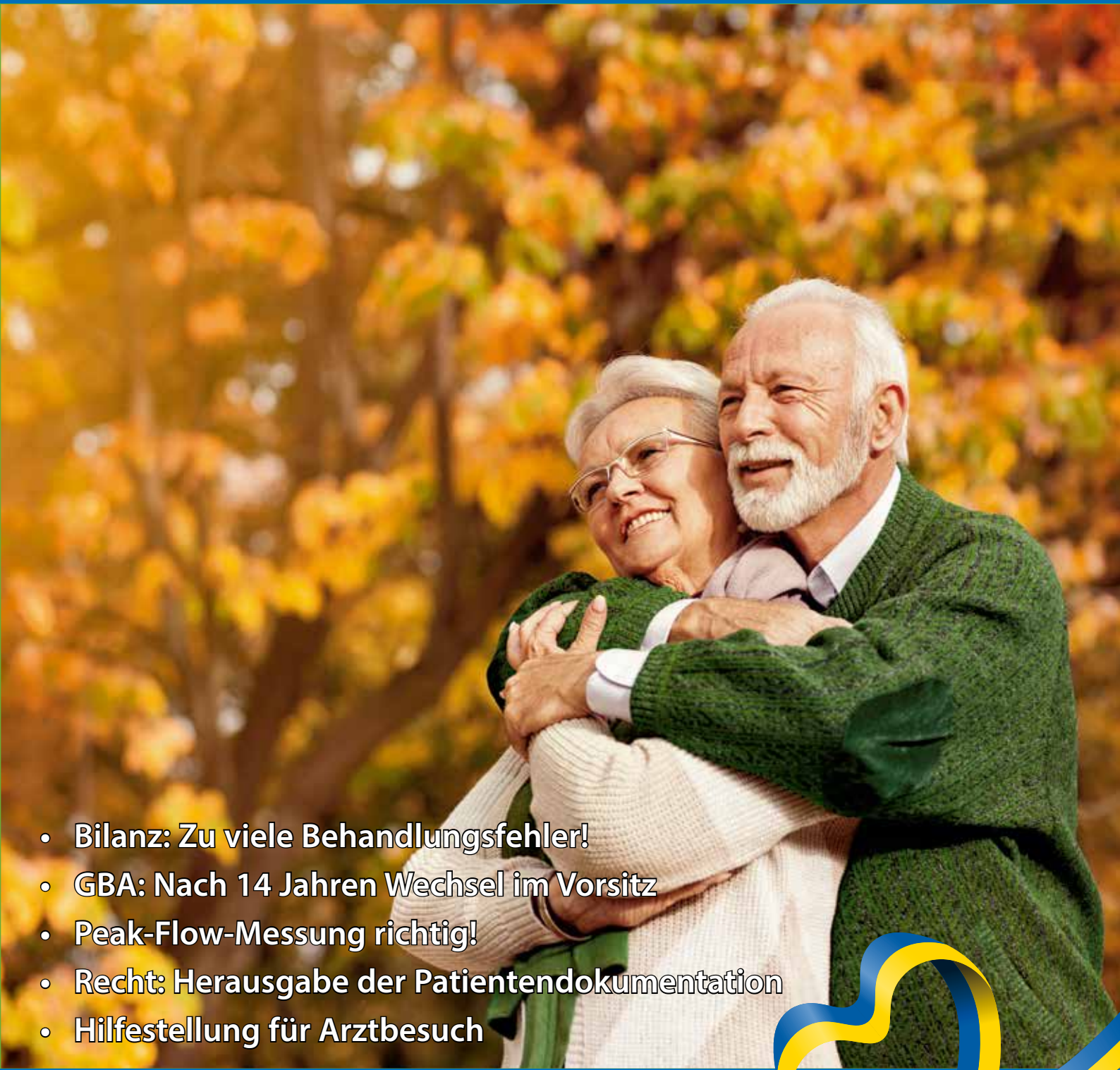


Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht

- 
- Bilanz: Zu viele Behandlungsfehler!
 - GBA: Nach 14 Jahren Wechsel im Vorsitz
 - Peak-Flow-Messung richtig!
 - Recht: Herausgabe der Patientendokumentation
 - Hilfestellung für Arztbesuch

Offizielles Organ von:

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

Inhalt

Aktuelles

- 4 COPD zeigt sich früher, als die Lungenfunktion es verrät
- 6 Fast 3.100 bestätigte Behandlungsfehler 2025
- 8 E-Zigaretten erhöhen das Risiko für COPD
- 9 Tumoreiweiß lässt Muskeln und Fett schwinden
- 10 Wenn Rheuma die Lunge angreift
- 12 Dr. Sonja Optendrenk führt den GBA
- 14 Wer abnimmt, sollte seine Muskeln im Blick behalten
- 16 Der Body-Mass-Index allein verrät zu wenig
- 18 Welt-Sepsis-Tag: KI zur Früherkennung
- 20 Alkohol, Tabak, Opioide: mehr Atemaussetzer
- 21 Immuntherapie gegen die Lungenfibrose

