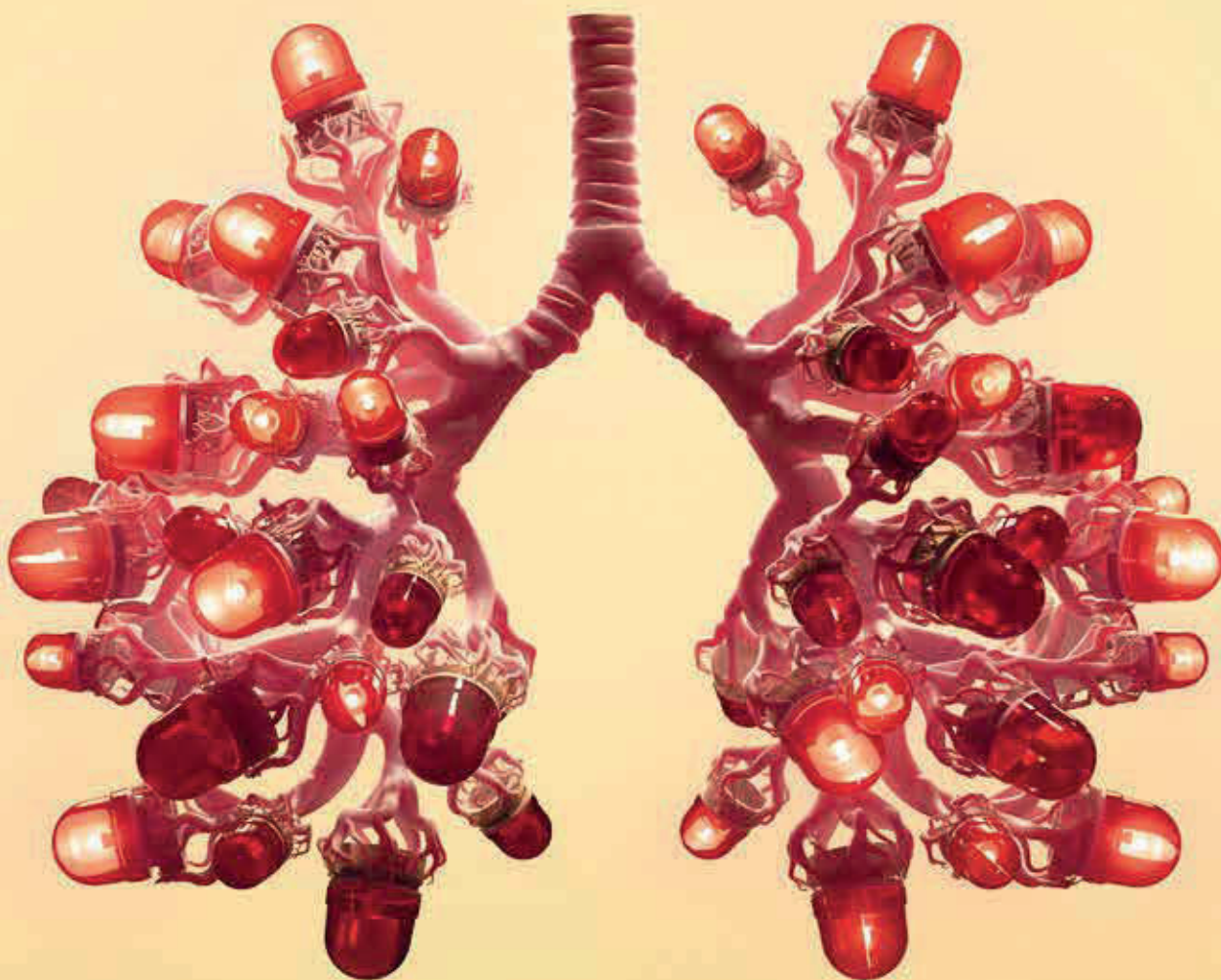
- 
- A photograph of an elderly couple walking away from the camera on a sandy beach at sunset. They are holding hands and walking towards the ocean. The man is wearing a white short-sleeved shirt and light-colored shorts, and the woman is wearing a white long-sleeved top and light-colored pants. The sky is a mix of orange and blue, and the water is calm with small waves. The couple's shadows are cast on the sand.
- Apps für Lungenkranke
 - Selbsthilfegruppen tun gut!
 - Welches Nasenspray?
 - Sonnenschutz richtig!
 - Organspende: Kurz und knapp

Offizielles Organ von:

- Deutsche PatientenLiga Atemwegs-
erkrankungen e.V - DPLA (ehem.)
- AG Lungensport in Deutschland e.V.
- Sektion Deutscher Lungentag der DAL



RSV-SCHUTZ KENNT KEINE SOMMERPAUSE. Erst recht nicht bei Vorerkrankungen.



STIKO- Empfehlung

Hochansteckend, doch oft unterschätzt: die Atemwegserkrankung RSV. Vor allem bei älteren Personen ab 60 kann sie einen ernsten Verlauf nehmen. Auch schwere Vorerkrankungen wie **Asthma, COPD oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen** erhöhen das Risiko. Die STIKO empfiehlt eine Impfung für Risikogruppen.

Nicht aufschieben, sondern sofort erledigen:

Sprechen Sie bei Ihrem nächsten Arzttermin über Ihren RSV-Impfschutz.

rsv-schutz.de

GSK

Editorial



Liebe Leserinnen und Leser,

stellen Sie sich einfach einmal vor, Sie müssen aktuell Steuern, Gebühren oder staatliche Abgaben zahlen. Nun antworten Sie auf die Zahlungsaufforderung, Ihr Haushalt gibt diese Summen einfach nicht her. Aber Sie bieten dafür an, einen Abschlag von, sagen wir, zwei Prozent der Gesamtsumme zahlen zu wollen. Was meinen Sie, wie die veranlassende Behörde reagieren wird? Sicher bekommen Sie wegen verzögerter Bezahlung eine Mahnung mit zusätzlichem Gebührenaufschlag und wenn Sie dem und der Folgemahnung nicht innerhalb der gesetzten Fristen Folge leisten, erhalten Sie schließlich einen persönlichen Besuch, nämlich von einem Gerichtsvollzieher. Nun aber erklärt die amtierende Bundesgesundheitsministerin, Frau Warken, die volle Erstattung der Krankheitskosten der Bürgergeldbezieher, ab 1. Juli der Grundsicherungsempfänger, vom Bund an die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in Höhe von 12 Milliarden Euro könne aus haushalterischen Gegebenheiten aus dem Staatshaushalt nicht geleistet werden. Stattdessen zahle man nur 250 Millionen Euro. Die staatliche Restsumme, also 98 Prozent wird aber weiterhin auf alle gesetzlich Versicherten abgewälzt.

Prof. Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA (bis zum 30. Juni d.J.), spricht hier sogar von einem „Taschenspielertrick“, wenn man zwar mit 250 Millionen Euro aus dem Staatshaushalt mehr für die Grundsicherungsempfänger beitragen will, parallel aber „den Bundeszuschuss an den Gesundheitsfond um 2 Milliarden Euro“ pro Jahr kürzt. Gleiches gilt für die gesetzlich geregelte Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die jeweiligen Bundesländer. Diese liegt heute nur noch bei vier Prozent. Die restlichen „geringen“ 96 Prozent müssen die Krankenhäuser über die Vergütung für die Versorgung kranker Menschen, auch hier wieder von den GKV-Beitragszahlern, aufbringen. Unbestritten bleibt: „Jeder weiß, dass Einsparungen im Gesundheitswesen notwendig sind“ (Prof. Hecken,

26.6.2026). Dies kann aber nicht nur durch Verlagerung verpflichtender staatlicher Zahlungen auf die Beitragszahler geschehen.

Eine persönliche Anmerkung: Prof. Josef Hecken, 14 Jahre lang unparteiischer Vorsitzender des G-BA, hat diesen durch seinen außergewöhnlichen persönlichen Einsatz und immer wieder durch sachliche, aber auch kritische Stellungnahmen geprägt. Im G-BA, dem „Maschinenraum des Gesundheitswesens“ wird über den Anspruch aller gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland auf eine „angemessene, wirtschaftliche, zweckmäßige Versorgung, die das Maß des Notwendigen nicht überschreitet“, entschieden. Dies heißt in Zahlen: Ein Budget über 200 Milliarden Euro pro Jahr. In vielen Jahren habe ich Herrn Prof. Hecken in verschiedenen Gremien erlebt. Ich war persönlich beeindruckt, wie er als Jurist sich in eine Vielzahl medizinischer Thematiken hoch kompetent eingearbeitet und entschieden hat. Dabei gelang es ihm, mit großem kommunikativem Geschick und Einsatz oft differente Standpunkte der Trägerorganisationen des G-BA zu gemeinsamen Gremienentscheidungen für eine bessere Patientenversorgung zu führen. Dafür sei ihm ausdrücklich gedankt. Mit ihm geht eine Ära im G-BA zu Ende!

Liebe Leserinnen und Leser, schauen Sie doch einfach auf den Titel und ins Inhaltsverzeichnis Ihrer Sommerausgabe der Luftpost. Bestimmt finden Sie nicht nur ein interessantes Thema, das Sie oder Ihre Angehörigen auch direkt betrifft oder betreffen kann. Ich wünsche Ihnen eine gute Lektüre!

Mit luftigen Grüßen

**Ihr Dr. med. Michael Köhler
und das gesamte Team der Luftpost**

Inhalt

Aktuelles

- 5 Deutscher Lungentag 2026
- 6 Apps für Lungenkranke
– welche sind zu empfehlen?
- 10 DGP sieht Handlungsbedarf bei Jugendschutz
und Nikotinprävention
- 11 Vorsorgen für Krisen und Katastrophen
- 12 Fettleibigkeit (Adipositas) ist viel mehr
als nur Übergewicht
- 14 Zeckensaison 2026
- 16 Appell zur „Zuckersteuer“
- 18 Viele Urlauber schützen sich falsch
vor Sonnenstrahlen
- 20 Klimawandel und Gesundheit
– Hitze erhöht Risiko für Nierensteine

Selbsthilfe

- 22 Selbsthilfegruppen im Wandel der Zeit

Zu Ihrer Information

- 24 Welches Nasenspray bei Heuschnupfen
- 25 Long-COVID:
Ambulante Lungenreha mit Sportprogramm
- 26 Pflegereform verschärft Armutsrisiko
- 28 Neues Vorsorge-Angebot für Diabetiker
in Thüringen
- 29 Online-Sehtests können Sehprobleme früh(er)
sichtbar machen
- 30 Gedächtnisprobleme als frühe Hinweise
auf Demenz?



- 32 Stoffwechsel-Schalter gegen Lungenkrebs
- 33 Die besten Trainingsmethoden
für Menschen mit stabiler COPD
- 34 Faktenblatt Apothekenreform
- 36 Tobias Welte-Gedächtnispreis
der Luftpost 2026
- 37 Nachrufe
- 38 In Memoriam für Jürgen Frischmann
- 40 Organ- und Gewebespende

Rubrik

- 42 Impressum
- 43 Infolyer der Deutschen Atemwegsliga e.V.
und Broschüren der AG Lungensport
in Deutschland e.V.

Anzeige

Aktiv bleiben!

Mehr Bewegungsspielraum.

- ✓ Deutschlandweite Versorgung
- ✓ Schneller Service direkt vor Ort
- ✓ Rundumversorgung auch
im Urlaub



Mit unserer Langzeit-Sauerstoff-Therapie.

Mehr Lebensqualität.

- ✓ Attraktive Konditionen für
Miete & Kauf
- ✓ Zusammenarbeit mit allen
Krankenkassen
- ✓ Individuelle Beratung
persönlich & kompetent



Beratungstelefon
0365 / 20 57 18 18

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



air-be-c
Medizintechnik

Kostenlos & online!!

Deutscher Lungentag

**Zentralveranstaltung des
Deutschen Lungentages am 26. September 2026**

**Infektionen der Atemwege und der Lunge:
vermeiden, erkennen, behandeln**

live & interaktiv von 11:00 Uhr - 13:00 Uhr

Der Deutsche Lungentag ist ein Zusammenschluss von:



Informationen und Anmeldung unter www.lungentag.de & info@lungentag.de

Apps für Lungenkranke – welche sind zu empfehlen?

„Sie müssen sich regelmäßig bewegen.“ Diesen Satz hören viele Menschen mit COPD, Asthma oder anderen chronischen Lungenerkrankungen immer wieder. Doch im Alltag ist das oft leichter gesagt als getan. Luftnot, Erschöpfung, fehlende Motivation oder lange Wege zum Reha- oder anderen Sportangeboten machen es vielen Betroffenen schwer, dauerhaft aktiv zu bleiben.

Genau hier setzen digitale Maßnahmen an. Smartphone-Apps und Online-Programme sollen helfen, Bewegung in den Alltag einzubinden, Atemübungen anzuleiten, beim Rauchstopp zu unterstützen oder die Erkrankung besser zu verstehen. Inzwischen gibt es eine wachsende Zahl an Apps und digitalen Angeboten speziell für Menschen mit chronischen Lungenerkrankungen. Dieser Artikel gibt einen Überblick über ausgewählte digitale Helfer mit Schwerpunkt Bewegung, ohne den Anspruch, vollständig zu sein.

Was Apps für Lungenkranke leisten können

Medizinische Apps können eine sinnvolle Ergänzung sein und in vielfältigsten Bereichen unterstützen.

Beispielsweise bei:

- regelmäßiger Bewegung
- Atemphysiotherapie
- Motivation im Alltag
- Rauchstopp
- Selbstmanagement der Erkrankung
- langfristigem Erhalt von Reha-Erfolgen

Was bedeutet eigentlich „DiGA“?

DiGA steht für „**D**igitale **G**esundheits**a**nwendung“. Vereinfacht gesagt handelt es sich dabei um Gesundheits-Apps auf Rezept. Diese Anwendungen werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hinsichtlich Datenschutz, Sicherheit und wissenschaftlicher Wirksamkeit geprüft. Der Vorteil: Wird eine App offiziell als DiGA anerkannt, übernehmen gesetzliche Krankenkassen in der Regel die Kosten. Mit „*NichtraucherHelden*“ und „*SmokeFree*“ existieren inzwischen zwei DiGAs im pneumologischen Bereich, die *ärztlich verordnet* werden können. Beide Apps unterstützen Menschen auf dem Weg, rauchfrei zu werden.



Foto: Privat

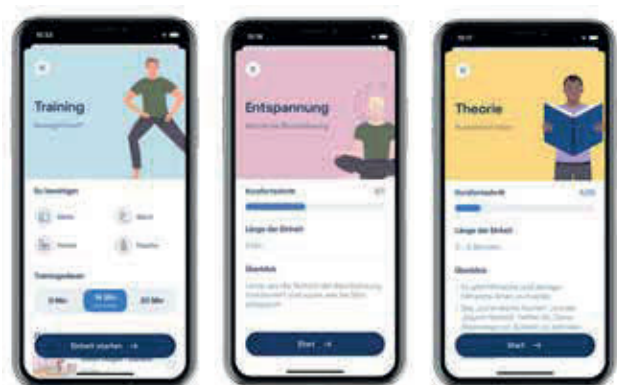
Dr. Rainer Gloeckl, Leiter Forschungsinstitut für Pneumologische Rehabilitation, Schön Klinik Berchtesgadener Land, Schönau am Königssee

Welche Apps und digitalen Angebote zum Thema Bewegung sind empfehlenswert?

Kaia COPD

(Hersteller: Kaia Health GmbH)

„Kaia COPD“ richtet sich an Menschen mit COPD und bringt wesentliche Elemente der pneumologischen Rehabilitation auf das Smartphone. Das tägliche Programm kombiniert *Bewegungstraining, Atemtechniken, Entspannungsübungen* und *Wissensinhalte zu COPD*. Besonders hervorzuheben ist der *KI-basierte Bewegungs-*



Quelle: <https://kaiahealth.de/patient-kaia-copd/>

coach: Er analysiert über die Kamera des Smartphones die Körperhaltung der Nutzenden in Echtzeit und gibt direktes Feedback zur Übungsausführung. Die Wirksamkeit des Programms wurde in klinischen Studien belegt, unter anderem konnte gezeigt werden, dass Reha-Erfolge über sechs Monate aufrechterhalten werden konnten. Die App ist für iOS und Android kostenlos herunterladbar, für die Nutzung ist jedoch eine Registrierung erforderlich. Eine Kostenübernahme durch gesetzliche Krankenkassen besteht *derzeit nur im Rahmen eines Selektivvertrags für Versicherte der DKKV*. Eine Selbstzahleroption besteht aktuell nicht.

COPD Fitmacher

(Hersteller: Berlin Chemie)

Die App „COPD-Fitmacher“ richtet sich an Menschen mit COPD, die niedrigschwellig mehr Bewegung in ihren Alltag bringen möchten. Das Trainingsprogramm wurde gemeinsam mit Pneumologen sowie Lungensporttrainerinnen entwickelt und ist über Videoanleitungen geführt, die auf die Bedürfnisse von *COPD-Betroffenen* abgestimmt sind. *Intensität und Länge der Einheiten* lassen sich zwischen 10 bis 40 Minuten *individuell anpassen*. Für die Übungen werden keine Geräte benötigt. Ergänzend bietet die App einen integrierten Schrittzähler sowie Hintergrundinformationen zum Zusammenhang von Bewegung und COPD. Die App ist kostenlos für iOS (ab Version 13.0) und Android verfügbar. Weder Registrierung noch ärztliche Verordnung sind für die Nutzung erforderlich.



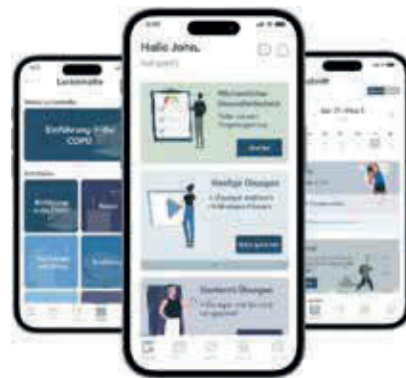
Quelle: <https://www.therakey.de/copd-fitmacher-app.html>

Breathment

(Hersteller: Breathment GmbH)

Die App „Breathment“ richtet sich an Menschen mit *COPD und Asthma* und verbindet digitale Atemtherapie mit persönlicher Begleitung durch zertifizierte Physiotherapeuten, die Therapiepläne individuell anpassen und (optional) per Video erreichbar sind. Ein KI-Trainer analysiert über die Smartphone-Kamera in Echtzeit Bewegungsabläufe und Atemmuster und gibt Feedback zur korrekten Übungsausführung. Zusätzlich bietet die App ein *Symptomtagebuch*, *Schrittzähler*, *Fortschrittstra-*

cking sowie *Echtzeit-Luftqualitätsdaten* zur Trainingsplanung. Seit Anfang 2024 ist Breathment als zertifiziertes Medizinprodukt zugelassen. Die App ist für iOS und Android verfügbar. Für die Nutzung ist eine *Registrierung notwendig*. Die *Kosten* werden *aktuell teilweise über Verträge einzelner Krankenkassen* übernommen (aktuelle Informationen unter www.breathment.com). Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die App auf *Selbstzahlerbasis im Abo* zu erwerben.



Quelle: <https://breathment.com/de/copd-therapie-app/>

CF Physio

(Hersteller: Vertex Pharmaceuticals)

Die App „CF Physio“ wurde speziell für Menschen mit *Mukoviszidose* entwickelt, gemeinsam mit auf CF spezialisierten Physiotherapeuten und Betroffenen. Sie bietet über 20 Übungen und eine Reihe vorgefertigter Trainingsprogramme: von kurzen Morgenroutinen bis hin zu geführten Kräftigungseinheiten, ergänzt durch Schritt-für-Schritt-Anleitungen mit Animationen und Audioanleitungen für eine korrekte Ausführung auch ohne Therapeut vor Ort. Für *Kinder* stehen *gesonderte Übungsvarianten* zur Verfügung. Trainingserfolge lassen sich in der App dokumentieren und mit Angehörigen oder dem Therapieteam teilen. Die App ist *kostenlos* für iOS (ab Version 15.0) und Android verfügbar; eine *Registrierung ist nicht erforderlich*.



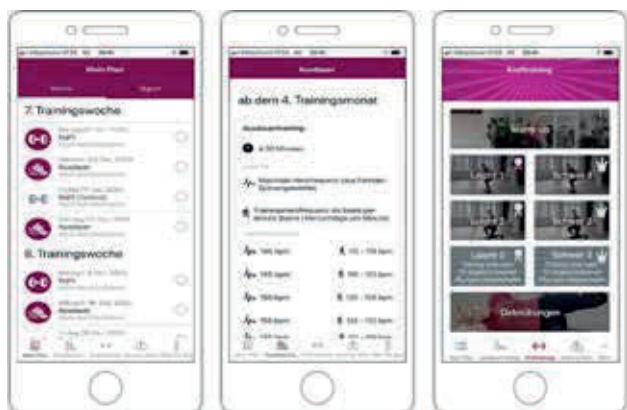
Quelle: www.cfsource.de/de/service/cf-physio-app

Atemwege Gemeinsam Gehen

(Hersteller: AstraZeneca)

Diese App richtet sich vor allem an Menschen mit (*schwerem*) *Asthma* und entstand im Rahmen des gleichnamigen Projekts, das gemeinsam mit Lungenfachärzten und Sportwissenschaftlern entwickelt wurde. Herzstück ist ein über *drei Monate aufbauender Trainingsplan aus Ausdauer- und Kraftübungen*, der sich an das *individuelle Fitnessniveau* anpassen lässt. Alle Übungen werden *per Video* von der ehemaligen Weitsprung-Olympiasiegerin und zweifachen Weltmeisterin Heike Drechsler vorgezeigt und erläutert. Ergänzt wird das Angebot durch *Informationen zu Asthmakontrolle, atemerleichternden Techniken und Sport mit Asthma*. Die App wurde von der Deutschen Atemwegsliga mit dem PneumoDigital-Siegel ausgezeichnet, das Qualität, Vertrauenswürdigkeit und Nutzerfreundlichkeit bescheinigt. Sie ist *kostenlos* für iOS und Android verfügbar. Eine *Registrierung ist nicht erforderlich*. Ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt vor Nutzungsbeginn wird empfohlen.

AATM-Betroffenen angepasst werden können. Die App ist kostenlos für iOS und Android verfügbar. Für die Nutzung ist lediglich eine *Registrierung mit einer E-Mail-Adresse* erforderlich.



Quelle: www.mit-asthma-leben.de/leben-mit-schwerem-asthma/ihre-trainings-app

My Alpha1 Compass

(Hersteller: CSL Behring)

Die App „MyAlpha1 Compass“ richtet sich speziell an Menschen mit *Alpha-1-Antitrypsin-Mangel* und wurde in enger Zusammenarbeit mit Ärzten, Betroffenen und der Selbsthilfeorganisation Alpha1 Deutschland e.V. entwickelt. Sie unterstützt das Selbstmanagement der Erkrankung auf mehreren Ebenen: *Infusionen und Vitalwerte* lassen sich *dokumentieren*, *Symptome* festhalten und der *Verlauf* nachverfolgen. *Praktische Checklisten* helfen bei der Reisevorbereitung mit Therapiebedarf, und eine strukturierte Übersicht erleichtert die *Vorbereitung auf Arztgespräche*. Darüber hinaus enthält die App einen Bereich mit *körperlichen Übungen*, die *individuell* an die Bedürfnisse von

Quelle: www.myalpha1compass.com/home

Online-Lungensport

(Anbieter: AG Lungensport in Deutschland e.V.)

Der Online-Lungensport wurde 2021 von der AG Lungensport in Deutschland e.V. ins Leben gerufen. Zunächst als Reaktion auf Schließungen der Lungensportgruppen während der Corona-Pandemie, läuft dieses Angebot auch heute noch weiter. *In den vergangenen 5 Jahren* haben bereits *20.000 Teilnehmer* beim Online Lungensport mitgemacht. Die Einheiten richten sich *an alle Menschen mit chronischen Atemwegs- und Lungenerkrankungen*, die keinen Lungensport-Kurs in zumutbarer Nähe besuchen können oder als zusätzlichen Kurs nutzen möchten. Die *wöchentlichen Stunden* finden *per Zoom-Videokonferenz* statt und werden von qualifizierten Übungsleiterinnen geleitet. Inhalte sind *Kraft-, Beweglichkeits- und Atemübungen* – angelehnt an den klassischen Reha-Lungensport. Eine *ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich*, ein kurzes Gespräch mit dem behandelnden Arzt vor Beginn wird jedoch empfohlen. Die *Teilnahme ist kostenlos* und erfordert *kein Zoom-Konto*. Die Einwahl ist per Browser oder über die kostenlose Zoom-App möglich. Zur Anmeldung genügt eine *kurze E-Mail an sportstunde@lungensport.org*. Die *aktuellen Termine* der Online Lungensportstunden sind *auf der Homepage der AG Lungensport* unter www.lungensport.org zu finden.



Quelle: www.lungensport.org

Fazit

Gesundheits-Apps können Menschen mit chronischen Lungenerkrankungen heute bereits sinnvoll unterstützen: sei es bei Bewegung und Atemtherapie, beim Rauchstopp oder beim Selbstmanagement der Erkrankung. Welche App geeignet ist, hängt von der eigenen Diagnose, dem Schweregrad der Erkrankung und den persönlichen Vorlieben ab. Sprechen Sie im Zweifel mit Ihrem Arzt, bevor Sie ein neues Programm beginnen. Und denken Sie daran: Apps ersetzen keine medizinische Behandlung, können aber eine wertvolle Ergänzung sein. Vorausgesetzt, sie werden regelmäßig genutzt!

Autor: Dr. Rainer Gloeckl, Leiter Forschungsinstitut für Pneumologische Rehabilitation, Schön Klinik Berchtesgadener Land, Schönau am Königssee

App / Angebot	Schwerpunkt	Zugang/ Kosten	Registrierung nötig?	Besonderheiten
Kaia COPD	Digitale COPD-Reha, Training, Schulung	Zugang aktuell nur für DKK Versicherte	Ja	KI-basiertes Live Feedback zum Training, wissenschaftlich überprüft
COPD Fitmacher	Bewegung & Alltagstraining	kostenlos	Nein	Von Pneumologen und Lungensporttrainern entwickelt
Breathment	Atemtherapie & Bewegung bei COPD/Asthma	Selbstzahler im Abo oder teilweise Kassenübernahme	Ja	KI-gestütztes Live Feedback
MyAlpha1 Compass	Alpha-1-Antitrypsin-Mangel	kostenlos	Ja	Symptom- & Infusionsmanagement, Trainings- und Atemübungen
CF Physio	Mukoviszidose	kostenlos	nein	Auch für Kinder geeignet
Atemwege Gemeinsam Gehen	(Schweres) Asthma	kostenlos	nein	Trainingsvideos mit Heike Drechsler
NichtraucherHelden	Rauchstopp	DiGA ("App auf Rezept")	Ja	digitale Tabakentwöhnung
SmokeFree	Rauchstopp	DiGA ("App auf Rezept")	Ja	digitale Tabakentwöhnung
Online-Lungensport	Live-Training mit Lungensport Übungsleiter	Kostenlos über Zoom Videokonferenz (Anmeldung per Email)	Ja	Keine Verordnung erforderlich

Nach Veröffentlichung des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG):

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP) sieht Handlungsbedarf bei Jugendschutz und Nikotinprävention



Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) unterstützt die aktuelle gesundheitspolitische Debatte zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor nikotinhaltigen Produkten. Die am 26.05.2026 veröffentlichten Daten des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) machen aus Sicht der ärztlichen Fachgesellschaft deutlich, dass Vorbeugung und Jugendschutz in diesem Bereich weiter gestärkt werden müssen. „Die aktuellen Entwicklungen zeigen, dass insbesondere Einweg-E-Zigaretten und aromatisierte, nikotinhaltige Produkte junge Menschen ansprechen“, erklärt Prof. Christian Taube der Präsident der Fachgesellschaft. „Was nach Vanille, Cola oder Erdbeeren schmeckt, ist für Kinder und Jugendliche z.B. nicht von Süßigkeiten zu unterscheiden. Hier sind wir als Gesellschaft und Ärzte gefordert!“

Die DGP unterstützt dabei ausdrücklich den Kurs des Bundesdrogenbeauftragten Prof. Hendrik Streeck, der sich für ein Verbot von Aromastoffen in E-Zigaretten einsetzt. „In den Niederlanden und anderen Ländern gibt es bereits gute Erfahrungen mit Verboten von Einweg-E-Zigaretten und Aromen“, so Taube, Direktor der Klinik für Pneumologie am Universitätsklinikum Essen. Nach Einschätzung der Lungenfachärzte dürften insbesondere süße Aromen, moderne Produktgestaltung und die

starke Bewerbung entsprechender Produkte in sozialen Medien zu ihrer weiten Verbreitung beitragen.

Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) hat jetzt zum Weltnichtrauchertag auf den steigenden Konsum von E-Zigaretten unter Jugendlichen hingewiesen.

E-Zigaretten sind keine harmlosen Alternativen

„E-Zigaretten werden häufig als harmlose Alternative dargestellt. Tatsächlich enthalten sie jedoch gesundheitsschädliche und abhängig machende Substanzen“, so Professor Taube. „Die Behauptung, dass E-Zigaretten um 95 Prozent weniger gefährlich sind, ist klar widerlegt. Immer mehr Studien zeigen, dass E-Zigaretten die Lunge und die Blutgefäße schädigen. Sehr oft werden sowohl E-Zigaretten als auch konventionelle Zigaretten genutzt, das ist in Kombination aber besonders gesundheitsschädlich.“

Professor Taube betont zudem, wie stark E-Zigaretten die Gesundheit durch ihr hohes Abhängigkeitspotential gefährden. „Eine wissenschaftliche Studie in München aus dem vergangenen Jahr konnte zeigen, dass nach dem Gebrauch von E-Zigaretten Nikotin besonders schnell das Gehirn erreicht – und deshalb der Wunsch nach Wiederholung, stark fördert.“

Jugendschutz heißt durch Verbote Zugang zu Tabakprodukten zu verhindern

Die Lungenfachärzte fordern deshalb seit Längerem gemeinsam mit weiteren ärztlichen Fachgesellschaften:

- Das Verbot von Aromastoffen in E-Zigaretten,
- Das Verbot von Einweg-E-Zigaretten,
- Eine deutlich höhere Tabak-Steuer,
- Strengere Regeln für den Onlinevertrieb und
- Eine wirksamere Kontrolle des Jugendschutzes.

Zugleich fordert die Fachgesellschaft die Förderung

- wirksamer Angebote zur Tabakentwöhnung,
- Rauchstopp-Programme,
- verhaltenstherapeutische Ansätze und
- etablierte medikamentöse Therapien,

um langfristig tabak- und nikotinbedingte Erkrankungen zu reduzieren oder sogar zu verhindern. Auch dies kann dazu beitragen, die abzusehende Kostenexplosion im Gesundheitssystem und die Beitragssätze der Krankenkassen stabil zu halten.

Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) vom 27.05.2026



Foto: Mike Auerbach

DGP-Präsident Prof. Christian Taube: „In den Niederlanden und anderen Ländern gibt es bereits gute Erfahrungen mit Verboten von Einweg-E-Zigaretten und Aromen“.

Neuer Ratgeber vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK):

Vorsorgen für Krisen und Katastrophen

Diese Publikation fasst Vorbereitungs- und Handlungsempfehlungen für verschiedene Notsituationen zusammen, darunter auch wichtige Tipps zur *Vorsorge für Menschen mit Behinderungen*. Zudem unterstützen *Checklisten* Sie bei der Umsetzung. Deutschland ist eines der sichersten Länder der Welt. Dennoch erleben wir, dass auch in Deutschland Krisen unsere gewohnten alltäglichen Abläufe stören. *Extreme Wetterereignisse* nehmen zu. Durch *Cyberattacken*, *Desinformation* oder *Sabotage* finden Angriffe auf Infrastrukturen, Meinungsbildung und Zusammenhalt statt. Wenn etwas passiert, ist es besser, vorbereitet zu sein.

Der Ratgeber kann unter folgendem Link bestellt oder heruntergeladen werden:

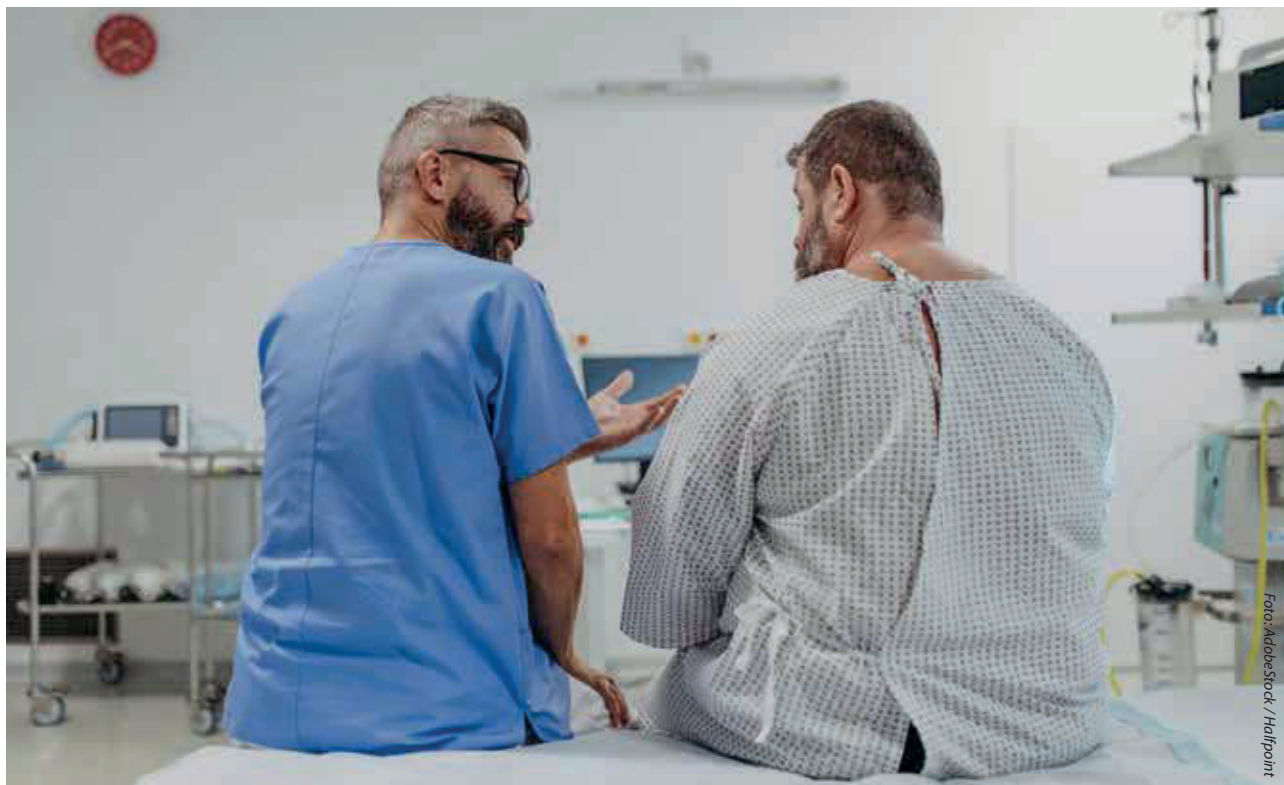
https://www.bbk.bund.de/DE/Warnung-Vorsorge/Vorsorge/Ratgeber-Checkliste/ratgeber-checkliste_node.html



Bundesamt
für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe

Fettleibigkeit (Adipositas) ist viel mehr als nur Übergewicht

Internistenkongress 2026: Neue Sicht in der Stoffwechselforschung



Die Überzeugung, dass Fettleibigkeit eine bloße Steigerung von Übergewicht ist, gilt nicht mehr. Neue Erkenntnisse aus der Stoffwechselforschung zeigen: Entscheidend für entstehende gesundheitliche Risiken ist nicht zuerst die Menge an Körperfett, sondern die Fähigkeit des Körpers, überschüssige Energie sicher zu speichern und im Organismus richtig zu verteilen. Ist diese Fähigkeit gestört, wird Fett vermehrt in Organen wie der Leber abgelagert – mit weitreichenden Folgen für den gesamten Stoffwechsel. Diese neuen Perspektiven standen im Mittelpunkt des 132. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), vom 18. bis 21. April 2026 in Wiesbaden. Dort stellten Experten des Leipziger Zentrums für Stoffwechsel(-Forschung) ihre neuen Erkenntnisse auf der Eröffnungs-Pressekonferenz am 18. April 2026, sowie in einer Sitzung vor.

Ein wichtiger Erklärungsansatz für die Entstehung von Adipositas liegt in der Entwicklung des Menschen: Mechanismen, die ursprünglich das Überleben in Zeiten von Nahrungsmangel sichern sollten, wirken heute in einer Umwelt mit dauerhaftem Nahrungsüberangebot – zumindest in der westlichen Welt – weiter. Gleichzeitig steuert das Gehirn die Nahrungsaufnahme nicht nur

nach Energiebedarf, sondern auch über „Belohnungssysteme“ – ein Zusammenspiel, das die Entstehung und Aufrechterhaltung von Fettleibigkeit begünstigt.

Nicht die Fettmenge entscheidet, sondern die Stoffwechselantwort

Fettleibigkeit ist eine langsam (chronisch) fortschreitende Erkrankung, die mit einem *erhöhten Risiko* für

- Typ-2-Diabetes,
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
- Schlaganfall,
- Schlafapnoe,
- Depressionen und
- bestimmte Krebserkrankungen

einhergeht.

Gleichzeitig zeigt sich in der klinischen Praxis eine große Vielfalt an Krankheitsverläufen und Risiken. „Diese Unterschiede lassen sich zunehmend durch individuelle Stoffwechselprozesse erklären – nicht allein durch das Körpergewicht“, sagte Professor Dr. med. Michael Stumvoll, Direktor der Klinik für Endokrinologie, Nephrologie und Rheumatologie, Universitätsklinikum Leipzig. Verlässliche Prognosen zu Krankheitsverlauf oder Therapieansprechen sind bislang jedoch nur eingeschränkt möglich.