Selbsthilfe

- 22 Richtig messen mit dem Peak-Flow-Meter
- 24 Hilfestellung für den Arztbesuch
- 26 Mein Merkzettel für das Arztgespräch
- 27 Was ich einnehme – meine Medikamentenliste
- 28 Die Herausgabe der Patientendokumentation
- 30 Fleischlose Ernährung senkt das Krebsrisiko
- 31 Inkontinenzversorgung muss keine Kostenfalle sein



Zu Ihrer Information

- 32 Schimmelpilzgifte überstehen Kochen und Backen
- 34 Wenn die Schilddrüse die Augen krank macht
- 36 Unbehandelte Schlafapnoe erhöht das Parkinson-Risiko
- 37 Projekt für saubere Luft in der Industrie
- 38 Kinder und Jugendliche greifen häufiger zur E-Zigarette
- 40 Rauchen schadet auch dem Gehirn
- 41 Der Weg zur ersten „Parkinson-Impfung“

In eigener Sache

- 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

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

sicher kennen Sie das alte Sprichwort „Aus einer Mücke einen Elefanten machen“. Neuer ist der Gebrauch des Bildes von einem „Elefanten (unsichtbar) im Raum“. Jetzt gab es aber in Deutschland (!) die Schlagzeile: „Die Suche nach der infizierten Mücke“. Auslöser waren zwei Todesfälle bei sechs an Malaria infizierten Mitarbeitern des Frankfurter Flughafens. Schon früher gab es in Deutschland Fälle von „Airport-Malaria“. Besorgniserregend aber ist, dass jetzt auch fünf Kilometer vom Flughafen entfernt bei zwei nicht am Flughafen Arbeitenden Malariaerkrankungen festgestellt wurden. Sie waren auch keine Rückkehrer von einer Fernreise. Inzwischen ist einer der Betroffenen ebenfalls verstorben. Als Ursache wird das Einschleppen von Anopheles-Mücken durch den Flugverkehr nach Hessen angesehen. Der jetzt zurückliegende extrem heiße Sommer ermöglicht es wahrscheinlich auch eingeschleppten Mücken aus den Tropen, in unseren Breitengraden im Freien zumindest kurzfristig überleben zu können. Hier kommt der Klimawandel ins Spiel. Hinzu kommt, dass es auch bei uns acht heimische Anopheles-Mückenarten gibt, die mögliche Wirte dieses Krankheitserregers werden könnten. Die im Blut der Infizierten nachgewiesenen Plasmodien (Malariaerreger) werden jetzt in einem Tropenlabor in Belgien auf ihren „genetischen Fingerabdruck“ untersucht. Fieberschübe oder Schüttelfrost, manchmal auch Kopfschmerzen und Magen-Darm-Beschwerden können Anzeichen einer Infektion mit Malaria sein. So weit zu auch bei uns möglichen neuen Gesundheitsgefährdungen.

Leider hat das Robert Koch-Institut (RKI), in der Corona-Pandemie sehr bekannt geworden, gerade berichtet, dass 81 % aller Erwachsenen in Deutschland nur eine geringe Gesundheitskompetenz haben. Wahrscheinlich denkt auch nicht jeder Arzt bei den genannten Symptomen früh auch an eine Malaria. Die festgestellte geringe Gesundheitskompetenz bedeutet leider aber oft ein ungünstiges Gesundheitsverhalten und dann später folgend häufig einen höheren Versorgungsbedarf in unserem Gesundheitssystem. So kommt es bei glücklicherweise allgemein steigender Lebenserwartung

zu mehr Lebensjahren mit Erkrankungen. Im Jahr 2023 waren dies fast 12 Lebensjahre. Die größtenteils chronischen Erkrankungen hängen bei noch ungenügender Vorbeugung oft mit Risikofaktoren wie hohen Blutzuckerwerten mit Typ-2-Diabetes, deutlichem Übergewicht, Rauchen, Alkoholkonsum, Fehlernährung und Bewegungsmangel zusammen. Gesundes Leben sollte in der Familie, über die Schule bis zum Arbeitsleben vermittelt, selbstverständlich, ja sogar belohnt werden.

Im vergangenen Jahr wurden in unserem Gesundheitssystem nach dem Bundesamt für Statistik 597,5 Milliarden Euro ausgegeben. Der Anteil der gesetzlichen Krankenversicherung daran lag im Jahr zuvor bei rund 301 Milliarden Euro. Über die Verwendung dieser Riesensumme entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), dessen neue Leitung wir in dieser „Luftpost“ vorstellen. Letztlich wird in unserem Gesundheitssystem bei ständig steigender Tendenz so viel Geld ausgegeben wie im gesamten Bundeshaushalt 2026. Dies zeigt, dass bei aller vorhandenen Kompetenz und Qualität, aber auch der zunehmenden oft berechtigten Kritik, Reformen in diesem Riesensystem mit Millionen Beschäftigten bei der Krankenversicherung, Pflegeversicherung und den Krankenhäusern unvermeidlich sind. Die Finanzkommission Gesundheit listet in ihrem Bericht hierzu 66 Maßnahmen auf. Ihre Umsetzung wird für den neuen Gesundheitsminister Carsten Linnemann und die Koalition zur Bewährungsprobe.

Ich hoffe, die Herbstausgabe der „Luftpost“ bringt Ihnen wieder eine Reihe von Tipps, Informationen und Hilfen für ein möglichst gesundes Leben mit langem Atem. Damit Sie weiterhin zur Gruppe der 19 % aller Deutschen mit hoher Gesundheitskompetenz gehören!

Mit luftigen Grüßen

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



Freiburger Studie zur frühen Phase der COPD:

COPD zeigt sich früher, als die Lungenfunktion es verrät



Foto: AdobeStock / Graphicroyalty

Husten, Auswurf und Atemnot können erste Zeichen einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) sein. Bei einer COPD sind die Atemwege dauerhaft verengt, Betroffene bekommen schlechter Luft; wichtigster Risikofaktor ist langjähriges Rauchen. Die CHRONOS-Studie der Klinik für Pneumologie am Universitätsklinikum Freiburg gibt erstmals Hinweise darauf, dass sich behandlungsrelevante Veränderungen der Lunge bereits erkennen lassen, bevor eine klassische Lungenfunktionsprüfung die für die COPD typische Verengung der Atemwege nachweist. Die Ergebnisse deuten zudem darauf hin, dass eine Behandlung zum Inhalieren bei einem Teil der Betroffenen schon in dieser frühen Phase wirksam sein könnte.

Beschwerden trotz unauffälliger Lungenfunktionsprüfung

An der CHRONOS-Studie nahmen 73 Menschen teil, die über längere Zeit Tabakrauch ausgesetzt waren und unter Beschwerden wie Husten, Auswurf oder Atemnot litten. Als Vergleich dienten 74 Gesunde. Bei den Teilnehmern mit langjähriger Tabakrauchbelastung und entsprechenden Beschwerden fanden die Forscher mit einer empfindlichen Atemmessung bereits Funktionsstörungen in den kleinen Atemwegen zu den Lungenbläschen (Alveolen).

Diese fein verzweigten Atemwege transportieren die Luft bis zu den Alveolen, in denen der Sauerstoff aus der Einatemluft in die kleinen Blutgefäße übertritt. Die Messung untersuchte, ob sich der eingeatmete Sauerstoff in der Lunge gleichmäßig verteilte. So werden Veränderungen erkannt, die bei den üblichen Lungenfunktionsprüfungen noch oft unentdeckt bleiben.

„Unsere Ergebnisse könnten den Blick auf die frühe Phase der COPD verändern. Bislang beginnt die Diagnose meist dort, wo die klassische Lungenfunktionsprüfung eine Verengung der Atemwege zeigt. Wir sehen nun, dass beginnende Veränderungen schon früher nachweisbar sein können – und dass bereits zu diesem Zeitpunkt eine gezielte Behandlung sinnvoll ansetzen kann“, sagt Prof. Dr. Daiana Stolz, Ärztliche Direktorin der Klinik für Pneumologie am Universitätsklinikum Freiburg.

Drei Wirkstoffe in einem Spray

Vor diesem Hintergrund untersuchte das Forschungsteam, ob eine sogenannte inhalative Dreifachtherapie bereits in dieser frühen Erkrankungsphase wirken kann. Die Behandlung kombiniert drei Wirkstoffe: einen entzündungshemmenden und zwei, die die Atemwege erweitern. Nach zwölf Wochen verbesserten sich bei den behandelten Teilnehmern sowohl die Messwerte der Lungenfunktion als auch die Krankheitsbeschwerden.

Was die Ergebnisse noch nicht zeigen

„Unsere Ergebnisse sprechen dafür, frühe Veränderungen der Lunge stärker in den Blick zu nehmen. Sie zeigen aber noch nicht, dass alle Patienten mit Beschwerden und unauffälliger klassischer Lungenfunktionsprüfung von einer entsprechenden Behandlung profitieren. Größere Studien müssen nun klären, für wen eine Therapie bereits vor der klassischen COPD-Diagnose sinnvoll sein kann“, so Frau Prof. Stolz.