Das Fettgewebe ist mehr als ein Energiespeicher

Im Zentrum der aktuellen Forschung steht das Fettgewebe selbst: Es fungiert als hormonell aktives Organ, das zentrale Stoffwechselprozesse steuert. „Die Umwandlung überschüssiger Energie in Fett ist ein entwicklungsgeschichtlich sinnvoller Schutzmechanismus“, so der Leipziger Endokrinologe. Wird diese Speicherfunktion jedoch gestört oder dauerhaft gefordert, kommt es zur *krankhaften Fehlverteilung von Fett – mit Ablagerungen* in Organen wie *Leber, Herz oder Muskulatur*. Diese Verteilung gilt als entscheidende Ursache für einen Typ-2-Diabetes und weitere Stoffwechselerkrankungen. „Entscheidend ist nicht allein, *wie viel* wir essen, sondern *was wir essen, wie wir essen* und ob der Körper Energie sicher speichern, richtig verteilen und wieder freisetzen kann“, erklärt Stumvoll. „Oftmals geht eine „ungesunde“ Fetteinlagerung mit Einwanderungen von großen „Freßzellen“ (Makrophagen) in Gewebe und einer sich langsam entwickelnden und folgensweren Entzündung einher.“

Risiko auch ohne sichtbares Übergewicht

Diese Perspektive erweitert den Blick auf betroffene Patientengruppen. Auch Menschen mit unauffälligem Körpergewicht können ein erhöhtes Risiko für Stoffwechselerkrankungen haben. Ein modellhaftes Beispiel sind seltene genetische Erkrankungen, bei denen z.B. Unterhaut-Fettgewebe fehlt und die Energie als Fett in Organen eingelagert wird – ein deutlicher Hinweis darauf, dass allein das Körpergewicht nicht ausreicht, um Risiken zu erfassen.

Neue Ansätze für Vorbeugung und Therapie

Aus diesen Erkenntnissen ergeben sich Konsequenzen für Vorbeugung und Therapie: „Statt allein auf eine Gewichtsreduktion zu setzen, sollten wir stärker die

individuelle Stoffwechselsituation berücksichtigen“, sagte Prof. Stumvoll. Moderne bildgebende Verfahren ermöglichen zunehmend eine genauere Analyse von Stoffwechselerkrankungen. Parallel werden jetzt Therapien entwickelt, die gezielt in Krankheitsmechanismen eingreifen – etwa über hormonelle Signalwege, entzündliche Prozesse oder den Einfluss des Darms auf den Stoffwechsel. Auch geschlechtsspezifische Unterschiede rücken dabei stärker in den Blick.

„Trotz dieser Fortschritte ist eine individualisierte Präzisionsmedizin in der Stoffwechselmedizin bislang noch nicht erreicht“, so der Experte. Auch komplexe Modelle zur Risikobewertung erlauben derzeit noch keine verlässliche Vorhersage individueller Krankheitsverläufe oder Therapieeffekte.

Fettleibigkeit als ganzheitliche (systemische) Erkrankung verstehen

Internistisch ist Fettleibigkeit damit als systemische Erkrankung zu verstehen, bei der mehrere Organsysteme eng miteinander reagieren. „Für die Versorgung bedeutet das: Wir müssen weg von einer eindimensionalen Betrachtung des Körpergewichts und hin zu einer differenzierten Risikobewertung“, sagt Professorin Dr. Dr. med. Dagmar Führer-Sakel, Präsidentin des DGIM-Kongresses. „Nur wenn wir die zugrunde liegenden Stoffwechselprozesse genau verstehen, können wir die Versorgung von Patienten mit Stoffwechselerkrankungen weiter verbessern“, so die Essener Endokrinologin und Diabetologin.

Quelle:

Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) vom 17.04.2026

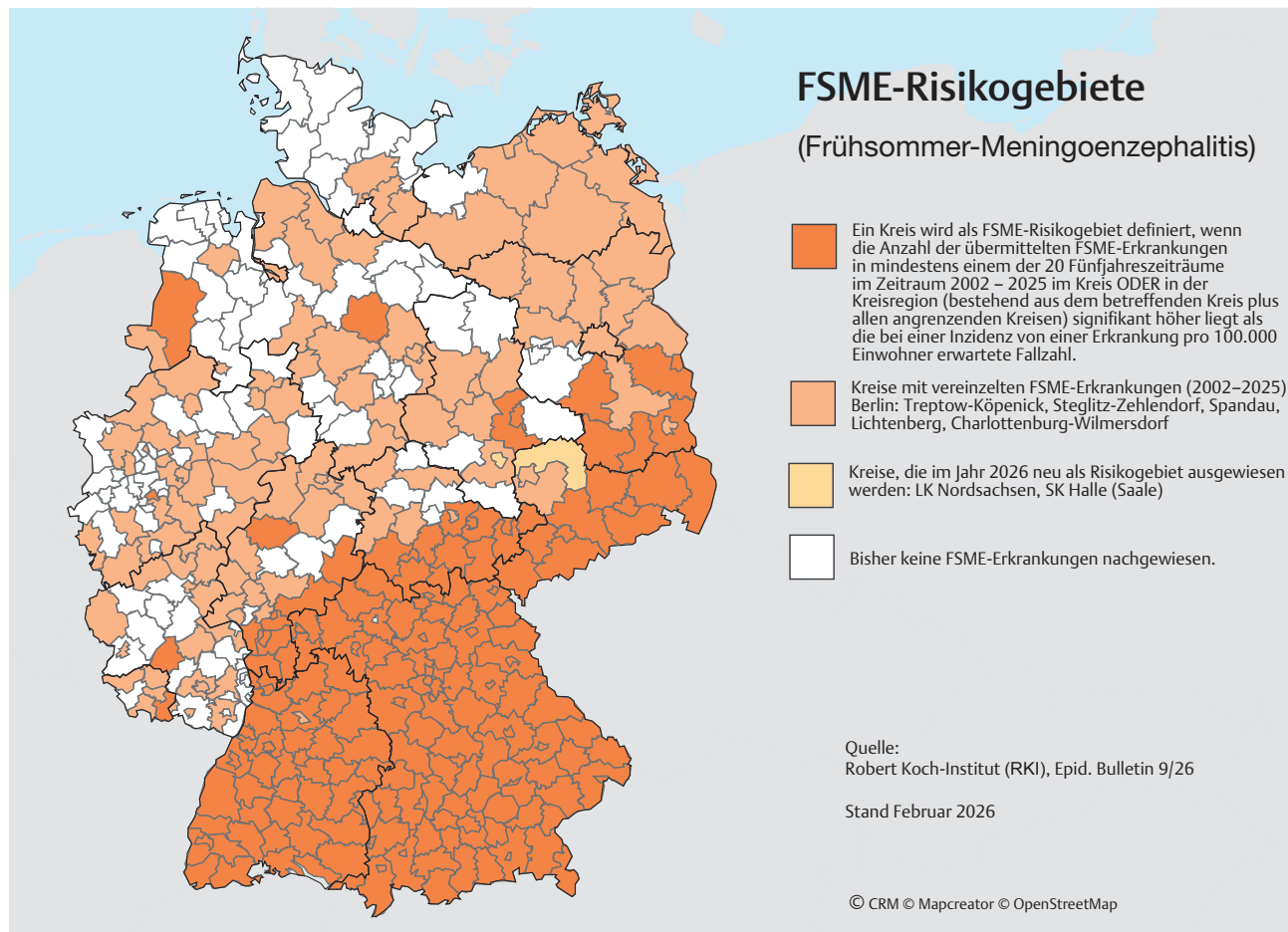
P.S.: Zu den sogenannten „Abnehmspritzen“, den GLP-1-Rezeptoragonisten

Sie ahmen die Wirkung körpereigener Hormone bei der Regulierung des Blutzuckerspiegels nach, daher werden sie als Mittel gegen Diabetes-Typ-2 („Alterszuckerkrankheit“) eingesetzt.

„Man nutzt bei neuen Wirkstoffen die Gunst der Stunde, da viele Menschen immer bequemer werden und davon ausgehen, dass der Staat dafür sorgt, dass gesundheitliche Probleme gelöst werden. Wenn Patienten geraten wird, sich mehr zu bewegen, wird dies inzwischen oft als Zumutung empfunden. Gerade bei den viel beworbenen GLP-1-Rezeptoragonisten wird immer wieder versucht, den Menschen den Eindruck zu vermitteln, man könne selbst nichts tun und darum muss das pharmazeutische Produkt helfen“, so Prof. Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA im Interview im Deutschen Ärzteblatt, vom 26. Juni 2026. Sein Vorschlag an die Politik: *„Den G-BA beauftragen, festzustellen, unter welchen Voraussetzungen Medikamente zur Gewichtsreduktion erstattungsfähig sind“...*

Zeckensaison 2026

Hohe Fallzahlen, neue Risikogebiete und ein Impfstoffkandidat am Horizont



Mit steigenden Temperaturen beginnt auch in diesem Jahr die Hochsaison für den Holzbock (*Ixodes ricinus*). Zecken sind zwar ganzjährig aktiv, ihre höchste Aktivität liegt jedoch zwischen Frühjahr und Herbst – die kommenden Wochen markieren damit das kritische Zeitfenster der Gefährdung. Anlass genug, die aktuelle Situation der Ausbreitung zu bilanzieren.

Die **Frühsommer-Meningoenzephalitis** ist eine durch das FSME-Virus ausgelöste Erkrankung, die mit grippeähnlichen Symptomen, Fieber und bei einem Teil der Patienten mit einer Meningoenzephalitis, der bedrohlichen Entzündung von Gehirn und Hirnhäuten, verläuft.

Die **Lyme-Borreliose** oder Lyme-Krankheit ist eine Infektionskrankheit, die durch das Bakterium *Borrelia burgdorferi* ausgelöst wird. Meist kommt es erst zu grippeartigen Symptomen, einer lokalen Rötung, oft dann zu einer "Wanderröte", später zu starken Schmerzen der Gelenke, Herzproblemen und bis zu Gesichtslähmungen.

Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) 2026: Neue Risikogebiete laut Robert-Koch-Institut (RKI)

Das RKI hat die Karte der FSME-Risikogebiete im Epidemiologischen Bulletin 9/2026 (Stand: 26.02.2026) aktualisiert. Neu hinzugekommen sind der Landkreis Nordsachsen sowie der Stadtkreis Halle (Saale) in Sachsen-Anhalt – damit sind bundesweit 185 Kreise als Risikogebiete ausgewiesen. Das Jahr 2025 dürfte mit 693 gemeldeten FSME-Erkrankungen den bisherigen Höchststand von 704 Fällen aus dem Jahr 2020 nahezu erreicht oder übertroffen haben. Die Verbreitung der infizierten Zecken ist besorgniserregend – die jetzt vorgelegte Karte als Steuerungsinstrument verdient jedoch auch eine kritische Bewertung:

- Nur reagierende statt vorausschauende Kartierung. Die Einstufung eines Landkreises als Risikogebiet erfolgt auf Basis einer langfristigen Bewertung der Verbreitung über 20-Fünfjahreszeiträume, nicht auf Basis eines einzelnen Nachweises. Das bedeutet: *Gebiete werden erst dann als Risikogebiet aufgenommen, wenn bereits Menschen nachweislich erkrankt sind.* Für eine vorbeugende

Impfung und im Arzt-Patienten-Gespräch wird dies zum Problem.

- Die unterschätzte Gefährdung außerhalb befallener Gebiete in der Karte. Auch in Bundesländern ohne dokumentierte FSME-Risikogebiete wurden vereinzelt FSME-Erkrankungen beobachtet, sodass bei entsprechenden Krankheitssymptomen überall in Deutschland auch an FSME gedacht werden sollte. 2025 wurden in 10 Landkreisen erstmalig FSME-Fälle gemeldet. Die Karte zeigt also eine *Mindestrisikoabschätzung* und macht *keine aktuellen Angaben zur tatsächlichen Sicherheit*.
- Die Nordwärtswanderung der Verbreitung infizierter Zecken setzt sich fort. Bemerkenswert ist, dass nach dem ersten sächsischen Risikogebiet im Jahr 2014 aktuell bereits 11 von 13 sächsischen Landkreisen Risikogebiete sind. Das Verbreitungsmuster zeigt eine klare geografische Ausdehnung nach Norden und Osten, klimatisch getrieben und langfristig vorhersehbar, aber auf der RKI-Karte erst verzögert abgebildet.
- Die Impfquoten bleiben sehr niedrig. Selbst in Risikogebieten sind die Impfquoten gering, insbesondere bei Menschen im Alter von über 60 Jahren, bei denen das Risiko eines schweren Krankheitsverlaufes deutlich erhöht ist. Für den Hausarzt bedeutet das: Der FSME-Impfstatus sollte konsequent erfasst werden, Impfauffrischungen sollten aktiv angesprochen werden und die Impfung nicht allein von der Postleitzahl abhängig gemacht werden.

Borreliose: Derzeit kein Impfstoff – möglicherweise aber bald

Die *Lyme-Borreliose* bleibt bundesweit die *häufigste durch Zecken übertragene Erkrankung* – und die einzige ohne verfügbaren Impfschutz. Das könnte sich mittelfristig ändern: Ein Hersteller hat Ende März 2026 Daten aus einer Zulassungsstudie ihres Impfstoff-Kandidaten vorgelegt. Dieser zeigte eine Wirksamkeit rund 73 % (28 Tage nach der vierten Impfung) im Vergleich zu den Scheingeimpften. Die Verträglichkeit war unauffällig. Ein Mangel war jedoch, dass weniger Teilnehmer als erwartet beteiligt waren. Es werden demnächst Zulassungsanträge bei den Regulierungsbehörden gestellt werden.

Der Wirkmechanismus ist bemerkenswert: Durch die Impfung gebildete Antikörper werden gegen die Erreger beim Saugakt vom Wirt (Zecke) aufgenommen und bekämpfen die Borrelien direkt im Zeckendarm, bevor eine Übertragung stattfinden kann. Damit würde erstmals ein Impfstoff nicht den Wirt (Mensch), sondern den Überträger (Zecke) selbst als Zielort bekämpfen.

Bis zu einer Zulassung als Impfstoff – frühestens Ende 2027 – bleiben die *Früherkennung* der kreisförmigen und wandernden *Rötung um die Einstichstelle*, eine *serologische Diagnostik* bei Verdacht und die *konsequente antibiotische Therapie* die Grundlage der Borreliose-Behandlung.

Schutz vor Zeckenstichen: Was in der Praxis zählt

Der mechanische und chemische Schutz vor einem Zeckenstich bleibt unverzichtbar – gerade bei der Borreliose, gegen die es nach wie vor keinen Impfstoff gibt. Geschlossene, helle Kleidung mit langen Ärmeln und Hosen (Socken über die Hose) reduzieren mögliche Stichflächen. Anti-Zeckenmittel (DEET- oder Icaridin-haltig) bieten ergänzenden Schutz. Nach Aufenthalt im Freien: Unbedingt vollständige Körperabsuche, da Zecken bevorzugt in den Kniekehlen, Leisten, Achseln und am Haaransatz stechen. *Zecken sofort und vollständig entfernen – ohne Drehung, ohne Quetschen*. Wichtig für die Beratung: *FSME-Viren* werden meist schon kurz nach dem Stich übertragen, während die *Borrelien-Übertragung* in der Regel erst nach ein bis zwei Tagen erfolgt. Das *rasche Entfernen der Zecke* schützt also vor Borreliose – nicht aber vor *FSME*, hier bleibt bisher die *Impfung der einzige wirksame Schutz*.

Fazit

Die RKI-Karte ist ein nützliches Instrument. Sie erfasst die Vergangenheit – gibt aber keine Antwort auf die Frage, wo die nächsten Risikogebiete sind. Angesichts der fortschreitenden Nordwärtswanderung infizierter Zecken und der riskant niedrigen Impfquoten sollte die FSME-Impfempfehlung nicht nur in den nachweislich befallenen Gebieten festgemacht werden, sondern an der realen Gefährdung.



Foto: Jens Klatt

Autor:

Prof. Dr. Tomas Jelinek
Facharzt für Innere Medizin, Tropenmedizin
Wissenschaftlicher Leiter des CRM Centrums
für Reisemedizin GmbH, Düsseldorf
Medizinischer Direktor Berliner Centrum
für Reise- und Tropenmedizin

Quelle: Pressemitteilung des Centrums für Reisemedizin (CRM) vom April 2026

Internisten unterstützen Appell zur „Zuckersteuer“:

Vorbeugung muss dort ansetzen, wo Risiken entstehen



Am 20. März sollte der Bundesrat über einen von Schleswig-Holstein eingebrachten Antrag zur strengerer Regulierung zuckergesüßter Getränke und des Verkaufs von Energy-Drinks an Minderjährige entscheiden. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) bewertete den Vorstoß als wichtigen Ansatz zur Eindämmung chronischer Erkrankungen. Deutschlands größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft unterstützt damit zugleich den Appell, mit dem die Deutsche Allianz Nichtübertragbarer Krankheiten, der Verbraucherzentrale Bundesverband sowie foodwatch für die Einführung einer „Zuckersteuer“ werben. Aus Sicht der Internisten ist eine Herstellerabgabe auf stark gesüßte Getränke eine wirksame Präventionsmaßnahme.

Süße Getränke sind durch ihren hohen Zucker- und damit Kaloriengehalt ein wesentlicher Treiber und Verursacher der Entstehung von z.B. Übergewicht, Diabetes-Typ-2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und einer Reihe weiterer Erkrankungen. In Deutschland nehmen Erwachsene im Durchschnitt rund 95 Gramm Zucker pro Tag zu sich – nahezu doppelt so viel wie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen. Zuckergesüßte Getränke tragen dabei erheblich zur Gesamtaufnahme bei. „Der Antrag der Landesregierung von Schleswig-Holstein greift somit ein zentrales Problem auf, dessen Auswirkung wir im klinischen Alltag der Inneren Medizin täglich sehen“, sagt Professorin Dr. Dr. med. Dagmar Führer-Sakel, Endokrinologin und Diabetologin sowie Vorsitzende der DGIM.

Flüssiger Zucker wird schnell aufgenommen und kann Fehlsteuerungen des Stoffwechsels im gesamten Organismus auslösen. Gerade bei Kindern und Jugendlichen prägt ein erhöhter Zuckerkonsum die Stoffwechselprozesse nachhaltig. Bereits heute leben rund 9,3 Millionen Menschen in Deutschland mit der Zuckerkrankheit (Diabetes-Typ-2), mit steigender Tendenz. Auch klassische Risikofaktoren sind weit verbreitet: Mehr als 60 Prozent

der Erwachsenen weisen Fettstoffwechselstörungen auf, etwa jeder Dritte leidet an Bluthochdruck.

Eine nach Zuckergehalt gestaffelte Abgabe bewirkt aus Sicht vieler ärztlicher Fachgesellschaften eine sinnvolle Verminderung des Zuckergehaltes in vielen Nahrungsmitteln. „Da freiwillige Selbstverpflichtungen bislang nicht ausgereicht haben, halten wir den Versuch für legitim, gesetzliche Maßnahmen zu ergreifen“, so Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der Deutschen Internisten.

Energy Drinks als zusätzliches Risiko für Jugendliche

Auch das in Schleswig-Holsteins Antrag geforderte Mindestalter von 16 Jahren für den Kauf von Energy Drinks hält der Internist und Kardiologe für sinnvoll. „Energy Drinks sind gerade bei Jugendlichen problematisch, weil sie nicht nur viel Zucker, sondern auch Koffein enthalten und häufig mit anderen Risikofaktoren wie Alkohol und Nikotin kombiniert werden“, so der Internist und Kardiologe, der natürliche, ungesüßte Fruchtsäfte oder einfach Wasser empfiehlt.