Quelle: Pressemitteilung des Universitätsklinikums Freiburg vom 1. September 2026

Zur Infektsaison im Herbst

DIE ATEMWEGSERKRANKUNG MIT DEN DREI BUCHSTABEN – RSV

ANZEIGE

Foto: gettyimages.de – VioletaStolmenova

Warum der Schutz vor RSV im Alter so wichtig ist

Jutta B. (66) wusste kaum etwas über die Atemwegserkrankung RSV, bis eine Infektion sie schwer belastete. Ihre Erfahrung zeigt eindrücklich, dass RSV mehr als eine gewöhnliche Erkältung sein kann. Doch Vorsorge gegen das Virus ist möglich.

Warum kann RSV mehr als eine gewöhnliche Erkältung sein?

2025 erlebte Jutta B. aus München selbst, wie ernst eine RSV-Erkrankung sein kann. Atemnot war nur eines ihrer belastenden Symptome.

Schwere Verläufe sind bei älteren Personen, besonders mit Vorerkrankungen, nicht untypisch. Die Folge einer RSV-Infektion kann eine schwere Lungenentzündung mit Krankenhausaufenthalt sein. Bestehende Vorerkrankungen können sich zudem durch RSV verschlechtern. Eine RSV-Erkrankung kann nicht nur die Lunge betreffen, sondern weiteren Organen wie dem Herz langfristig schaden. Daher ist Vorsorge wichtig.



Ich habe durchweg geröchelt und gehustet. Ich habe mit mir gehadert und mich gefragt: Rufe ich jetzt einen Notarzt?

Asthmatikerin Jutta B. (66) aus München über die akute Phase ihrer RSV-Erkrankung

Wer hat ein erhöhtes Risiko für eine schwere RSV-Erkrankung?

Ältere Personen ab circa 60 Jahren haben ein höheres Risiko, schwer an RSV zu erkranken – vor allem wenn Vorerkrankungen bestehen. Viele Menschen sind sich dessen nicht bewusst, wie auch Jutta B.: „Ich wusste nicht, dass das Virus auch bei älteren Menschen auftreten kann.“

Wer sollte sich gegen RSV impfen lassen?

Zum Schutz vor schweren RSV-Erkrankungen empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) die RSV-Impfung für alle Personen ab 60 Jahren, die mit einer schweren Vorerkrankung wie Asthma, COPD, einer Herz-Kreislauf-Erkrankung oder Diabetes mellitus (mit Komplikationen) oder in einer Pflegeeinrichtung leben, und allen Personen ab 75 Jahren.

Umfassende Informationen zur Vorsorge gibt es auf www.rsv-schutz.de.



www.rsv-schutz.de

Fragen für Ihr nächstes Arztgespräch



Foto: gettyimages.de – FatCamera

Ältere Menschen sollten mit ihrem Arzt über das individuelle RSV-Risiko und die Schutzmöglichkeiten sprechen. Dabei können folgende Fragen helfen:

1. Ist RSV ein Risiko für mich?
2. Wie kann sich RSV auf meine Vorerkrankungen auswirken?
3. Kommt eine Impfung gegen RSV für mich infrage?

GSK

NP-DE-AVU-ADVR-260016; 08/2026

Jahresstatistik des Medizinischen Dienstes (MD):

Fast 3.100 bestätigte Behandlungsfehler 2025 in Deutschland – davon 97 tödlich



Foto: AdobeStock/Kornstock

Der Medizinische Dienst (MD) hat seine Jahresstatistik zur Behandlungsfehler-Begutachtung für 2025 vorgelegt. Bundesweit erstellten die Gutachter 11.735 fachärztliche Stellungnahmen zu vermuteten Fehlern. In jedem vierten Fall bestätigte sich der Verdacht: 3.098 Mal lag ein Behandlungsfehler mit einem gesundheitlichen Schaden vor. In 97 Fällen war der Fehler die Ursache des Todes oder trug wesentlich dazu bei. Die tatsächliche Zahl dürfte höher liegen, denn begutachtet wird nur, was auch gemeldet wird.

Jeder vierte Verdacht bestätigt sich

In 2.700 der 11.735 begutachteten Vorfälle war der Fehler ursächlich für den Schaden – das sind 23 Prozent aller erhobenen Vorwürfe. Zwei Drittel der Vorwürfe bezogen sich auf stationäre Behandlungen, vor allem im Krankenhaus, ein Drittel auf den ambulanten Bereich.

Fast 30 Prozent aller Vorwürfe entfielen auf die Orthopädie und Unfallchirurgie (3.476 Fälle). Es folgten Innere Medizin und Allgemeinmedizin (1.246 Fälle), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (1.099), Zahnmedizin (1.043), Allgemein- und Bauchchirurgie (961) sowie die

Pflege (776). Alle übrigen Fachgebiete lagen deutlich darunter.