Hier kann die geforderte Zuckersteuer helfen, dass weniger Menschen an vermeidbaren Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen erkranken. Internationale Erfahrungen zeigen, dass solche Maßnahmen sowohl die Produktzusammensetzung als auch das Konsumverhalten verändern können. „Wir Internisten sehen in der Zuckersteuer einen zentralen Baustein wirksamer Vorbeugung“, so die übereinstimmende Forderung der medizinischen Fachgesellschaften.

Quelle:

Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin vom 24.03.2026

P.S.: Leider erhielt dieser Antrag keine Mehrheit im Bundesrat. Inzwischen gibt es die politische Ankündigung einer Abgabe auf zuckergesüßte Getränke ab 2028.

Mit COPD leben: Mit Freude und Leichtigkeit durch den Sommer



Die Einladung zum Grillfest liegt auf dem Tisch, der Duft von frisch gemähtem Gras zieht durchs Fenster – und doch ist der erste Gedanke: „Bei der Hitze? Unmöglich.“ Schweren Herzens abzusagen, ist ein Gefühl, das viele Menschen mit der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) kennen. Mit den ersten warmen Tagen beginnt für Betroffene oft ein schleichender Rückzug – aus Angst vor Atemnot. Das kann schnell zu Bewegungsarmut und sozialer Isolation führen. Doch dieser Kreislauf lässt sich durchbrechen.

Warum wird Hitze für Menschen mit COPD zur Herausforderung?

Die Erkrankung ist fortschreitend und macht sich durch chronischen Husten, Auswurf und vor allem durch Atemnot bei Belastung bemerkbar. Im Sommer verschärft sich diese ohnehin eingeschränkte Atmung oft deutlich. Denn der Körper muss bei Hitze mehr leisten, um sich zu kühlen: Atmung und Herzschlag beschleunigen sich.

Für eine vorgeschädigte Lunge bedeutet dies zusätzlichen Stress. Hohe Luftfeuchtigkeit erschwert das Atmen weiter, während erhöhte Ozonwerte an sonnigen Tagen die Atemwege direkt reizen. Diese Mehrbelastung bleibt nicht folgenlos: Sie kann akute Verschlechterungen, sogenannte COPD-Schübe (Exazerbationen), auslösen.

Untersuchungen zeigen, dass mit steigenden Temperaturen auch das Risiko für eine Krankenhauseinweisung aufgrund solcher Schübe signifikant zunimmt. Jede Exazerbation kann die Lungenfunktion dauerhaft weiter verschlechtern. Der Marburger Lungenfacharzt Prof. Dr. Timm Greulich betont daher, wie wichtig es ist, COPD-Schübe zu verhindern: „Exazerbationen verschlechtern den gesamten Krankheitsverlauf. Deshalb ist es so wichtig, diese ernst zu nehmen und dafür zu sorgen, dass sie gar nicht erst auftreten.“

Aktiv bleiben mit der richtigen Strategie – das können Betroffene tun

Der Schlüssel liegt nicht im Rückzug, sondern in einer Anpassung des Alltags. Aktivitäten wie Spaziergänge oder Einkäufe lassen sich gut in die kühleren Morgen- und Abendstunden verlegen. Über den Tag hinweg helfen bewusste Pausen in kühlen Räumen, den Körper zu entlasten. Auch das soziale Leben muss nicht zu kurz kommen: Telefonate, Videoanrufe oder Besuche im eigenen Zuhause helfen, die wichtige Verbindung zu Freunden und Familie aufrechtzuerhalten.

Grundlage für all das ist eine verlässliche, ärztlich abgestimmte Therapie. Zielgerichtete Behandlungsoptionen, z.B. mit Biologika, können bei bestimmten Patient*innen dazu beitragen, die Entzündungsprozesse besser zu kontrollieren. So lässt sich das Risiko für Schübe senken und die Lebensqualität spürbar verbessern. Ein offenes Gespräch mit dem Lungenfacharzt oder der Lungenfachärztin kann die individuellen Möglichkeiten aufzeigen und neue Perspektiven eröffnen.

Auch Angehörige können einen wichtigen Beitrag leisten – mit diesen 5 Tipps

- 1. Aktiv mitplanen:** Gemeinsame Unternehmungen in die kühleren Tageszeiten legen
- 2. Verständnis zeigen:** Akzeptieren, wenn ein Ausflug kurzfristig zu anstrengend ist
- 3. Für Abkühlung sorgen:** Die Wohnung kühl halten und leichte Mahlzeiten anbieten
- 4. Unterstützung im Alltag:** Körperliche Aufgaben oder Besorgungen in der Mittagshitze übernehmen
- 5. Warnzeichen erkennen:** Auf zunehmenden Husten oder stärkere Atemnot achten und im Zweifel dazu ermutigen, ärztlichen Rat einzuholen

¹ McCormack, M. C. et al. (2016). Ambient-Temperature and Emergency-Department-Visits for COPD.



Mehr zum Thema COPD, praktische Alltagstipps und Expertenwissen finden
Betroffene und Angehörige unter: www.mit-copd-leben.de.

Viele Urlauber schützen sich falsch vor Sonnenstrahlen

Warum Lichtschutzfaktor (LSF) 50 allein keinen sicheren Schutz garantiert



Foto: AdobeStock / simoneminh

Ein hoher Lichtschutzfaktor (z.B. LSF 50) schützt nicht automatisch vor Sonnenbrand: Viele Urlauber tragen zu wenig Sonnencreme auf oder cremen zu selten nach. Darauf weist das Centrum für Reisemedizin (CRM) Düsseldorf hin. Entscheidend seien ausreichende Mengen an Sonnencreme, regelmäßiges Nachcremen und die Kombination verschiedener Schutzmaßnahmen. Gleichzeitig warnt das Institut davor, die UV-Strahlung auf Reisen zu unterschätzen – etwa bei Wolken, Wind oder im Wasser.

Der Lichtschutzfaktor (LSF) beschreibt, um wie viel sich die natürliche Eigenschutzzeit der Haut theoretisch verlängert. Wer ohne Sonnenschutz nach zehn Minuten einen

Sonnenbrand bekommt, könnte mit LSF 30 theoretisch 30-mal länger geschützt sein. Wie schnell die Haut auf Sonne reagiert, hängt dabei auch vom individuellen Hauttyp ab: Menschen mit heller Haut haben meist eine deutlich kürzere Eigenschutzzeit und benötigen daher besonderen UV-Schutz. In der Praxis wird der angegebene LSF zudem oft nicht erreicht: „LSF 50 nützt wenig, wenn Sonnencreme zu sparsam aufgetragen oder nach dem Baden nicht erneuert wird“, erläutert Professor Dr. med. Tomas Jelinek, wissenschaftlicher Leiter des Centrums für Reisemedizin (CRM) Düsseldorf. Empfohlen werden rund 2 Milligramm Sonnencreme pro Quadratzentimeter Haut. Das entspricht bei Erwachsenen etwa 30 bis 40 Gramm, d. h. drei bis vier gefüllte Esslöffel pro Anwendung. Sonnenschutzmittel sollten außerdem

etwa 30 Minuten vor dem Aufenthalt in der Sonne aufgetragen werden, damit sich der Schutz vollständig entfalten kann. Auch zu beachten ist: „Nachcremen verlängert die Schutzzeit nicht unbegrenzt, sondern erhält sie lediglich nach Baden, Schwitzen oder Abrieb aufrecht“, so der Experte.

„Wasserfest“ bedeutet nicht dauerhaften Schutz

Die Bezeichnung „wasserfest“ wird bei Sonnencremes häufig missverstanden. „Sie bedeutet, dass nach zwei Wasseraufenthalten von jeweils 20 Minuten noch mindestens die Hälfte des ursprünglichen Lichtschutzfaktors erhalten bleibt“, erklärt der Reisemediziner. „Bei „extra wasserfest“ gilt dies nach vier Aufenthalten von jeweils 20 Minuten. Regelmäßiges Nachcremen bleibt deshalb in beiden Fällen unverzichtbar.“

Sonne wird im Urlaub häufig unterschätzt

Viele Reisende unterschätzen zudem die UV-Belastung bei bewölktem Himmel oder Wind. Tatsächlich gelangen auch durch Wolken noch bis zu 90 Prozent der UV-Strahlung zur Erdoberfläche. Besonders hoch ist die Belastung in den Bergen: Mit jedem Höhengewinn von 1000 Metern steigt die UV-Strahlung um etwa 10 bis 12 Prozent. Schutzmaßnahmen werden bereits ab einem UV-Index von 3 empfohlen. „Wind oder kühlere Temperaturen verleiten dann dazu, die Intensität der Sonne falsch einzuschätzen“, sagt Jelinek. „Bei intensiver Sonneneinstrahlung – etwa am Meer oder in den Bergen – ist mindestens LSF 50 ratsam.“

Alte Sonnencreme besser entsorgen

Viele Urlauber verwenden angebrochene Sonnencremes aus dem Vorjahr weiter. Doch Hitze und direkte Sonneneinstrahlung können UV-Filter verändern und die Schutzwirkung reduzieren. „Eine Sonnencreme aus dem Vorjahr schützt unter Umständen deutlich schlechter als gedacht. Hitze und lange Lagerung können die Schutzwirkung beeinträchtigen“, gibt Jelinek zu bedenken. „Geöffnete Produkte sollten daher nach Ablauf der Haltbarkeit nicht weiterverwendet werden.“

Sonnen- und Mückenschutz richtig kombinieren

Wer zusätzlich Mückenschutzmittel verwendet, sollte auch auf die richtige Reihenfolge achten. Sonnenschutzmittel sollten zunächst etwa 15 bis 20 Minuten einziehen, bevor Mückenschutz aufgetragen wird. Andernfalls können Wirkstoffe (wie DEET oder Icaridin) die Schutzwirkung der Sonnencreme beeinträchtigen. „Gerade bei tropischen Reisezielen ist ein sinnvoll abgestimmter Sonnen- und Mückenschutz daher wichtig, damit beide Produkte zuverlässig wirken“, so der Experte.

Sonnenschutz besteht aus drei Bausteinen

Ein wirksamer UV-Schutz besteht nicht allein aus Sonnencreme. „Empfohlen ist eine Kombination aus Kleidung, Sonnenbrille und Kopfbedeckung, dem Meiden intensiver Mittagssonne sowie der richtigen Anwendung von Sonnenschutzmitteln“, rät Jelinek. Zusätzlich sollten Reisende beachten, dass in Ländern wie Hawaii oder Palau bestimmte UV-Filter wegen möglicher Umweltschäden bereits verboten sind. „Sonnenschutz ist auf Reisen keine Nebensache, sondern ein wichtiger Teil der Gesundheitsvorsorge“, betont der Experte abschließend.

Checkliste:

Sonnenschutz auf Reisen – so geht's

- Mindestens LSF 30, bei intensiver Sonne besser LSF 50 verwenden
- Sonnencreme etwa 30 Minuten vor dem Aufenthalt in der Sonne auftragen
- Ausreichend eincremen: Erwachsene benötigen etwa drei bis vier Esslöffel pro Anwendung
- Nach dem Baden, Schwitzen oder Abtrocknen regelmäßig nachcremen
- Auch bei Wolken, Wind und in den Bergen an UV-Schutz denken
- Zusätzlich Hut, Sonnenbrille und möglichst dicht gewebte Kleidung tragen
- Angebrochene Sonnencremes aus dem Vorjahr besser ersetzen
- Sonnencreme zuerst auftragen, Mückenschutz erst danach verwenden

Quellen:

CRM Handbuch Reisemedizin 2026. 62. Auflage. Düsseldorf: CRM Centrum für Reisemedizin; 2026. doi:10.1055/b000001244

Garcia Bartels N, Garcia Bartels A. Sonnenschutz auf Reisen. Reisemedizin up2date 2026; 03(01): 33 – 47. doi:10.1055/a-2563-3896

Klimawandel und Gesundheit

– Hitze erhöht Risiko für Nierensteine



Foto: AdobeStock / Halfpoint

Hitzewellen nehmen zu – und mit ihnen das Risiko für Nierensteine. In heißen Regionen der Welt, dem sogenannten „Steingürtel“, sind Harnsteine besonders verbreitet. Fachleute warnen: Durch den Klimawandel könnte sich dieses Risiko auch in Deutschland erhöhen. Die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (Nierenheilkunde) e. V. (DGfN) empfiehlt daher, besonders in der warmen Jahreszeit täglich mindestens 2,5 Liter Flüssigkeit über Nahrung und Getränke zu sich zu nehmen. Das gilt vor allem für Menschen mit erhöhtem Risiko, denn Nierensteine entstehen oft durch ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren.

Nieren- und Harnleitersteine können äußerst schmerzhaft sein und treten recht häufig auf: In den Industrienationen liegt die Häufigkeit der sogenannten *Harnsteinleiden (Urolithiasis)* zwischen 5 bis 11%. Männer sind etwa doppelt so häufig wie Frauen betroffen. Allein im Jahr 2024 wurden in Deutschland über 113.000 Menschen deshalb im Krankenhaus behandelt. „Die Zahl der Erkrankten liegt jedoch deutlich höher,

da viele Fälle ambulant versorgt werden oder unemerkt mit ihren Steinen leben“, sagt Professorin Dr. med. Sylvia Stracke, Bereichsleitung Nephrologie und Hypertensiologie an der Universitätsmedizin Greifswald und Pressesprecherin der ärztlichen Fachgesellschaft. Und sie geht von steigenden Zahlen aus: „Hitze ist ein unterschätzter Risikofaktor für Nierensteine“, erläutert sie: „Wer viel schwitzt und zu wenig trinkt, produziert weniger Urin. Dadurch konzentrieren sich steinbildende Substanzen im Harn und Kristalle können entstehen und wachsen.“

„Steingürtel“ zeigt: Hitze begünstigt Steinbildung

Diese Zusammenhänge sind aus dem sogenannten „Steingürtel“ bekannt – Regionen rund um den Äquator sowie heiße Gebiete wie der Südosten der USA oder Teile Südostasiens. Dort sind mehr als zehn Prozent der Bevölkerung von Nierensteinen betroffen. Grund ist vor allem der chronische Flüssigkeitsmangel durch hohe Temperaturen. „Durch den Klimawandel und die steigenden Temperaturen könnte sich dieser „Steingürtel“ weiter nach Norden ausdehnen“, so Frau

Prof. Stracke. „Das bedeutet: Auch in Deutschland müssen wir künftig mit mehr Nierenstein-Erkrankungen rechnen.“

2,5 Liter täglich

– besonders wichtig im Sommer

Die wichtigste Maßnahme zur Vorbeugung ist ausreichend Trinken, am besten ungesüßten Tees, Mineralwasser mit wenig Kalzium und dünne Saftschorlen. „Wir empfehlen Erwachsenen, besonders in der warmen Jahreszeit täglich mindestens 2,5 Liter Flüssigkeit zu sich zu nehmen – bei Hitze auch mehr“, betont auch Dr. med. Nicole Helmbold, Generalsekretärin der nephrologischen Fachgesellschaft. Denn: Viel Trinken verdünnt den Urin und senkt so die Konzentration von Stoffen wie Kalzium, Oxalat oder Harnsäure, aus denen sich die meisten Nierensteine bilden. Rund 70 Prozent der Steine bestehen aus Kalziumoxalat. Jedoch kann es schwierig sein, eine hohe Trinkmenge aufrechtzuerhalten, wie eine aktuelle Studie zeigt. „Man muss wirklich aktiv daran denken“, so die Ärztin.

Risikofaktoren: Mehr als nur zu wenig trinken

Neben Flüssigkeitsmangel spielen weitere *Faktoren* eine wichtige Rolle *bei der Entstehung von Nierensteinen*.

Dazu zählen:

- Übergewicht und Bewegungsmangel
- Unausgewogene Ernährung (z. B. viel Salz und tierisches Eiweiß)
- Stoffwechselerkrankungen oder die stoffwechselbedingte Fettlebererkrankung
- Wenig Durstgefühl bei Kinder und Ältere
- Eine familiäre Veranlagung.

Auch *bestimmte Ernährungsgewohnheiten* können das Risiko beeinflussen: Zu *viel Oxalat* (z. B. in Mangold, Rhabarber und Spinat), *Kalzium, Salz* sowie *Vitamin C und D* können die Steinbildung fördern, während Citrat, Magnesium und Kalium eher schützend wirken. „Auch manche harnstreibenden Medikamente (Diuretika) erhöhen die Kalziumausscheidung im Urin – was ebenfalls ein Risikofaktor für die Steinbildung ist“, so Frau Prof. Stracke.

Starke Schmerzen

– mögliche Komplikationen ernst nehmen

Kleine Steine gehen oftmals unbemerkt mit dem Urin ab. Sind die Steine aber größer und sitzen sie an einer ungünstigen Stelle, können sie Schmerzen verursachen. *Typische Symptome* sind:



- Plötzlich einsetzende, krampfartige Schmerzen in der Flanke,
- Übelkeit,
- Harndrang oder
- Blut im Urin.

Blockiert ein Stein den Harnleiter, kann sich der Urin zurückstauen. „Dann drohen Komplikationen wie eine *Nierenbeckenentzündung*“, so Frau Prof. Stracke. Gelangen Bakterien ins Blut, kann sich im schlimmsten Fall eine *lebensbedrohliche Sepsis* entwickeln. *Bei Fieber, Schüttelfrost oder starken Schmerzen sollten Betroffene daher umgehend medizinische Hilfe suchen.*

Ausreichendes Trinken ist Basis der Vorbeugung – individuelles Handeln bleibt wichtig

Auch wenn eine genügende Flüssigkeitszufuhr die wichtigste allgemeine Maßnahme zur Vorbeugung ist, reicht sie nicht immer aus. „Nierensteine haben oft mehrere Ursachen“, sagt die Fachärztin. „Deshalb ist es wichtig, bei wiederholtem Auftreten die individuellen Risikofaktoren genauer zu untersuchen.“ *Die Rückfallrate ist hoch: Bis zu 50 Prozent der Betroffenen entwickeln erneut Steine.* Eine Analyse der Steinzusammensetzung und angepasste Therapien können das Risiko deutlich senken.

Quelle:

Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN) vom 25.05.2026

Selbsthilfegruppen im Wandel der Zeit

von Reinhard Wagner



Rund 60 Prozent aller Menschen, die in Deutschland leben, haben im Laufe ihres Lebens eine chronische Erkrankung. Viele von ihnen suchen nicht nur medizinische Hilfe, sondern auch Austausch, Verständnis und Unterstützung im Alltag. Genau hier leisten Selbsthilfegruppen seit Jahrzehnten einen unverzichtbaren Beitrag. Sie geben Betroffenen eine Stimme, vermitteln Wissen und schaffen Gemeinschaft.

Doch die Zeiten haben sich verändert.

Während früher regelmäßige Gruppentreffen, Vorträge und Veranstaltungen viele Menschen zusammenbrachten, verlagert sich heute ein großer Teil der Kommunikation ins Internet.

Besonders jüngere Generationen informieren sich online, suchen Hilfe in sozialen Netzwerken oder tauschen sich in sozialen Foren unterschiedlicher Qualität aus.

Das klassische Modell der Selbsthilfe steht dadurch vor großen Herausforderungen

Viele Gruppen kämpfen inzwischen mit sinkenden Mitgliederzahlen. Ehrenamtliche Strukturen geraten

zunehmend unter Druck. Gruppentreffen finden seltener statt oder müssen ganz eingestellt werden. Veranstaltungen werden gekürzt, weil personelle Ressourcen fehlen. Gleichzeitig wird es immer schwieriger, neue Betroffene zu erreichen.