Fehler, die nie passieren dürfen

150 Vorfälle stuften die Gutachter als besonders schwerwiegend ein – im Jahr zuvor waren es 134. In Fachkreisen heißen solche Ereignisse „Never Events“, Fehler also, die unter keinen Umständen passieren dürfen. Dazu zählen:

- schwere Fehler bei der Arzneimittelgabe (z. B. falsche Arzneimittel oder Dosierungen),
- im Körper vergessenes Operationsmaterial oder
- die Verwechslung von Patienten, Körperteilen oder -seiten.

„Fehler bei chirurgischen Eingriffen sind für Patienten in der Regel leichter zu erkennen als zum Beispiel Fehler bei den Medikamenten“, so Dr. med. Christine Adolph, Leitende Ärztin und stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bayern.

Vermeidbare Schäden kosten Milliarden

Wissenschaftliche Untersuchungen gehen von 350.000 bis 700.000 vermeidbaren Schadensereig-

nissen pro Jahr in Deutschland aus. Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) schätzt, dass rund 15 Prozent der Kosten in der stationären Behandlung auf die Folgen solcher Vorkommnisse zurückgehen. Übertragen auf die deutschen Krankenhausaussgaben wären dies etwa 16,7 Milliarden Euro pro Jahr in Deutschland.

„Wir müssen darüber sprechen, wie viele Ressourcen durch vermeidbare Schäden gebunden werden“, fordert Dr. med. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund. „Mehr Patientensicherheit ist auch eine Frage der Wirtschaftlichkeit.“

Was der Medizinische Dienst fordert

Die Begutachter verlangen ein *verpflichtendes, anonymes Meldesystem für schwere Schadensereignisse*, das die Meldenden nicht bestraft. Hinzu kommen sollen eine gesetzliche *Pflicht der behandelnden Ärzte, ihre Patienten unverzüglich über einen vermuteten Behandlungsfehler zu informieren*, sowie systematische Maßnahmen zur Fehlervermeidung in Kliniken und Praxen.

Was Betroffene tun können

Wer einen Behandlungsfehler vermutet, wendet sich an seine gesetzliche Krankenkasse. Sie beauftragt den Medizinischen Dienst mit der Begutachtung. Für die Versicherten ist das kostenfrei. Ein *Infoblatt für Versicherte und Antworten* auf häufige Fragen zur Begutachtung stehen unter www.md-bund.de zum Herunterladen bereit.

Der Medizinische Dienst ist eine ursprünglich von den Krankenkassen gemeinsam eingerichtete Beratungs- und Begutachtungsorganisation. Seit einigen Jahren ist er auf Bundes- und Länderebene als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert.



Quelle:

Pressemitteilung des Medizinischen Dienstes Bund (MD) vom 20. August 2026

Jahresstatistik:

Behandlungsfehler-Begutachtung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste, Jahresstatistik 2025, www.md-bund.de



Medizinischer Dienst
Bund



Medizinischer
Dienst

Begutachtung des Medizinischen Dienstes bei vermuteten Behandlungsfehlern

Was Versicherte wissen sollten

Was ist ein Behandlungsfehler?

Wenn eine ärztliche, zahnärztliche, pflegerische oder sonstige medizinische Behandlung nicht angemessen, sorgfältig, richtig oder zeitgerecht durchgeführt wird, handelt es sich um einen Behandlungsfehler. Dies kann unter anderem bedeuten:

- Eine Behandlung entspricht nicht den medizinischen Standards.
- Eine gebotene medizinische Maßnahme wird unterlassen.
- Eine Diagnose wird trotz eindeutiger Hinweise nicht gestellt.
- Es fehlt eine Aufklärung über Verhaltensweisen, die bei einer Therapie zu beachten sind.

Was können Sie bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler tun?

Wenn Sie einen Behandlungsfehler vermuten und Schadenersatzansprüche geltend machen wollen, sind Ihre Krankenkasse und Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt wichtige Ansprechpersonen. Die Krankenkasse ist gesetzlich verpflichtet, ihre Versicherten im Falle eines Behandlungsfehlerverdachts zu unterstützen (§ 66 SGB V). Um einen Vorwurf zu klären, beauftragt die Krankenkasse in der Regel den Medizinischen Dienst. Der Medizinische Dienst prüft mit einem Sachverständigengutachten, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und zu einem Schaden geführt hat.

Was benötigt der Medizinische Dienst für ein Gutachten?

- **Erläuterung zur Entbindung von der Schweigepflicht**
Ihre Behandlung unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Deshalb müssen Sie Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht entbinden, damit die Krankenkasse notwendige Dokumente und Informationen anfordern kann. Mustervordrucke erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.
- **Ihre Behandlungsunterlagen**
Dazu zählen zum Beispiel Arztbriefe, Operations- und Pflegeberichte, Bildaufnahmen (Röntgen, CT, MRT), Laborwerte, die Karteikarte, die Ihre Ärztin oder Ihr Arzt angefertigt hat, oder ein Ausdruck aus dem Praxiscomputer. Sie haben das Recht, alle Unterlagen, die Ihre Behandlung betreffen, einzusehen.
- **Gedächtnisprotokoll**
Das Gedächtnisprotokoll sollte den zeitlichen Ablauf des medizinischen Geschehens zusammenfassen: Was? Wann? Wo? (siehe Checkliste).

Oktober 2025 – Herausgegeben vom Medizinischen Dienst Bund



Medizinischer Dienst
Bund



Medizinischer
Dienst

Checkliste für ein Gedächtnisprotokoll

- Welche Beschwerden oder Behinderungen sind für Sie Folge eines Fehlers bei Ihrer Behandlung? Mussten Sie länger oder zusätzlich behandelt werden?
- Können Sie den Behandlungsverlauf beschreiben, in dem aus Ihrer Sicht der Fehler aufgetreten ist? Wie war die zeitliche Abfolge? Wo fand die Behandlung statt?
- Wer hat Sie behandelt? Bitte listen Sie möglichst alle Beteiligten in diesem Zusammenhang auf.
- Kann jemand Ihre Vermutung bestätigen (Angehörige, Zimmernachbarn, Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, andere Personen)?
- Sind Sie zuvor in einem Aufklärungsgespräch darüber informiert worden, dass der Schaden, den Sie erlitten haben, auftreten kann?
- Haben Sie mit der Person, die Sie behandelt hat, über den Schaden gesprochen? Was hat Sie Ihnen erklärt?

Wie geht der Medizinische Dienst vor?

Der Medizinische Dienst erstellt das Gutachten auf der Grundlage Ihrer Behandlungsunterlagen und Ihres Gedächtnisprotokolls. Um zu klären, ob bei Ihrer Behandlung ein Fehler aufgetreten ist, rekonstruieren die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes zunächst das Behandlungsgeschehen anhand dieser Dokumente. Anschließend gleichen sie diesen Verlauf mit den medizinischen Standards ab, die zum Zeitpunkt der Behandlung galten. Dabei ziehen die Gutachter medizinische Leitlinien und die einschlägige wissenschaftliche Fachliteratur zu Rate und beurteilen, ob Sie sorgfältig behandelt worden sind.

Wer bekommt das Gutachten?

Versicherte erhalten das Gutachten des Medizinischen Dienstes. Sollte ein Behandlungsfehler bestätigt worden sein, kann sich der Versicherte mit der Krankenkasse über das weitere Vorgehen beraten und ggf. Schadenersatzansprüche geltend machen.

Was kostet das Gutachten?

Für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten ist das Gutachten des Medizinischen Dienstes kostenfrei.



Oktober 2025 – Herausgegeben vom Medizinischen Dienst Bund

Das Infoblatt „Was Versicherte wissen sollten“ steht unter www.md-bund.de zum Herunterladen bereit. Abbildung: Medizinischer Dienst Bund

Zusammenfassende Auswertung (Metaanalyse) von 17 Studien:

E-Zigaretten erhöhen das Risiko für eine COPD!



Nutzer von E-Zigaretten erkranken häufiger an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Das ist das Ergebnis einer zusammenfassenden wissenschaftlichen Auswertung von 17 Studien aus Indien mit zusammen über 1.000 Untersuchungen. Der Zusammenhang zeigte sich sowohl bei aktuellen als auch bei ehemaligen Nutzern. Trotz ihrer wachsenden Beliebtheit als vermeintlich harmlose Alternative zum Rauchen können E-Zigaretten den Atemwegen demnach nachhaltig schaden.

Was untersucht wurde

Die COPD ist ein großes weltweites Gesundheitsproblem und wird in erster Linie mit dem Rauchen von Tabak in Verbindung gebracht. Welche Rolle E-Zigaretten bei der Entstehung einer COPD spielen, war bislang nicht eindeutig geklärt. Die Forscher durchsuchten deshalb drei medizinische Datenbanken nach geeigneten Beobachtungsstudien und werteten sie gemeinsam aus.

Deutlich erhöhtes Risiko – auch nach dem Aufhören

Die Nutzung von E-Zigaretten ging mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit für das Entstehen einer COPD einher als bei Menschen ohne E-Zigarettengebrauch. Für aktuelle Nutzer lag das Risiko um 48 Prozent

höher als in den Vergleichsgruppen. Für ehemalige Nutzer war es um 84 Prozent und für Dauernutzer um 79 Prozent erhöht. Berechnungen bestätigten, dass diese Ergebnisse zuverlässig sind.