Hinzu kommt, dass Selbsthilfegruppen in den Medien oft kaum noch wahrgenommen werden. Berichte und Ankündigungen zu Veranstaltungen oder Gruppentreffen finden sich nur unzureichend in den regionalen Printmedien oder werden stark gekürzt.

Dabei brauchen gerade chronisch kranke Menschen verlässliche Informationen und Hinweise auf aktuelle Unterstützungsangebote in ihrer Region.

Regionale Printmedien sollten chronisch kranke Menschen deshalb stärker in den Fokus nehmen. Sie sind nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern auch Leserinnen und Leser sowie ein wichtiger Teil unserer Gesellschaft.

Veranstaltungen der Selbsthilfegruppen zu Themen wie chronische Erkrankungen, z.B. Schlafstörungen,

Diabetes, Asthma, COPD, Hochdruck, Schmerzen oder psychische Störungen betreffen Millionen Menschen und gelten daher als "Volkskrankheiten". Aber Punkte wie auch Barrierefreiheit und Pflege verdienen deutlich mehr öffentliche Aufmerksamkeit.

Diese Aufmerksamkeit lässt sich nur erreichen, wenn regionale Zeitungen und andere Medien regelmäßig über die Arbeit und aktuelle Angebote der Selbsthilfe vor Ort berichten.

Selbsthilfegruppen sind weit mehr als reine Gesprächskreise

Sie entlasten Angehörige, fördern Gesundheitswissen und helfen vielen Betroffenen, ihren Alltag besser zu bewältigen. Oft schließen sie Lücken, die im Gesundheitswesen bestehen. Dieses ehrenamtliche Engagement verdient Anerkennung und Unterstützung – auch über den jährlichen Tag des Ehrenamtes – hinaus.

Die Zukunft der Selbsthilfe wird vermutlich in einer Verbindung aus persönlichen Begegnungen und digitalen Angeboten liegen. Online-Treffen, soziale Foren und Internetplattformen können neue Wege eröffnen, werden aber den direkten menschlichen Kontakt nicht vollständig ersetzen.

Gerade das persönliche Gespräch, das Gefühl verstanden zu werden und der Austausch eigener Erfahrungen und Probleme aber auch ihrer Lösung bleiben für viele Betroffene von unschätzbarem Wert.

Damit Selbsthilfe auch künftig eine starke Stimme behält, braucht sie mehr gesellschaftliche Aufmerksamkeit, eine bessere öffentliche Präsenz und die Unterstützung der Medien.

Denn chronisch kranke Menschen dürfen nicht übersehen werden.

Reinhard Wagner
Selbsthilfegruppe Schlafapnoe
Wilhelmshaven Friesland
Weserstr. 8
26382 Wilhelmshaven
w.agner@t-online.de
Tel.: 0176 555 93 652

THERE IS NO CARE LIKE OXYCARE

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

Sekretolyse

Hustenassistent:

mit Vibrationsmodus, für Erwachsene und Kinder

- **Comfort Cough II** optional mit HFCWO (High Frequency Chest Wall Oscillation) Fördert die Entfernung von Bronchialsekreten und den PCF-Wert.

Sofort lieferbar
Sekret mobilisieren und leichter abhusten



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 € *



Inhalation & Atemtherapie

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.

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

RC-FIT Sonderpreis 79,90 € *



Finger-Pulsoxymeter OXY 310 29,95 €

*solange der Vorrat reicht

OXYCARE GmbH Medical Group
Fon 0421-48 996-6 · Fax 0421-48 996-99
E-Mail ocinf@oxycore.eu · Shop: www.oxycore.eu



Welches Nasenspray bei Heuschnupfen (allergische Rhinitis)?



In der Nase anzuwendende (z.B. Nasensprays) Antihistaminika, Kortikosteroide und deren Kombinationen zeigen deutliche Unterschiede in der Wirksamkeit bei Heuschnupfen (allergische Rhinitis), wobei Kombinationen am wirksamsten sind, belegte jetzt eine umfassende Auswertung von insgesamt 167 Studien. Alle untersuchten Medikamente wiesen dabei ein gutes Sicherheitsprofil auf.

Intranasale Antihistaminika (INAH), Kortikosteroide (INCS) und deren Fixkombination (INAH+INCS) gehören zu den häufigsten Anwendungen bei Heuschnupfen. Um deren Wirksamkeit und Sicherheit systematisch zu vergleichen, führte ein internationales Wissenschaftlerteam eine umfassende Literaturschau durch.

Intranasale Therapien bei saisonaler und ganzjähriger allergischer Rhinitis?

Die Analyse basierte auf der Auswertung von vier medizinischen Datenbanken sowie drei internationalen klinischen Studienregistern. Eingeschlossen wurden hochwertige kontrollierte Studien mit erwachsenen Patienten, die unter saisonaler oder ganzjähriger allergischer Rhinitis litten und mit intranasalen Antihistaminika, Kortikosteroiden oder einer Kombination beider Wirkstoffe (INAH+INCS) behandelt wurden. Bewertet wurden der Gesamtwert der Nasen- (Niesanfälle, laufende oder verstopfte Nase und Juckreiz) und Augen-Symptome (Rötung, Brennen, Juckreiz, vermehrter Tränenfluss), die Lebensqualität und das Auftreten unerwünschter Wirkungen sowie dadurch bedingte Therapieabbrüche.

Systematische Auswertung der Studien

Insgesamt wurden 167 wissenschaftliche Studien in die Auswertung einbezogen, wobei der Großteil Betroffene mit saisonalem Heuschnupfen betraf. Unter den Präparaten zeigten Azelastin-Fluticason und Fluticasonfuroat die besten Ergebnisse bezogen auf ihrer Wirksamkeit. Sie führten regelmäßig zu deutlichen Verbesserungen im Vergleich zu anderen Wirkstoffen. Als Wirkstoffklassen waren Kombinationen aus intranasalen Antihistaminika und Kortikosteroiden in allen bewerteten Kategorien am wirksamsten, gefolgt von der alleinigen Anwendung von intranasalen Kortikosteroiden.

Kombinationstherapien mit Antihistaminika und Kortikosteroiden am wirksamsten

Die untersuchten in der Nase angewendeten Medikamente zeigten deutliche Unterschiede in ihrer Wirksamkeit, wobei Kombinationstherapien aus intranasalen Antihistaminika und Kortikosteroiden besonders effektiv waren. Gleichzeitig wiesen alle Präparate ein gutes Sicherheitsprofil auf.

Quelle: DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom vom 09.03.2026

P.S.: Nach aktuellen Informationen des arzneimittel-telegramms wird nach Entscheidungen in mehreren Ländern die Anwendung von Medikamenten, die eine Verengung (Konstriktion) in den kleinen Blutgefäßen der Nase bewirken, empfohlen ihre Anwendung auf fünf Tage zu begrenzen.

Long-COVID:

Ambulante Lungenreha mit Sportprogramm



Foto: AdobeStock / contrastwerkstatt

Ein überwachtes, ambulant durchgeführtes Sportprogramm kann zentrale Symptome bei Long-COVID nach Coronavirusinfektion, speziell funktionelle Trainingskapazität, Lebensqualität und Atemnot, verbessern. Dies fand ein systematischer Review mit Metaanalyse über 15 Studien und insgesamt 803 Patienten. Bei Fatigue und/oder post-exertioneller Malaise, so die Wissenschaftler, müssten allerdings besonders systematisch und durchgängig Symptome und Verlauf beobachtet werden.

Nach einer Infektion mit dem neuen Coronavirus SARS-CoV-2 kann sich die Erkrankung COVID-19 entwickeln. Ein Teil der Personen entwickelt anhaltende Symptome nach der akuten Phase von COVID-19, unabhängig vom Schweregrad der akuten Erkrankung. Diese als Long-COVID bezeichnete Erkrankung geht meist mit Einschränkungen der funktionellen Trainingskapazität (functional exercise capacity) und reduzierter Lebensqualität einher. Zur Verbesserung der Symptome scheint, so Hinweise aus bisherigen Studien, sportliche Bewegung besonders wichtig zu sein.

Ambulante Lungenreha mit Sportprogramm bei Long-COVID?

Wissenschaftler führten nun einen systematischen Review mit Metaanalyse durch, um die Wirksamkeit ambulanter Lungenreha mit individualisierten und überwachten Sportprogrammen bei Long-COVID zu ermitteln. Die Recherche ermittelte randomisiert-kontrollierte Studien und beobachtende Kohortenstudien mit Veröffentlichung zwischen November 2019 und Januar 2026 aus den medizin-wissenschaftlichen Datenbanken Medline/PubMed, Web of Science, PEDro und EMBASE. Die funktionelle Trainingskapazität wurde mit Hilfe des 6MWT (6-Minute Walk Test) ermittelt, bei dem die in

6 Minuten zurückgelegte Gehstrecke gemessen wird. Zusätzlich untersuchten der Sit-to-Stand Test (SST, typischerweise über 30 Sekunden), wie häufig Personen wiederholt aus dem Sitz vom Stuhl aufstehen können.

Systematischer Review mit Metaanalyse über 15 Studien

Die Metaanalyse umfasste 15 Studien mit insgesamt 803 Patienten. Eine ambulante Lungenreha verbesserte die funktionelle Trainingskapazität sowie die Leistung im SST über 30 Sekunden und reduzierte die Atemnot bei körperlicher Anstrengung. Randomisiert-kontrollierte Studien zeigten Vorteile für die physische Lebensqualität, aber auch für die psychische Lebensqualität sowie Verbesserungen der Atemnot-Symptome. Ergebnisse zur Lungenfunktion waren hingegen inkonsistent. Die Studien zeigten Trends zu einer Verbesserung von Fatigue-Symptomen, allerdings wurden zur Ermittlung dieser Symptome verschiedene Werkzeuge in randomisiert-kontrollierten und Beobachtungsstudien eingesetzt.

Funktionelle Trainingskapazität, Lebensqualität und Atemnot verbessert

Die Autoren schließen, dass ein überwachtes, ambulant durchgeführtes Sportprogramm wesentliche Symptome bei Long-COVID wie funktionelle Trainingskapazität, Lebensqualität und Atemnot verbessern kann. Bei Patienten mit Fatigue und/oder post-exertioneller Malaise müssen, so die Wissenschaftler weiter, besonders systematisch und durchgängig Symptome und Verlauf beobachtet werden. Weitere qualitativ hochwertige Studien sind nötig, um die bisherigen Erkenntnisse zu stützen und klinische Richtlinien zu erstellen, so das Fazit.

Quelle: DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom vom 11.06.2026

Gutachten der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK):

Pflegereform verschärft Armutsrisiko



Foto: AdobeStock / zhlwrych

Die bisher bekannten gewordenen Pläne von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken für eine Pflegereform würden das Armutsrisiko für Pflegeheimbewohnende weiter verschärfen. Das zeigt ein aktuelles Kurzgutachten des Bremer Gesundheitsökonom Prof. Heinz Rothgang im Auftrag der DAK-Gesundheit.

Wird die Auszahlung der Zuschüsse für Pflegeheimbewohnende künftig zeitlich nach hinten geschoben, käme dies laut DAK-Sonderanalyse einer Leistungskürzung gleich. Durch die Pflegereform würde der durchschnittliche Eigenanteil von Betroffenen sofort um 161 Euro im Monat steigen. In den ersten viereinhalb Jahren stationärer Pflege würden die Kürzungen nach den Berechnungen von Prof. Rothgang eine zusätzliche Kostenlast von insgesamt knapp 20.000 Euro für Heimbewohnende bedeuten. Der Anteil der Pflegeheimbewohnenden, die auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind, könnte demnach dramatisch auf rund 46 Prozent bis zum Jahr 2035 ansteigen. Dies würde bei den Kommunen zu einer Mehrbelastung von zwei Milliarden Euro pro Jahr führen. DAK-Vorstandschef Andreas Storm warnt vor einem pflegepolitischen Kahlschlag und fordert eine faire Lastenverteilung.

„Das Armutsrisiko Pflege würde durch die Reform weiter zunehmen. Schon jetzt hat die *Sozialhilfequote für Pflegeheimbewohnende* einen *historischen Höchststand* von fast 38 Prozent erreicht. Wenn sich diese Spirale aufgrund der vorgesehenen Maßnahmen noch schneller dreht, nähern wir uns im nächsten Jahrzehnt immer mehr der 50-Prozent-Marke. Das ist nicht akzeptabel“, sagt DAK-Vorstandsvorsitzender Andreas Storm. „Gleichzeitig würde dieser Schritt massive finanzielle Mehrbelastungen für die kommunalen Sozialhilfeträger bedeuten. Diese Maßnahme würde die Pflegekrise nicht lösen, sondern noch einmal drastisch verschärfen. Gemeinsam mit anderen Kürzungen droht ein *pflegepolitischer Kahlschlag*, den die Bundesregierung stoppen muss. Es braucht eine Lösung zur Schließung der großen finanziellen Defizite in der Pflegeversicherung, die die Lasten fair verteilt und keine weitere finanzielle Überforderung vieler Heimbewohnenden nach sich zieht.“

Zunehmende finanzielle Belastungen für Heimbewohnende

Mit der geplanten Pflegereform soll nach bisherigen Informationen die zeitliche Staffelung der Zuschläge, die Heimbewohnende je nach Dauer ihres Aufenthalts erhalten, künftig gestreckt werden. Dadurch würden

die Eigenanteile für Pflegebedürftige in Heimen später und langsamer sinken als bisher, was unmittelbare Auswirkungen auf die finanzielle Belastung der Betroffenen hätte. Würden die neuen Zuschlagsregelungen sofort gelten, läge laut DAK-Kurzgutachten von Prof. Rothgang der durchschnittliche Eigenanteil für alle Heimbewohnenden unabhängig von der Aufenthaltsdauer sofort um 161 Euro im Monat höher als bisher.

Nach dem neuen Reformplan dauert es viereinhalb Jahre, bis Heimbewohnende die maximale Entlastung in Höhe von 75 Prozent erhalten. Wer seit Januar dieses Jahres im Heim lebt, müsste innerhalb dieses Zeitraums insgesamt knapp 20.000 Euro zusätzlich selbst zahlen. Bis zum Jahr 2035 würde sich die Gesamtbelastung durch Eigenanteile für die Heimbewohnenden auf mehr als 4.500 Euro monatlich vergrößern. Das bedeutet einen Kostenzuwachs von 330 Euro gegenüber der Kostenhöhe, die gemäß der aktuellen Rechtslage entstehen würde.

Parallel zu den Kosten für die Heimbewohnenden steigen ebenfalls die Sozialhilfeausgaben. Den jüngsten Berechnungen von Prof. Rothgang zufolge werden sich diese bis Mitte der 2030er-Jahre auf rund 12 Milliarden Euro mehr als verdoppeln. Zum Vergleich: Für das laufende Jahr wird von Sozialhilfeausgaben in Höhe von knapp 5 Milliarden Euro ausgegangen. Bei geltendem Recht entwickeln sich die Ausgaben bis 2035 auf rund 10 Milliarden Euro – greifen aber die geplanten Reformmaßnahmen, beliefen sich allein im Jahr 2035 die Mehrausgaben



Foto: DAK-Gesundheit/Laüter

Andreas Storm - Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit

auf rund 2 Milliarden Euro, sodass die Gesamthöhe der Sozialausgaben bei rund 12 Milliarden liegen würde.

Prof. Dr. Heinz Rothgang (Universität Bremen) sieht die mögliche Reformmaßnahme kritisch: „Ein solcher Reformansatz erzeugt nur Verlierer und gefährdet das langfristige Ziel der sozialen Pflegeversicherung. Anstatt die ohnehin schon zu hohen Kosten für die Heimbewohnenden effektiv zu deckeln, nehmen deren Belastungen aufgrund der Leistungskürzungen weiter zu. Ein wirksamer Schutz gegen das *Armutsrisiko Pflegebedürftigkeit* ist mit diesem Ansatz nicht möglich. Damit führt sich die Pflegeversicherung selbst ad absurdum.“

Quelle: Pressemeldung der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) vom 18.05.2026

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

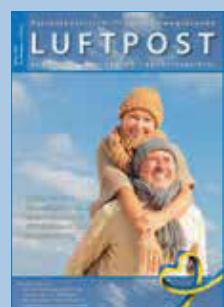
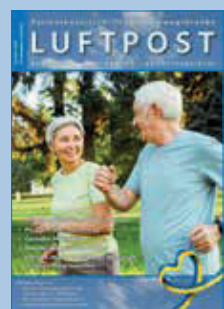
kompetent - verständlich - patientengerecht

**Die Ausgaben der Luftpost können
Sie kostenlos herunterladen:**

www.sp-medien.de/Luftpost

SP Medienservice
Verlag, Druck & Werbung

Email: sp@sp-medien.de · Internet: www.sp-medien.de



Neues Vorsorge-Angebot für Diabetiker in Thüringen

Zusätzliche Augenuntersuchung hilft, frühzeitig ernste Seh-Erkrankungen zu erkennen

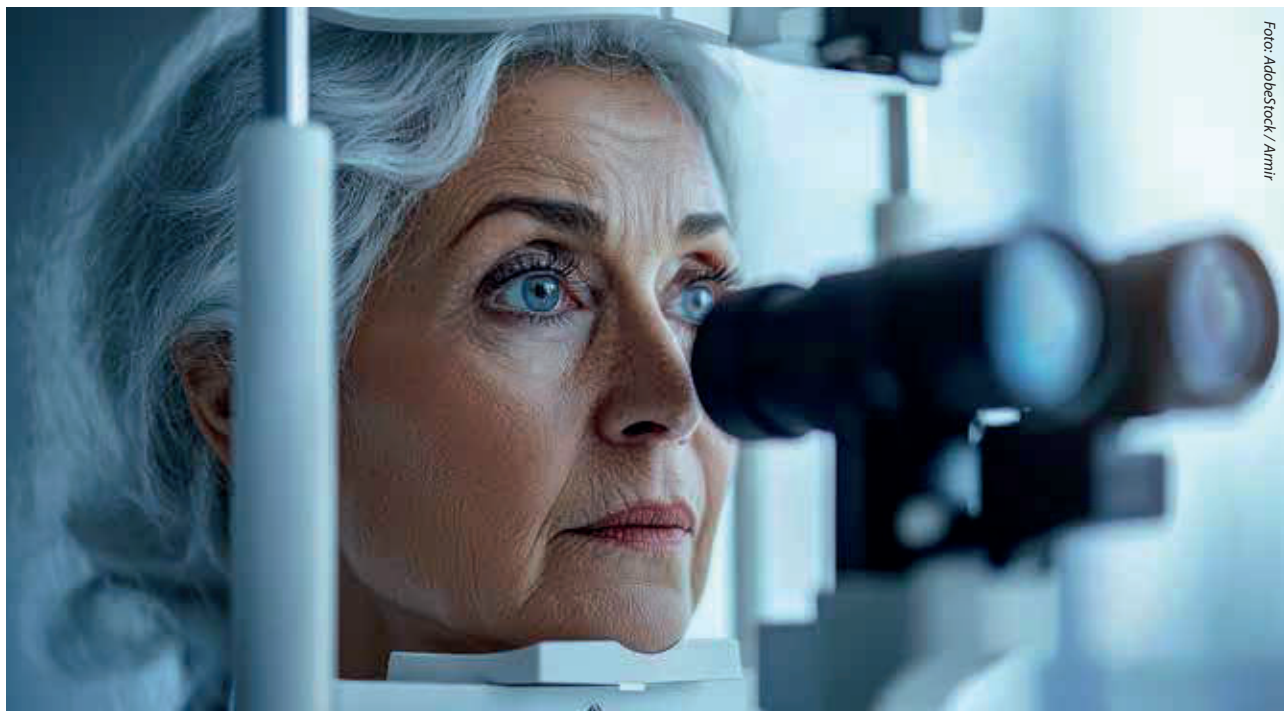


Foto: AdobeStock / Armir

Eine „Diva“ hilft Diabetikern, den Durchblick zu behalten: Ab April startet das Pilotprojekt Digitale Vernetzung in der konservativen Augenheilkunde – kurz DIVA. Es setzt an einem bekannten Augenleiden an, unter dem Diabetiker leiden, der diabetischen Retinopathie. Dabei handelt es sich um eine Schädigung der Netzhautgefäße. Betroffene leiden unter Sehstörungen. Im schlimmsten Falle können die Netzhautveränderungen sogar zu einer Erblindung führen. Wird sie frühzeitig erkannt, kann die Krankheit verlangsamt oder sogar gestoppt werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen testet dieses neue Versorgungsangebot in vier Landkreisen mit insgesamt acht Diagnostik-Zentren in Thüringen. Ein Standort befindet sich z.B. in der Stadelstraße 2 in Suhl. Mithilfe moderner Medizintechnik nimmt medizinisch geschultes Fachpersonal Bilder des Augenhintergrundes auf. Am Projekt beteiligte Augenärzte befunden die Aufnahmen über eine telemedizinische Begutachtung, das heißt sie sind nicht selbst vor Ort. Stellen die Ärzte Auffälligkeiten fest, wird den Patienten ein zeitgerechter Termin in einer Augenarztpraxis angeboten.