Die Autoren folgern, dass die Nutzung von E-Zigaretten mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer COPD verbunden ist. Öffentliche Gesundheitsmaßnahmen sollten verstärkt über mögliche Lungenschädigungen und zu einem Rauchstopp aufklären.

Quelle: DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom vom 12. Juni 2026

Originalpublikation:

Shabil M, Malvi A et al.: Association of electronic cigarette use and risk of COPD: a systematic review and meta-analysis. *NPJ Prim Care Respir Med* 2025; 35(1): 31

Auszehrung bei Lungen- und Darmkrebs:

Ein Tumoreiweiß lässt Muskeln und Fett schwinden



Foto: AdobeStock / amazing studio

Viele Krebskranke verlieren im Verlauf ihrer Erkrankung stark an Gewicht. Das liegt nicht allein daran, dass sie weniger essen: Tumoren können den Abbau von Muskel- und Fettgewebe aktiv in Gang setzen. Diese Auszehrung – Fachleute nennen sie Kachexie – schwächt die Betroffenen zusätzlich, sie sprechen oft schlechter auf ihre Behandlung an und haben eine geringere Lebensqualität. Ein Medikament dagegen gibt es bislang nicht. Forscher aus München und Heidelberg haben nun einen bisher unbekannten Mechanismus gefunden, der die Auszehrung antreibt – und damit einen möglichen Angriffspunkt für künftige Therapien.

Ein Eiweißstoff aus dem Tumor

Im Mittelpunkt steht ein Eiweißstoff mit der Bezeichnung ADAMTSL4, den Tumorzellen abgeben. „Wir wollten besser verstehen, welche Signale aus dem Tumor heraus den Abbau von Muskel- und Fettgewebe auslösen“, erklärt Dr. Mauricio Berriel Diaz, Forschungsgruppenleiter am Helmholtz-Institut für Diabetes und Krebs, München.

In mehreren Tiermodellen fanden die Forscher erhöhte Werte dieses Eiweißstoffes im Blut. Auch bei Patienten mit Lungen- und Darmkrebs gingen höhere Werte mit stärkerem Gewichtsverlust und ausgeprägterer Auszehrung einher. Schalteten die Wissenschaftler die Produktion in Tumorzellen ab, verloren die Tiere deutlich weniger Muskel- und Fettmasse.

Wie der Abbau in Gang kommt

Der Eiweißstoff baut das Gewebe nicht selbst ab, sondern greift in einen bekannten Signalweg ein: Er setzt auf der Oberfläche der Muskelzellen einen Botenstoff für den Zell- und Gewebeumbau frei, der zuvor in einer ruhenden Form vorlag. Dieser bringt Signalwege in Gang, die in den Muskelzellen den Abbau von Eiweiß und in den Fettzellen den Abbau von Fett verstärken.

Für die Medikamentensuche ist das eine gute Nachricht. Den Botenstoff selbst zu blockieren, ist schwierig, weil er im ganzen Körper viele wichtige Aufgaben erfüllt. „Statt den Botenstoff selbst im gesamten Körper zu blockieren, könnten wir künftig versuchen, einen vorgeschalteten Tumorfaktor gezielt zu hemmen“, so Prof. Stephan Herzig, Direktor des Instituts für Diabetes und Krebs.

Nicht bei allen Betroffenen derselbe Weg

Berriel Diaz betonte dazu, dass die Auszehrung bei Krebs kein einheitlicher Vorgang ist: „Nicht bei allen Patienten dürfte die Blutkonzentration dieses vorgeschalteten Tumorfaktors gleichermaßen erhöht sein; auch Appetitregulation, Entzündungsprozesse und weitere Tumorfaktoren können eine Rolle spielen.“ Denkbar wäre, anhand der Blutwerte gezielt die Betroffenen zu erkennen, denen eine solche Behandlung hilft.

Quelle: Pressemitteilung von Helmholtz München vom 1. September 2026; Originalpublikation: Machado et al., Cancer Discovery 2026

Neue Behandlungsleitlinie:

Wenn Rheuma die Lunge angreift

Rheumatoide Arthritis früh behandeln und eng steuern



Foto: AdobeStock / onephoto

Für die Behandlung der entzündlichen Gelenkerkrankung (Rheumatoide Arthritis) gibt es eine neue wissenschaftliche Leitlinie. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie (DGRh) hat sie unter Beteiligung mehrerer Fachgesellschaften erarbeitet; sie löst die Fassung von 2018 ab. Der Grundsatz: Die Behandlung soll unmittelbar nach der gesicherten Diagnose beginnen, mit dem Ziel, die Krankheit dauerhaft zurückzudrängen. Neu geregelt sind vor allem die weiteren Schritte, wenn die erste Behandlung nicht ausreichend wirkt, der nur kurze Einsatz von Kortisonpräparaten und die kontrollierte Verringerung der Therapie, wenn die Krankheit zur Ruhe gekommen ist. Für Menschen mit Atemwegserkrankungen ist ein Kapitel besonders wichtig: Erstmals enthält die Leitlinie eine eigene Empfehlung zur rheumabedingten Erkrankung des Lungengewebes.