Diabetikerinnen und Diabetiker können ganz einfach telefonisch unter 03691 8886388 oder online einen Termin in einem Diagnostik-Zentrum vereinbaren.

Menschen, die einen entsprechenden Termin wahrnehmen wollen, müssen *in einem der am Projekt beteiligten Landkreise wohnen und mindestens 18 Jahre alt sein*. Darüber hinaus muss bereits eine *festgestellte Diabetes-Erkrankung vorliegen*.

Aktuell nehmen nur 60 Prozent der Thüringer Diabetiker die empfohlene augenärztliche Untersuchung in Anspruch. DIVA soll mehr Betroffenen die Möglichkeit zur Vorsorge schaffen. Zugleich werden Augenarztpraxen entlastet. Dadurch werden wieder mehr Termine für notwendige Behandlungen frei, zum Beispiel für die vertiefende Behandlung bei diabetesbedingten Retinopathien.

Eine Terminbuchung ist seit dem 1. April 2026 möglich. Die *Online-Buchung* finden Sie hier:

<https://app.arzt-direkt.de/diva-thueringen/booking>.

Die beteiligten „DIVA“-Standorte befinden sich an den folgenden Orten:

- Saale-Orla-Kreis: Neustadt an der Orla, Schleiz
- Schmalkalden-Meiningen/Suhl:
Meiningen-Dreißigacker, Suhl
- Unstrut-Hainich Kreis: Bad Langensalza, Mühlhausen
- Wartburgkreis: Bad Salzungen, Eisenach

Pressemitteilung der BAG Selbsthilfe vom 24.03.2026

Online-Sehtests können Sehprobleme früh(er) sichtbar machen

– Stiftung Auge erklärt, warum sie den Augenarztbesuch nicht ersetzen

Digitale Gesundheitsangebote gewinnen auch in der Augenheilkunde zunehmend an Bedeutung: Immer mehr Menschen nutzen Online-Sehtests, um selbst das eigene Sehvermögen schnell und unkompliziert zu überprüfen. Sie können helfen, Veränderungen der Sehschärfe frühzeitig zu erkennen. Ihre Ergebnisse führen jedoch auch leicht zu falscher Sicherheit oder unnötiger Verunsicherung – denn weder ein gutes noch ein auffälliges Ergebnis erlaubt verlässliche Rückschlüsse auf die Gesundheit der Augen. Die Stiftung Auge erklärt, welche Chancen aber auch Grenzen digitale Sehtests haben und wann eine augenärztliche Abklärung besonders wichtig ist.

Online-Sehtests werden heute von verschiedenen Anbietern als *Smartphone-App* oder *Browser-Anwendung* bereitgestellt. Anwender prüfen dabei ihre *Sehschärfe*, indem sie Zahlen, Buchstaben oder Symbole auf dem Bildschirm erkennen müssen. Teilweise werden die Ergebnisse automatisch ausgewertet oder mit früheren Messungen verglichen. „Derartige Angebote können Menschen eine erste Orientierung geben und sie für Veränderungen ihres Sehens sensibilisieren“, erklärt Priv.-Doz. Dr. med. Jan Terheyden, Augenarzt an der Universitäts-Augenklinik Bonn. Allerdings seien die *Ergebnisse stark von Faktoren* wie der Bildschirmhelligkeit, Raumbeleuchtung oder dem richtigen Abstand zum Gerät *abhängig*, betont der Experte. Hier gibt es klare Vorgaben, die seitens der Anbieter kommuniziert und von den Nutzenden eingehalten werden müssen.

Gute Sehschärfe bedeutet nicht automatisch gesunde Augen

Wer zuhause einen Sehtest machen möchte, sollte sich auch über die richtige Einordnung der Testergebnisse informieren: „Ein gutes Ergebnis bedeutet nicht automatisch, dass die Augen gänzlich gesund sind“, erklärt Terheyden. Viele Augenerkrankungen können über lange Zeit bestehen, obwohl die Sehschärfe noch normal erscheint.

Auch Professor Dr. med. Frank G. Holz, Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn und Vorsitzender der Stiftung Auge, warnt vor falscher Sicherheit: „*Online-Sehtests ersetzen keine augenärztliche Untersuchung.* Erkrankungen wie die *altersabhängige Makuladegeneration*, *diabetische Netzhautschäden* oder ein *Glaukom* (Grüner Star) lassen sich dadurch nicht zuverlässig ausschließen.“



Foto: AdobeStock / Viktor

Online-Sehtests können die Früherkennung unterstützen

Gleichzeitig sehen die Experten in digitalen Angeboten Potenzial: „Gut entwickelte und wissenschaftlich geprüfte Tests können Menschen dafür sensibilisieren, Sehverschlechterungen ernst zu nehmen und ärztlich abklären zu lassen“, so Terheyden. Voraussetzung sei jedoch, dass die Anwendungen verständlich aufgebaut seien und Nutzerinnen und Nutzer die Ergebnisse richtig einordnen könnten. Hier brauche es künftig mehr wissenschaftliche Untersuchungen und einheitliche Qualitätsstandards. Wer unsicher ist, welcher Test vertrauenswürdig oder im individuellen Fall sinnvoll ist, sollte sich von einer Augenärztin oder einem Augenarzt beraten lassen.

Plötzliche Sehverschlechterungen immer ernst nehmen

Besonders wichtig ist es, akute Veränderungen des Sehens ernst zu nehmen. „Wenn sich das Sehvermögen plötzlich oder stark verschlechtert, sollte immer ärztliche Hilfe gesucht werden“, rät Terheyden. In seltenen Fällen könnten solche Beschwerden auch auf ernsthafte Erkrankungen hinweisen. Die Stiftung Auge empfiehlt daher, digitale Sehtests allenfalls als ergänzende Orientierung zu nutzen – nicht jedoch als Ersatz für regelmäßige augenärztliche Kontrollen.

Quelle: Pressemitteilung der Stiftung Auge der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e.V. (DOG) vom 27.03.2026

Gedächtnisprobleme als frühe Hinweise auf Demenz?

Studie zeigt Zusammenhang mit bekannten Alzheimer-Risikofaktoren



Selbst wahrgenommene Gedächtnisprobleme sind bei älteren Menschen häufig, aber nicht automatisch ein Hinweis auf Demenz. Eine von der Alzheimer Forschungs Initiative e.V. geförderte Studie der Universität Leipzig wertete Daten von rund 19.000 Menschen ab 60 Jahren aus Deutschland und Großbritannien aus. Rund 40 Prozent von ihnen erfüllten die Kriterien (des sogenannten „SCD Plus“) – wie subjektiver Gedächtnisveränderungen, die mit einem erhöhten Alzheimer-Risiko verbunden sein können. Zusammenhänge zeigten sich mit bekannten Demenz-Risikofaktoren wie Depressionen, Bluthochdruck, Diabetes, Herzkrankheiten und Schlaganfällen. Die Ergebnisse könnten zur Früherkennung beitragen.

Selbst wahrgenommene Gedächtnisprobleme sind mit zunehmenden Alter häufiger verbreitet und stehen mit bekannten Risikofaktoren für Demenz in Zusammenhang. Eine aktuelle Studie des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Öffentliche

Gesundheit (ISAP) der Universität Leipzig liefert nun neue Hinweise, dass bestimmte Gedächtnisveränderungen gehäuft gemeinsam mit bekannten Risikofaktoren für Demenz auftreten.

Für die von der Alzheimer Forschungs Initiative e.V. (AFI) geförderte Studie unter der Leitung von Dr. Andrea Zülke wertete das Forschungsteam Daten aus drei großen bevölkerungsbasierten Untersuchungen aus Deutschland und Großbritannien aus. Die Ergebnisse liefern neue Hinweise darauf, welche Rolle subjektiv wahrgenommene Veränderungen des Gedächtnisses für die frühe Erkennung von Demenz spielen könnten.

Forschung zu subjektiven Gedächtnisproblemen

Die Zahl der Menschen mit Demenz nimmt zu. Während derzeit etwa 1,8 Millionen Menschen in Deutschland mit Demenzerkrankungen wie Alzheimer leben, gehen Hochrechnungen auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes von bis zu 2,7 Millionen

Menschen im Jahr 2050 aus. Da Demenzerkrankungen bislang nicht heilbar sind, konzentriert sich die Forschung bereits seit Längerem auch auf sogenannte präklinische Phasen – also frühe, noch nicht sichtbare Stadien der Erkrankung, die bereits vor dem Auftreten erster Symptome nachweisbar sind.

Ab etwa 60 Jahren bemerken viele Menschen im Alltag ein Nachlassen ihres Gedächtnisses, etwa dass es ihnen schwerer fällt, sich an Namen oder Termine zu erinnern. Diese selbst wahrgenommenen Verschlechterungen des eigenen Gedächtnisses sind allerdings nicht automatisch ein Anzeichen für eine beginnende Demenzerkrankung.

Der Begriff „SCD Plus“ (subjective cognitive decline) beschreibt selbst wahrgenommene Gedächtnisprobleme, die auf ein erhöhtes Risiko für eine spätere Alzheimer-Erkrankung hinweisen können. Ältere Menschen nehmen dabei ein Nachlassen ihres Gedächtnisses oft selbst wahr, obwohl sich in Gedächtnistests zunächst noch keine Auffälligkeiten zeigen. Dazu zählen beispielsweise, dass sich Menschen Sorgen über ihr Gedächtnis machen oder auch Angehörige ein Nachlassen bemerken.

Daten von rund 19.000 Personen ausgewertet

„Zunächst wollten wir wissen, wie häufig diese subjektiven Gedächtnisprobleme bei älteren Personen auftreten und welche Faktoren damit im Zusammenhang stehen, etwa bestimmte Aspekte des Lebensstils oder Vorerkrankungen“, erklärt Dr. Andrea Zülke, Wissenschaftlerin am ISAP. Hierzu wurden Daten aus drei großen, bevölkerungsbasierten Studien aus Deutschland und Großbritannien ausgewertet. Insgesamt wurden rund 19.000 Personen im Alter ab 60 Jahren untersucht. „Für die Erfassung der Gedächtnisprobleme orientierte sich das Forschungsteam an international anerkannten Kriterien“, erklärt Dr. Zülke.

Zusammenhang mit bekannten Risikofaktoren

Rund 40 Prozent der untersuchten Personen erfüllten die Kriterien von SCD Plus. Subjektive Gedächtnisprobleme traten besonders häufig bei Menschen auf, die gleichzeitig bekannte Risikofaktoren für Demenz aufwiesen – wie

- Depressionen,
- Bluthochdruck,
- Diabetes,
- Herzkrankheiten oder
- frühere Schlaganfälle.

In einzelnen Studien fanden sich außerdem *Zusammenhänge mit Schlaf- und Hörproblemen sowie Bewegungsmangel*. Seltener traten die Beschwerden dagegen bei Älteren mit bestmöglicher aktiver Lebensgestaltung auf.

„Unsere Ergebnisse zeigen, dass subjektive Gedächtnisprobleme bei älteren Menschen weit verbreitet sind“, betont Dr. Andrea Zülke. „Gleichzeitig zeigen sich Zusammenhänge mit verschiedenen bekannten Risikofaktoren für Demenz.“ Die Wissenschaftlerin weist jedoch darauf hin, dass subjektive Gedächtnisprobleme allein kein Hinweis auf eine spätere Demenzerkrankung sind. „Diese Veränderungen können viele unterschiedliche Ursachen haben“, so Zülke. „Aus den beobachteten Zusammenhängen lassen sich keine direkten Ursache-Wirkungs-Beziehungen ableiten.“

SCD-Kriterien als möglicher Ansatz für die Früherkennung

Die Ergebnisse legen nahe, dass die SCD Plus-Kriterien möglicherweise Hinweise auf frühe Veränderungen liefern könnten, die einfach und kostengünstig zu messen sind.

„Viele Menschen machen sich Sorgen, wenn sie Veränderungen ihres Gedächtnisses bemerken. Gleichzeitig wächst das Interesse an der Frage, welche Faktoren das Risiko für Alzheimer beeinflussen und was man selbst tun kann, um das persönliche Risiko zu senken“, erklärt Dr. Zülke.

Die Forschenden untersuchen nun, ob und wie subjektive Gedächtnisprobleme nach den SCD Plus-Kriterien langfristig mit Veränderungen der geistigen Leistungsfähigkeit und dem Demenzrisiko zusammenhängen. Die jetzt veröffentlichten Ergebnisse liefern wichtige Hinweise darauf, welche frühen Veränderungen im Alter mit einem erhöhten Demenzrisiko in Zusammenhang stehen könnten.

Die Studienergebnisse erschienen in der Fachzeitschrift Alzheimer's Research & Therapy unter dem Titel: Prevalence and associated factors of subjective cognitive decline (SCD Plus): a cross-sectional analysis of three population-based European cohorts.

Quelle:

Pressemitteilung der Alzheimer Forschungs Initiative e.V. (AFI) vom 28.05.2026

Stoffwechsel-Schalter gegen Lungenkrebs



Foto: AdobeStock / Eed Topnik(K)

Einen vielversprechenden Mechanismus zur Bekämpfung von Lungenkrebs hat ein internationales Forschungsteam unter Federführung der Justus-Liebig-Universität Gießen (JLU), des Instituts für Lungengesundheit (ILH) in Gießen und des Max-Planck-Instituts für Herz- und Lungenforschung in Bad Nauheim identifiziert. Die Forschenden fanden heraus, dass ein bestimmter körpereigener Stoffwechselprozess das Immunsystem dazu bringen kann, Tumorzellen direkt anzugreifen und deren Wachstum zu stoppen. Dies eröffnet neue Wege für gezielte Therapien. Die Ergebnisse sind in der Fachzeitschrift „Cell Metabolism“ veröffentlicht worden.

Lungenkrebs ist weltweit eine der häufigsten Krebserkrankungen mit einer besonders hohen Mortalitätsrate. Ein entscheidender Faktor für das Fortschreiten der Krankheit ist das Tumormikromilieu – die Umgebung, in der der Tumor wächst. Hier spielen bestimmte Immunzellen, die sogenannten Makrophagen („Fresszellen“), eine Doppelrolle: Sie können den Tumor entweder bekämpfen oder ihn sogar unterstützen und so das Krebswachstum fördern.

Der „Stoffwechsel-Schalter“: Itaconat

Das Forschungsteam um Prof. Dr. Rajkumar Savai, Professor für Lung Microenvironmental Niche in Cancerogenesis an der JLU, hat untersucht, wie eine Steuerung des Zellstoffwechsels diese Immunzellen umprogrammieren kann. Im Zentrum steht dabei das Molekül Itaconat. Die Forschenden stellten fest, dass in Lungenkrebsregionen ein natürlicher Mangel an Itaconat herrscht. Dieser Mangel führt dazu, dass die Makrophagen in eine pro-tumorale Form umschalten, die den Krebs unterstützt. Wenn das Team jedoch die Itaconat-Konzentration künstlich erhöhte, geschah etwas Entscheidendes: Die Makrophagen wechselten in einen anti-tumoralen Zustand. Sie wurden zu aktiven Verteidigern, die das Tumorstadium bremsten, wie die Forschenden in Mausmodellen und menschlichen Gewebeproben untersucht haben.

Direkter Einfluss auf die Krebszellen

Itaconat hat noch einen weiteren positiven Effekt: Das Molekül wirkt nicht nur indirekt über das Immunsystem. Die Forschenden konnten zeigen, dass eine Variante namens Octyl-Itaconat die Krebszellen auch direkt angreift. Dieser Stoff blockiert ein wichtiges Enzym (G6PD), das für den Stoffwechsel der Krebszellen essenziell ist. Ohne dieses Enzym fehlt den Tumorzellen der nötige „Brennstoff“ für ihre schnelle Vermehrung, was das Wachstum stoppt.

Ein neuer Ansatz für die Krebstherapie

„Unsere Ergebnisse zeigen, dass wir durch die gezielte Beeinflussung des Stoffwechsels sowohl das Immunsystem stärken als auch die Krebszellen direkt schwächen können“, so Prof. Savai, Letztautor der Studie. „Besonders bedeutsam ist, dass der Effekt auch in menschlichen Lungen-Gewebeschnitten nachgewiesen werden konnte, was die Relevanz für die klinische Anwendung unterstreicht.“ Die Studie liefert damit eine wichtige Grundlage für die Entwicklung neuer Medikamente, die darauf abzielen, den Stoffwechsel der Krebszellen zu auszuhungern und gleichzeitig die körpereigene Abwehr zu aktivieren.

Die Arbeit entstand in einer Kooperation zwischen der JLU, dem Institut für Lungengesundheit, dem Max-Planck-Institut für Herz- und Lungenforschung in Bad Nauheim, dem Deutschen Zentrum für Lungenforschung (DZL) und weiteren internationalen Partnern. Die Forschung wurde unter anderem durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), das Land Hessen (LOEWE-Schwerpunkt iCANx), den Europäischen Forschungsrat (ERC) und das EU-Rahmenprogramm für Forschung und Innovation Horizont Europa (Projekt COMBAT) gefördert.

Quelle:

Pressemeldung der Justus-Liebig-Universität Gießen vom 8. Juni 2026

Die besten Trainingsmethoden für Menschen mit stabiler COPD



Eine zusammenfassende Studie aus China hat sich mit dem Einfluss verschiedener Trainingsformen auf die Gesundheit von Menschen mit stabiler chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) beschäftigt. Hochintensives Intervalltraining verbesserte die körperliche Leistungsfähigkeit am stärksten, während Widerstandstraining die Lebensqualität am effektivsten steigerte. Ausdauertraining hatte dabei den größten Einfluss auf die Lungenfunktion.

Das Ziel einer aktuellen zusammengefassten Auswertung (Metaanalyse) war es, die Wirksamkeit verschiedener Trainingsformen bei Menschen mit stabiler chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) zu vergleichen. Dabei wurden die Effekte von

- z.B. lockeres Laufen (aerobem Training),
 - Krafttraining,
 - Ausdauertraining und
 - hochintensivem Intervalltraining
- verglichen.

Vergleich verschiedener Trainingsformen bei COPD

Für diese Auswertung von Studien aus drei medizinisch-wissenschaftlichen Datenbanken wurden geeignete Untersuchungen ausgewertet. Die Kriterien waren:

- die Gehstrecke im 6-Minuten-Gehtest,
- das forcierte expiratorische Volumen in 1 Sekunde (FEV_1),
- die forcierte Vitalkapazität (FVC) sowie
- der Score des St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), der die Lebensqualität erfasst.

Insgesamt wurden 19 Studien mit 951 Teilnehmern mit einer stabilen COPD in die Auswertung einbezogen:

- *Hochintensives Intervalltraining* hatte zu 83 % einen guten Effekt auf die Verbesserung der in 6 Minuten zurückgelegten Wegstrecke.
- *Krafttraining* verbesserte bei der Hälfte der Teilnehmer die *Lebensqualität*.
- *Ausdauertraining* erwies sich als wirksam bei zwei Lungenfunktionswerten.

Das Volumen beim FEV_1 wurde hier bei 78 % und die FVC bei 42 % aller Teilnehmer gesteigert.

Größte Wirksamkeit wird durch die Kombination mehrerer Trainingsmethoden erzielt

Im Ergebnis der Datenauswertung zeigte sich, dass ein *hochintensives Intervalltraining* besonders wirksam die körperliche Leistungsfähigkeit bei stabiler COPD verbessert. *Krafttraining* verbessert danach die *Lebensqualität* am deutlichsten und das *Ausdauertraining* erzielt die beste Wirksamkeit bei der Verbesserung der gemessenen Lungenfunktionswerte.

Die *individuelle Wirksamkeit* des Trainings hängt dabei auch

- vom *persönlichen Gesundheitszustand*,
- dem *Trainingsprogramm* und
- der *Anwendungsdauer und -intensität* ab.

Quelle: Deutsches GesundheitsPortal / HealthCom vom 09.03.2026

Faktenblatt Apothekenreform

Der Bundestag hat das Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (ApoVWG) beschlossen.



Das Gesetz enthält wesentliche Maßnahmen zur Stärkung des flächendeckenden Netzes von Vor-Ort-Apotheken mit dem Ziel einer sicheren Arzneimittel- und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, insbesondere auch im ländlichen Raum. Apotheken werden wirtschaftlich gestärkt, von Bürokratie befreit, und sie erhalten neue Aufgaben in der Prävention und Diagnostik.

„Apotheken sind eine feste Säule für eine niedragschwellige und flächendeckende Gesundheitsversorgung der Menschen in unserem Land. Durch das heute beschlossene Gesetz stärken wir die Apothekenlandschaft finanziell, in ihren Kompetenzen und sorgen gleichzeitig für weniger Bürokratie. Um die Gesundheitsversorgung in Zukunft sicherstellen zu können, müssen die Aufgaben auf mehr Schultern verteilt werden. Apotheken spielen dabei eine zentrale Rolle, deshalb binden wir sie breiter in die Versorgung ein – durch mehr Impfungen, Tests und Präventionsangebote. Insgesamt wird die Attraktivität der Apotheke als Arbeitsplatz durch flexiblere Arbeitszeitgestaltung und neue Tätigkeitsfelder deutlich erhöht.“

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken

Stärkung der Landapotheken

- Die Vergütung insbesondere ländlicher Apotheken wird über eine signifikante Anhebung des Zuschusses für Nacht- und Notdienste gestärkt – die Notdienstpauschale wird dadurch nahezu verdoppelt.
- Künftig sollen auch Zuschüsse für Teilnotdienste (von 20 bis 22 Uhr) gezahlt werden – in Höhe von 20 Prozent des Betrages für den Vollnotdienst.
- Zweigapotheken können künftig eröffnet werden, wenn in abgelegenen Orten oder Ortsteilen eine eingeschränkte Arzneimittelversorgung vorliegt.
- Für ländliche Apothekenstandorte wird für fünf Jahre die Möglichkeit erprobt, dass in bestimmten Fällen erfahrene pharmazeutisch-technische Assistentinnen und Assistenten (PTA) den Betrieb übergangsweise (für max. 20 Tage pro Jahr) aufrechterhalten können.

Mehr Eigenverantwortung, weniger Bürokratie

- Es werden erleichterte Austauschmöglichkeiten geschaffen, indem unter bestimmten Voraussetzungen ein vorrätiges Arzneimittel abgeben wer-

den darf, wenn rabattierte Arzneimittel nicht verfügbar sind.

- Nullretaxationen aus formalen Gründen werden abgeschafft. Gibt die Apotheke ein medizinisch gleichwertiges Arzneimittel wie das eigentlich abzugebende Arzneimittel ab, darf die Krankenkasse die Abrechnung der Apotheke nicht mehr aus formalen Gründen beanstanden.
- Arztpraxen können bis Ende 2028 E-Rezepte für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner an die heimversorgende Apotheke weiterleiten.
- Zur Fachkräftesicherung sieht die Reform den flexiblen Einsatz von Personal vor – etwa bei der Festlegung von Filialleitungen.

Erweiterte Kompetenzen

- Zur Stärkung der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und tabakassoziierten Erkrankungen und Früherkennung von hierfür maßgeblichen Erkrankungsrisiken werden neue pharmazeutische Dienstleistungen vorgesehen.
- Apothekerinnen und Apotheker sollen für öffentliche Apotheken bei Personen ab 18 Jahren künftig - neben Grippe- und COVID-19-Impfungen - alle Impfungen, die keine Lebendimpfstoffe enthalten, durchführen können. Die Verabreichung der Impfstoffe kann auch an entsprechend geschultes pharmazeutisches Personal delegiert werden.
- Apothekerinnen und Apotheker sollen nach ärztlicher Schulung *venöse Blutentnahmen* durchführen dürfen.
- Apotheken sollen *auf Selbstzahlerbasis Schnelltests* gegen bestimmte Erreger (z.B. Influenza-, Norovirus) durchführen dürfen.

Abgabe von Rx-(erg.: rezeptpflichtigen)

Arzneimitteln ohne ärztliche oder zahnärztliche Verschreibung

- Bei *bestehender Langzeitmedikation (über drei Quartale)* wird eine einmalige Abgabe der kleinsten vorrätigen Packung erlaubt – wenn eine Therapie-Fortsetzung ohne Verzögerung erforderlich ist.
- Bei *akuten, unkomplizierten Formen von definierten Erkrankungen*: Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Festlegung von entsprechenden Erkrankungen (erg.: folgt), Arzneimitteln und Vorgaben für die Abgabe. Die Arzneimittelkommissionen der Ärzte und der Apotheker werden bei der Erstellung eingebunden. Die *Abgabemöglichkeit erstreckt sich nicht* auf Arzneimittel mit hohem Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential und systemisch wirkende Antibiotika.

- Die *Abgabe erfolgt auf Selbstzahlerbasis*, wobei die Apotheken für den Aufwand einen Betrag von 5 Euro pro Abgabe verlangen können.

Weitere Maßnahmen, die der Deutsche Bundestag im ApoVWG beschlossen hat:

- Die im pDL-Fonds aufgelaufenen Finanzmittel werden nutzbar gemacht und der pDL-Fonds abgeschmolzen. Die Kostenträger (erg.: Krankenkassen) profitieren von einem entsprechend zeitlich befristeten gesenkten Arzneimittelpreis.
- Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie oder das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) können amtliche Informationen zu den betriebswirtschaftlichen Kennzahlen der Apotheken anfordern als unabhängige Datengrundlage für die Verhandlungen der Selbstverwaltung zum Apothekenhonorar.
- Befristeter Ausschluss von exklusiven Rabattverträgen (erg.: der Krankenkassen mit den Herstellern) für sogenannte Biosimilars (patentfreie biologische Arzneimittel), um die Biosimilar-Produktion in Deutschland und Europa und somit Versorgungssicherheit zu erhalten.

Weitere Maßnahmen in der begleitenden Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und weiterer Verordnungen

Weitere Regelungen sind durch eine in Abstimmung befindliche Rechtsverordnung geplant, u.a. zu einer Liberalisierung von Öffnungszeiten, zu effizienteren Betriebsabläufen in Arzneimittelherstellung / -prüfung sowie zum Arzneimittelversand. Ebenso Teil dieser Rechtsverordnung ist eine jährliche Verhandlungslösung der Selbstverwaltung zur Anpassung des Apothekenhonorars sowie die Wiedereinführung von handelsüblichen Skonti zwischen Großhändlern und Apotheken.

Anhebung des Apothekenpackungsfixums

Im Koalitionsvertrag ist eine Anhebung des Apothekenpackungsfixums auf 9,50 Euro je verschreibungspflichtigem Arzneimittel vereinbart. Diese ist per Rechtsverordnung zu regeln. Zur Anhebung des Apothekenpackungsfixums befindet sich das Bundesministerium für Gesundheit derzeit in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie als zuständige Ordnungsgeber.

Quelle:

Pressemeldung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 22. Mai 2026

Tobias Welte-Gedächtnispreis der Luftpost 2026

auf dem diesjährigen DGP-Kongress in München am 19. März verliehen



von rechts nach links: Prof. Thomas Bahmer, Generalsekretär der DGP, Michael Jung (1. Bundesvorsitzender des Bundesverbandes Asbestose Selbsthilfegruppen e.V.) und Dr. Michael Köhler (Redaktionsleiter Luftpost). Foto: Mike Auerbach.

Im 33. Jahr ihres Erscheinens stiftete die "Luftpost" als Patientenzeitschrift für Atemwegserkrankte einen alljährlich und über 10 Jahre zu verleihenden Preis in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP). Dieser ist mit jeweils 10.000,- € dotiert.

Ausgezeichnet werden können Vereine, Institutionen oder z.B. Persönlichkeiten, die sich langjährig außerordentlich und besonders für Patienten mit Atemwegserkrankungen eingesetzt oder diese betreut haben. Dieser Preis trägt in Anerkennung und Würdigung seiner überragenden Verdienste den Namen des 2024 allzu früh verstorbenen Professors für Pneumologie an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) "Tobias Welte-Gedächtnispreis der Luftpost". Dem Auswahlkuratorium gehören Frau Welte, Herr Prof. Rabe (LungenClinic Großhansdorf), der Präsident der DGP Prof. Taube (Ruhrland-Klinik) und der Redaktionsleiter der Luftpost an.

Anlässlich des 66. Kongresses der DGP in München wurde nun der Preis 2026 vergeben. Die feierliche Überreichung erfolgte beim Rundgang des Generalsekretärs der DGP, Prof. Thomas Bahmer am Stand der Selbsthilfeorganisation.

Dies war eine Würdigung und Erinnerung an das Wirken eines weltweit anerkannten Wissenschaftlers, ehemaligen Präsidenten der Deutschen (DGP) und der europäischen pneumologischen Fachgesellschaft (ERS). Eines dabei stets persönlich bescheiden bleibenden und seinen Patienten äußerst menschlich zugewandten großen Arztes.

Diesjähriger Preisträger des "Tobias Welte-Gedächtnispreises der Luftpost" wurde der Bundesverband Asbestose Selbsthilfegruppen e.V. Der Bundesverband der Asbestose Selbsthilfegruppen ist der bundesweite Zusammenschluss von Menschen, die unter den Folgen einer Asbestose-Exposition leiden sowie ihrer Angehörigen.

Die Asbestose gehört zu den Staublungenerkrankungen. Bereits seit 90 Jahren (1936) kann sie als Berufskrankheit anerkannt werden. Seit vielen Jahren vernetzt der Bundesverband ehrenamtlich die Selbsthilfegruppen, stärkt, informiert und berät Betroffene und vertritt ihre Interessen gegenüber Öffentlichkeit, Politik und Institutionen.

Im Namen des Bundesverbandes bedankte sich der 1. Bundesvorsitzende Michael Jung für die große Auszeichnung mit dem "Tobias Welte-Gedächtnispreis 2026". Verbunden ist damit die Anerkennung ihres langjährigen herausragenden Einsatzes und eine großzügige Unterstützung ihrer künftigen Tätigkeit.

Prof. Dr. med. Ralf Wettengel

22. Juni 1937 bis 09. April 2026

„Leben besteht darin, dass man sich einlässt.“ Heimito von Doderer

Geboren 1937 am Rande des Erzgebirges in Zwickau, der Geburtsstadt Robert Schumanns, wuchs Ralf Wettengel mit drei Geschwistern in Jena auf, wo er auch sein Abitur ablegte. Seine Mutter, Lehrerin, alleinerziehend, nachdem ihr Mann im Krieg für verschollen erklärt wurde, flüchtete von dort schließlich mit der Familie nach Göttingen. Das in Jena begonnene Studium der Humanmedizin setzte er in Göttingen, Freiburg und Innsbruck fort und schloss es in Marburg 1962 mit der Promotion ab. Ab 1964 war er als Assistenzarzt in der Universitätsklinik in Kiel tätig und anschließend an der ersten universitären pneumologischen Abteilung Deutschlands an der neu gegründeten Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Dort erhielt er 1970 die Anerkennung als Facharzt und habilitierte sich. Als erster klinischer Oberarzt wechselte er 1974 mit 37 Jahren als Leitender Arzt an die Karl-Hansen-Klinik für Atemwegserkrankungen und Allergien in Bad Lippspringe. Er hielt weiter Vorlesungen an der MHH und veröffentlichte in der Folge zahlreiche Publikationen in Fachzeitschriften und Fachbüchern. Sein großes Engagement zeigte sich als Mitgründer der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Lungenstiftung, als ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft und weiterer ärztlicher Gremien und Gesellschaften. 1990, Prof. Wettengel wurde Vorsitzender der Deutschen Atemwegsliga e.V. (DAL), lernte ich ihn auf einem Kongress kennen und schätzen. Es kam zur Gründung des Fördervereins der Deutschen Atemwegsliga. Damit wurde es der DAL erstmals möglich, eine ständige, ärztlich besetzte Geschäftsstelle - noch lange vor der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie einzurichten. Die ehrenamtliche Tätigkeit des Vorstandes konnte nun dauerhaft organisatorisch unterstützt werden. So wurden in der Folge von der Deutschen Atemwegsliga mit den in ihr vertretenen nationalen Experten wissenschaftliche Empfehlungen zur Behandlung von Atemwegserkrankungen wie z.B. Asthma und COPD erstellt. Bis dahin gab es in Deutschland jeweils mehrere, nicht immer übereinstimmende Empfehlungen. Die Empfehlungen der DAL, zumal sie mit Unterstützung des Fördervereins erstmals auch nationale Verbreitung und Anerkennung fanden, wurden zum geltenden Standard. Seitdem gelten sie - inzwischen gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin und anderen - als Referenz. Über die folgenden Jahrzehnte entwickelte sich eine sachlich fundierte, an gemeinsamen Zielen orientierte und von gegenseitiger Anerkennung und Achtung geprägte Zusammenarbeit und Freundschaft. Der langjährige große persönliche Einsatz von Ralf Wettengel in der Erarbeitung und bei der Vermittlung der aktuellen ärztlichen Leitlinien in der Behandlung von Atemwegserkrankungen, auch in patientenverständlicher Sprache, wurde im Januar 2000 mit der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse an ihn gewürdigt. Als Ehrenvorsitzender der Deutschen Atemwegsliga unterstützte er diese noch Jahre. Im Alter zog er wieder nach Jena, wo ihn eine Reihe schwerer Operationen zwang, schließlich auch das geliebte Tennisspielen aufzugeben. Wir verlieren in ihm einen kommunikativen Vermittler, sprachgewandten Formulierer und literarisch hochgebildeten Mitmenschen.



Foto: Dr. Ulrich Kimmel

Unser tiefes Mitgefühl gilt seiner tapferen Frau Brigitte, ebenfalls Pneumologin und allen Kindern.
Ralf, Du bleibst uns unvergessen!

Michael Köhler

Jürgen Frischmann

21. März 1962 bis 24. April 2026

„Die Schwachen kämpfen nicht, die Stärkeren kämpfen vielleicht eine Stunde lang, die noch stärker sind, kämpfen viele Jahre. Aber die Stärksten kämpfen ihr Leben lang. Diese sind unentbehrlich.“ Berthold Brecht

Nachdem vor Jahren bei Jürgen Frischmann als Ursache seiner COPD-Symptomatik endlich die Ursache in einem erblichen Alpha-1-Antitrypsin-Mangel festgestellt wurde, erhielt er die notwendige Substitution. Aber die Krankheit bei ihm, eine schwerwiegende Ausprägung schritt weiter voran. Dies hinderte ihn aber nicht, hoch engagiert viele Vorträge und Gesprächsrunden bei Selbsthilfegruppen im weiteren Umkreis von Wiesbaden zu halten. Zugleich war er über Jahre der stellvertretende Vorsitzende unserer Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V. Immer war er ansprechbar, wenn es um die Beantwortung von Fragen, Auskünfte zu speziellen Aspekten von COPD bei Betroffenen oder ihrer Angehörigen ging. Seine große Einsatzbereitschaft und Zuverlässigkeit waren beispielhaft. Dabei trug er sein Krankheitschicksal und die Irrwege, die er zwischen den verschiedenen Kliniken gehen musste klaglos und mit trockenem Humor. Glücklicherweise kam er nicht nur auf die Transplantationsliste für eine „neue Lunge“, sondern erhielt sie schließlich doch noch - schon körperlich extrem geschwächt. Mit seiner neuen Lunge kämpfte er sich mit eiserner Disziplin und Energie wieder in ein aktives Leben ohne Rollstuhl oder Rollator zurück. Auch long Covid und eine Reihe weiterer schwerer (Folge-)Erkrankungen konnten seinen Lebenswillen über fünf Jahre nicht brechen. Allein weitere notwendige Organtransplantationen, auf die er hoffte, waren schließlich zu gefährlich. Trotzdem war sein Resümee: Durch die Transplantation habe er noch fast sechs glückliche Jahre geschenkt bekommen. Jürgen war ein nie klagender, von großem Mitgefühl für andere geprägter beispielloser Freund und Mitstreiter. Dafür sind wir ihm sehr, sehr dankbar und bewundern ihn noch immer.



Foto: Privat

Wir fühlen mit seinen beiden Söhnen und seinem Bruder.

Michael Köhler und das gesamte Team der ehemaligen DPLA

In Memoriam für Jürgen Frischmann (unveränderter Nachdruck aus Luftpost 04-24)

Nach Lungentransplantation – ein Leben mit weiteren schweren Erkrankungen

Der Bericht eines Alpha 1- und COPD-Patienten

Meine Name ist Jürgen Frischmann, 62 Jahre alt. Im Frühjahr 2010 machte ich mich auf den weiten Weg von Wiesbaden zur Nordseeinsel Föhr, um dort in Utersum eine Lungen-Rehamaßnahme zu beginnen. Noch ahnte ich nichts von all dem, was in den kommenden Jahren auf mich zukommen und wie stark und wie oft sich mein Leben noch verändern würde.

Trotz Freizeitsport (regelmäßiges Schwimmen, Fahrrad fahren und Joggen) bekam ich ab 2010 schwerer Luft und auch im Alltag beim Treppensteigen kam ich schnell aus der Puste. Mein Pneumologe sah als Ursache meinen jahrelangen Zigarettenkonsums und versuchte mich, so gut es eben ging, medikamentös gegen die COPD-Symptome einzustellen.

Nach der Autofahrt zur Rehaklinik in Utersum kam ich mit akuter Lungenentzündung auf der Insel an und verbrachte die ersten vier Tage ersteinmal im Krankenhaus von Wyk. Nach meiner Rückkehr in die Rehaklinik stellten die Ärzte der Klinik, nach einer Blutentnahme bei mir einen Alpha-1-Antitrypsin-Mangel fest, welcher kurze Zeit später nach meiner Rückkehr durch das Alpha-1-Center der Mainzer Uniklinik bestätigt wurde.

Um das Voranschreiten meiner COPD – die zu diesem Zeitpunkt schon das Stadium IV erreicht hatte – einzudämmen, nahm ich von nun an bis heute regelmäßig am Lungensport teil, befolge konsequent meinen Medikamentenplan und informiere mich bei Informationsveranstaltungen von Ärzten und Selbsthilfegruppen über Neuerungen und mögliche Behandlungsmaßnahmen.

Wenngleich ich meine Lebensqualität dadurch ein wenig erhalten konnte, verschlechterte sich mein Zustand leider immer weiter, bis ich mich im Jahr 2016 dazu entschloss mich für eine Lungentransplantation listen zu lassen.

Meine ersten umfangreichen Untersuchungen für eine Listung fanden in der Mainzer Universitätsklinik statt und wurden danach im Uniklinikum Gießen weitergeführt, da in Mainz keine Transplantationen der Lunge mehr durchführt wurden.



Auf Vorschlag der Lungenärzte in Gießen stellte ich mich auch in der Thoraxklinik Heidelberg zu einer bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion mit Ventilen vor. Dadurch sollte versucht werden, mein schweres Emphysem (eine Überblähung der Lunge) reduziert werden. Nach weiteren für diese Behandlung nötigen Untersuchungen, sowie einem ausführlichen Beratungsgespräch bekam ich kurz darauf in der Thorax Klinik Heidelberg drei Ventile eingesetzt. Da sich selbst nach einem halben Jahr kein positiver Effekt einstellte, wurde diese Behandlung nicht weiter verfolgt. Die Ventile aber verblieben in meiner Lunge.

Im Jahr 2018 stellte ich mich erneut in der Uniklinik von Gießen vor und durchlief zum zweiten Mal die umfangreichen Untersuchungen, die für eine Listung zur Lungentransplantation erforderlich sind. Wenige Monate später erhielt ich endlich den ersehnten Brief, in dem ich erleichtert lesen konnte: „... wir haben Sie über das

Transplantationszentrum Gießen bei Eurotransplant zur Organtransplantation angemeldet ...“.

Die darauffolgenden zwei Jahre waren die mit Abstand schwierigsten, die ich seit dem Auftreten meiner Krankheit durchleben musste. Zwar nahm ich nach wie vor aktiv an sämtlichen Angeboten und Veranstaltungen der Selbsthilfegruppen teil und war als stellvertretender Vorsitzender der DPLA sehr engagiert, doch musste ich mich aufgrund der massiven gesundheitlichen Einschränkungen immer mehr aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen. Da ich inzwischen auf einen Rollator und immer mehr auch auf einen Elektro-Rollstuhl angewiesen war, konnte ich mich auch nicht mehr so frei bewegen wie zuvor und war verstärkt auf Hilfe angewiesen. Immer häufiger verbrachte ich aufgrund von massiver Atemnot Tage und Wochen im Krankenhaus, was mich letztendlich auch dazu zwang, meine Arbeitsstelle aufzugeben. Mein Bewegungsradius wurde immer kleiner und meine Aktivitäten wurden immer mehr eingeschränkt.

Mit jedem Krankenhausaufenthalt und mit jeder weiteren Verschlechterung meiner Krankheit schwand meine Lebensfreude ein Stück mehr, doch ich gab nicht auf. Wenngleich mir die Ausweglosigkeit meiner Situation bewusst war und ich das Ausgeliefertsein an diese Krankheit immer mehr spürte, nutzte ich jede Möglichkeit, um meine Situation zu verbessern und hörte nicht auf, darauf zu hoffen, dass dieser eine, alles verändernde Anruf doch noch kommen würde.

Am Abend des 10. Juni 2020 war es dann endlich soweit! Mein Telefon klingelte und kurz darauf befand ich mich auf dem Weg nach Gießen, wo direkt die OP- Vorbereitungen begannen. Angst und Freude wechselten sich ab, bis in die frühen Morgenstunden. Diese Nacht wird mir immer in Erinnerung bleiben! Bis endlich die lang ersehnte Operation begann. In den nächsten sieben Stunden entnahmen mir die Ärzte meine "alte" Lunge und pflanzten mir eine funktionsfähige Spenderlunge ein. Unvergesslich war der Moment, als ich aus der Narkose erwachte und das erste Mal bewusst mit "seiner" neuen Lunge atmete.

In den ersten beiden Tagen nach der Operation ging es mir verhältnismäßig gut, doch am dritten Tag zeigten sich die ersten Komplikationen: Wassereinlagerungen in den Füßen, Diabetes und eine Lungenembolie! Eine Woche später hatte ich auch diese "Hürden" in das neue Leben soweit überstanden und durfte die Intensivstation verlassen. In den nächsten acht Wochen begann ich mit

meiner langsamen Mobilisierung und den ersten Rehabilitationsmaßnahmen, die jedoch, aufgrund meines massiven Verlustes an Muskelmasse und Gewicht, noch sehr zögerlich verliefen.

Nach insgesamt 53 Tagen durfte ich das Krankenhaus verlassen und wieder nach Hause gehen und kam anschließend in die Rehaklinik.

In der Rehaklinik wurde bei mir eine Polyneuropathie festgestellt die mich bis heute beeinträchtigt. Dazu kam ein bedenklicher Anstieg der Nierenwerte und daher bin ich seit dem 18. Dezember 2020 Dialysepatient. Bis heute bin ich 3 mal in der Woche im Dialysezentrum, was sehr anstrengend ist und mich einschränkt.

Dem anfänglichen Diabetes – wohl durch die hohen Cortisongaben – bekam ich mit Sport in den Griff und ich musste seitdem kein Insulin spritzen.

Ein halbes Jahr nach der Transplantation wurde die Substitution gegen den Alpha-1-Mangel eingestellt, weil meine Lungenfunktionswerte zu gut waren. Bei weiteren Untersuchungen wurde dann eine Leberzirrhose bei mir diagnostiziert, die auf meine Grunderkrankung, den Alpha-1-Mangel zurückzuführen ist.

Der erhöhte Leberdruck führte zu Krampfadern in der Speiseröhre, die regelmäßig durch eine endoskopische Gummibandligatur im Rahmen einer Speiseröhrenspiegelung mit Gummibändern abgebunden werden.

Seit August habe ich zusätzlich Bauchwasser und dadurch einen Nabelbruch.

Nach 4 Jahren ziehe ich daher folgendes Fazit. Die COPD war nach der Transplantation nicht mehr vorhanden. Man ist nach einer Lungentransplantation aber nicht gesund. Man kämpft mit vielen Folgen und muss weiterhin engmaschige Kontrollen regelmäßig durchführen lassen. Außerdem muss man mit Disziplin sein Sportprogramm absolvieren und die vielen Medikamente sorgfältig einnehmen. Mein Lebenskampf geht weiter!

Jürgen Frischmann, Wiesbaden

Organ- und Gewebespende

Jede und jeder von uns kann plötzlich auf ein neues Organ oder Gewebe angewiesen sein - zum Beispiel durch eine schwere Krankheit. Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, ob Sie Ihre Organe und Gewebe spenden möchten? Wir bitten Sie daher: Beschäftigen Sie sich mit dem Thema und treffen Sie Ihre ganz persönliche Entscheidung und dokumentieren Sie diese!

Voraussetzungen

- Es liegt eine Zustimmung der/des Verstorbenen vor.
- Der unumkehrbare Hirnfunktionsausfall (Hirntod) wurde festgestellt.
- Für eine Gewebeentnahme reicht es aus, wenn der Herz-Kreislauf-Stillstand mehr als drei Stunden zurückliegt.

Altersgrenzen

- Ab dem vollendeten 16. Lebensjahr kann die Einwilligung in die Entnahme ohne Zustimmung einer bzw. eines Erziehungsberechtigten zur Organ- und/oder Gewebespende erklärt werden.
- Bereits ab dem vollendeten 14. Lebensjahr kann einer Entnahme widersprochen werden.
- Eine feste Altershöchstgrenze für eine Organspende gibt es nicht.
- Entscheidend ist der tatsächliche biologische Zustand der Organe.

Grundsätzlich werden alle Organe und Gewebe vor einer Transplantation untersucht. Es ist deshalb nicht erforderlich, dass Sie sich jetzt ärztlich untersuchen lassen, wenn Sie nach dem Tod Organe und/ oder Gewebe spenden möchten.

Ihre Entscheidung dokumentieren

Folgende Möglichkeiten haben Sie zur Dokumentation Ihrer Entscheidung:

- **Organspendeausweis**
- **Patientenverfügung**
- **Organspende-Register**

Mit der Dokumentation Ihrer Entscheidung können Sie auch Ihre Angehörigen entlasten. Denn ohne einen dokumentierten Willen müssen die Angehörigen nach dem ihnen bekannten oder mutmaßlichen Willen der verstorbenen Person entscheiden. Lässt sich der mutmaßliche Wille nicht feststellen, werden sie gebeten, nach ihrer eigenen Auffassung zu entscheiden.

Organspendeausweis

Mit dem Organspendeausweis stellen Sie sicher, dass Ihr eigener Wille umgesetzt wird. Sollten Sie Ihre Entscheidung ändern wollen, entsorgen Sie daher einfach den Ausweis und füllen Sie einen neuen aus. Es ist hilfreich, Ihren Organspendeausweis immer bei den Personalpapieren mit sich zu tragen. Den Organspendeausweis können Sie hier bestellen oder herunterladen: organspende-info.de/organspendeausweis-download-und-bestellen.

Patientenverfügung

Informationen zur Dokumentation der Entscheidung in der Patientenverfügung finden Sie in der Broschüre „Organspende in der Patientenverfügung“, die Sie im BlÖG-Shop kostenfrei bestellen können: shop.bioeg.de/organspende-in-der-patientenverfuegung-60284011.

Sie können folgende Organe spenden:

- Herz
- Lunge
- Leber
- Nieren
- Bauchspeicheldrüse
- Darm

Sie können folgende Gewebe spenden:

- Horn- und Lederhaut der Augen
- Haut
- Knochen-, Knorpel- und Weichteilgewebe
- sowie Gewebe, die aus Bauchspeicheldrüse oder Leber gewonnen werden
- Blutgefäße
- Herzklappen

Gewebe werden – anders als Organe – in der Regel nicht direkt übertragen. Sie können in Gewebebanken konserviert und zwischengelagert werden, bis sich eine geeignete Empfängerin bzw. ein geeigneter Empfänger gefunden hat.

Organspende-Register

Das Organspende-Register ist ein zentrales elektronisches Verzeichnis, in dem Sie Ihre Entscheidung für

The image shows the 'Organspendeausweis' form. At the top, it says 'Organspendeausweis nach § 2 des Transplantationsgesetzes' with the German eagle logo. Below this is a large orange banner with the word 'Organspende' in white. The form itself has fields for 'Name, Vorname', 'Geburtsdatum', 'Straße', and 'PLZ, Wohnort'. At the bottom left is the logo for 'BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung'. At the bottom right is the logo for 'Organspende schenkt Leben.' and a line of text: 'Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 90 40 400.'

oder gegen eine Organ- und Gewebespende festhalten können. Es wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geführt. Der Eintrag in das Register ist freiwillig und kostenlos. Er kann jederzeit geändert oder widerrufen werden. Ihre Daten werden sicher auf Servern in Deutschland hinterlegt. Im Ernstfall kann nur registriertes, abrufberechtigtes Personal im Krankenhaus Ihre Erklärung einsehen. Ein Organspendeausweis kann verloren gehen oder nicht auffindbar sein. Eine im Register abgegebene Erklärung hat den Vorteil, dass sie im Ernstfall jederzeit zentral abrufbar ist.

Zugangswege zum Organspende-Register

Sie können Ihre Erklärung über *organspende-register.de* abgeben. Zur Identifikation benötigen Sie Ihren Personalausweis mit eID-Funktion, Ihren elektronischen Aufenthaltstitel (eAT) oder Ihre eID-Karte. Alternativ können Sie Ihre Erklärung über die App Ihrer Krankenversicherung abgeben, in der Sie sich z. B. mit ihrer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) identifizieren.

Was benötigen Sie, um die Erklärung im Organspende-Register abgeben zu können?

Abgabe der Erklärung über *organspende-register.de*:

- NFC-fähiges Smartphone/Tablet oder Computer mit Kartenlesegerät
- Personalausweis mit eID-Funktion, elektronischer Aufenthaltstitel oder eID-Karte für Bürgerinnen und Bürger der EU und des EWR
- PIN für eID-Funktion
- installierte AusweisApp
- Krankenversichertennummer
- E-Mail-Adresse

Eine ausführliche Schritt-für-Schritt-Anleitung zur Abgabe Ihrer Erklärung über Ihr Smartphone oder Ihren Computer finden Sie hier: organspende-info.de/onlineausweisfunktion.

Abgabe der Erklärung über die App Ihrer Krankenversicherung:

- NFC-fähiges Smartphone/Tablet
- z. B. elektronische Gesundheitskarte
- PIN für die elektronische Gesundheitskarte
- Digitale Identität (GesundheitsID)**
- installierte App Ihrer Krankenversicherung mit ePA-Funktionalität (ePA-App)
- Krankenversichertennummer
- E-Mail-Adresse

* Eine Übersicht der Krankenkassen-Apps finden Sie hier: gematik.de/versicherte/epa-app.

** Wie Sie Ihre digitale Identität erhalten, erfahren Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit bietet kostenlos einen Flyer an, der durch den Vorgang der Erklärungsabgabe führt: shop.bioeg.de/das-organspende-register-anleitung-zum-digitalen-eintrag

Antworten auf die häufigsten Fragen zum Organspende-Register beantwortet das BfArM unter: organspende-register.de/erklaeren-denportal/hilfe. Für weitere Fragen können Sie das BfArM-Kontaktformular nutzen: organspende-register.de/erklaerendenportal/kontakt.

Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit bietet umfangreiche Informationen zum Organspende-Register unter organspende-info.de/organspende-register an.

Weitere Informationsmöglichkeiten zur Organ- und Gewebespende

- Informationen im Internet finden Sie unter: organspende-info.de
- Kostenloses Informationsmaterial können Sie beim Bundesinstitut bestellen unter: shop.bioeg.de/themen/organspende.

Infotelefon

Ein persönliches Gespräch ist beim **Infotelefon Organspende** unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 90 40 400 montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr sowie bei Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt in einem Beratungsgespräch möglich. Fragen können Sie per E-Mail unter organspende@bioeg.de an das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit senden.

Quelle:

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIOG)

Erklärung zur Organ- und Gewebespende

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

☐ JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder ☐ JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

oder ☐ JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

oder ☐ NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder ☐ Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise: _____

DATUM: _____ UNTERSCHRIFT: _____

Die „Luftpost - Patientenzeitschrift für Atemwegskranke“ im 34. Jahrgang

unterstützt durch

- Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - (ehem.)
- AG Lungensport in Deutschland e.V.
- Deutsche Atemwegsliga e.V. (DAL)
- Sektion Deutscher Lungentag - in der DAL

Herausgeber und Copyright:

SP Medienservice - Verlag, Druck und Werbung
Reinhold-Sonnek-Str. 12
51147 Köln
www.sp-medien.de
Email: info@sp-medien.de

Redaktionsleitung und Druckfreigabe:

Dr. med. Michael Köhler (V.i.S.d.P.)

Copyright:

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind – soweit nicht anders vermerkt – für die Dauer des Urheberrechts geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Bildnachweise:

Titelbild: AdobeStock / Darren Baker

Alle Bilder von den Autoren, wenn nicht anders angegeben

Anzeigenvertrieb, Layout und Druck:

SP Medienservice - Verlag, Druck und Werbung
Reinhold-Sonnek-Str. 12, 51147 Köln
www.sp-medien.de
Email: info@sp-medien.de

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors wieder. Die Redaktion behält sich vor, eingereichte Artikel zu redigieren. Anzeigen und Advertorials stehen inhaltlich in der Verantwortung des Inserenten. Sie geben daher nicht generell die Meinung des Herausgebers wieder. Die Beiträge der „Luftpost“ können das Gespräch mit dem Arzt sowie entsprechende Untersuchungen nicht ersetzen. Die „Luftpost“ dient der ergänzenden Information. Literaturnachweise können über Redaktion oder Autoren angefordert werden. Die „Luftpost“ erscheint viermal jährlich.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in den Artikeln die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

Einzelpreis pro Heft:

Deutschland 4,50 Euro
Ausland 8,00 Euro

kompetent · verständlich · patientengerecht

Diese und viele weitere Informationen sind kostenlos online erhältlich.



Jetzt über **50** Infolyer der Deutschen Atemwegsliga e.V.
und Broschüren der AG Lungensport in Deutschland e.V. abrufbar

Arbeitsplatzbedingte Erkrankungen sind leider immer noch sehr häufig. Sie können durch Luftverschmutzung mit Gasen, Stäuben¹ und Dämpfen bis zur Berufsunfähigkeit führen. Detaillierte Informationen finden Sie im Flyer 26: Arbeitsplatzbedingte Erkrankungen.

¹ z.B. Bei der oft beruflich bedingten Asbeststaub-Exposition, bei der seit 1936 eine Anerkennung als Berufkrankheit möglich ist.



Arbeitseinflüsse sind vielfältig. Sie können berufsbedingt zu COPD, Asthma, über Staublungenerkrankungen sogar bis zum Krebs führen. Einen Überblick hierzu bis zu Informationen zur Vorbeugung und dem Handeln bei Verdacht auf eine Berufskrankheit gibt der Flyer 26 Arbeitsplatzbedingte Erkrankungen der Deutschen Atemwegsliga e.V.

Insgesamt stehen damit aktuell über **50 Flyer**, von „Allergie“ über „Asthma“, „COPD“, „Lungenfibrose“, „Lungenfunktion“, „Peak-Flow-Messung“, „Reisen“ bis zu „Richtig inhalieren“, zur Verfügung. Dieser Flyer kann bei der AG Lungensport in Deutschland e.V. unter www.lungensport.org oder bei der Deutschen Atemwegsliga e.V., <http://www.atemwegsliga.de/bestellung.html> für einen kleinen Unkostenbeitrag angefordert werden. Diese Reihe wird von ausgewiesenen Experten erstellt, immer wieder aktualisiert und fortlaufend erweitert. ■

Wenn Ihnen noch Themen fehlen, schlagen Sie diese doch bitte vor.



Zeit, Deine **Asthma-Therapie** aufzupolieren?

**Dauernd Kortisontabletten zu nehmen oder das Notfallspray
übermäßig zu verwenden ist von gestern. Es gibt moderne Alternativen!**

Sprich mit Deinem Arzt oder Deiner Ärztin! Und mit dem kostenlosen
Online-Selbsttest erfährst Du, wie gut Dein Asthma unter Kontrolle ist.



**ZUM
SELBST-
TEST**

 MIT
ASTHMA
LEBEN

AstraZeneca 