Kontrollen alle ein bis drei Monate

„Die neue Leitlinie macht Therapieziele und Entscheidungspunkte im Behandlungsverlauf sehr konkret“, sagte Leitlinienkoordinator Professor Dr. Torsten Witte, Direktor der Klinik für Rheumatologie und Immunologie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Entscheidend sei, die erste Behandlung konsequent zu optimieren und sie bei ausbleibendem Erfolg rechtzeitig anzupassen.

Bei aktiver Erkrankung sollen die Kontrollen alle ein bis drei Monate erfolgen. Zeigt sich nach drei Monaten keine ausreichende Besserung oder ist das Behandlungsziel nach sechs Monaten nicht erreicht, soll der behandelnde Rheumatologe die Therapie ändern. Ist die Krankheit dauerhaft zurückgedrängt – die Fachleute sprechen von einer Remission –, können die Abstände zwischen den Kontrollen länger werden. Lässt sich eine Remission nicht erreichen, wird zumindest eine geringe Krankheitsaktivität angestrebt.

Kortison nur kurz, vollständiges Absetzen nicht empfohlen

„Medikamente wie Biologika und JAK-Inhibitoren, letztere als Alternative, nachdem die individuellen Risiken sorgfältig abgewogen wurden, werden klarer als regelhafter nächster Behandlungsschritt eingeordnet“, erläutert Leitlinienkoordinator Professor Dr. Jan Leipe, Leiter der Sektion Rheumatologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel. Biologika sind gentechnisch hergestellte Eiweißstoffe, die gezielt in das Entzündungsgeschehen eingreifen. Moderne entzündungshemmende Wirkstoffe (JAK-Inhibitoren, Tabletten oder Kapseln) hemmen dabei bestimmte Signalwege in den Zellen.

Kortisonpräparate sollen rasch verringert und in der Regel innerhalb von drei Monaten abgesetzt werden.

Danach kann bei anhaltender Remission auch die krankheitsmodifizierende Therapie schrittweise zurückgefahren werden. Ein vollständiges Absetzen empfiehlt die Leitlinie jedoch nicht.

Wenn das Rheuma die Lunge angreift

Erstmals widmet sich die Leitlinie eigens der krankhaften Vernarbung des Lungengewebes, einer rheumabedingten Lungenerkrankung des Zwischengewebes, die bei einer rheumatoiden Arthritis auftreten kann. Vor allem bei fortschreitendem Verlauf sollen sich Rheumatologie und Lungenheilkunde über die Diagnostik, die Behandlung und die Verlaufskontrollen eng abstimmen.

„Die Leitlinie verbindet wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse mit klaren, praxistauglichen Behandlungspfaden“, sagte Professor Dr. Ulf Wagner, Präsident der medizinischen Fachgesellschaft DGRh und Leiter des Bereichs Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig. „Sie stärkt eine zielgerichtete, sichere und patientenorientierte Versorgung – von der frühen Behandlung bis zur sorgfältig abgewogenen Therapieanpassung im Verlauf der Erkrankung.“

Über 800.000 Betroffene in Deutschland

Die rheumatoide Arthritis ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung. Sie kann die Gelenke dauerhaft schädigen und die Lebensqualität und die Teilhabe am täglichen Leben erheblich einschränken. In Deutschland leben mehr als 800.000 Erwachsene mit dieser Diagnose. Frauen sind drei Mal häufiger als Männer betroffen. Rauchen erhöht dabei das Erkrankungsrisiko. Insgesamt sind etwa 1,8 Millionen Erwachsene in Deutschland von einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung betroffen.

An der Leitlinie beteiligt waren Fachgesellschaften aus Immunologie, Altersmedizin (Geriatric), Innerer Medizin sowie Pharmakologie. Die Deutsche Rheuma-Liga brachte dabei die Erfahrungen der Patienten ein. Grundlage waren eine systematische Auswertung der Fachliteratur, eine strukturierte Bewertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und ein förmliches Abstimmungsverfahren.

Die Leitlinie steht auf dem Portal der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zum Nachlesen bereit: register.awmf.org/de/leitlinien/detail/060-004

Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie (DGRh) vom 26. August 2026



Schlaftherapie

prisma SMART max

ohne
Schaum-
stoff



Aktion
ab
639€*

Sefam Néa Auto+

AirSense 11 AutoSet



Sekretolyse

ComfortCough II

Vibrationsmodus unterstützt die Mobilisation und Entfernung von Bronchialsekret und kann den PCF-Wert verbessern. Optional mit HFCWO (High Frequency Chest Wall Oscillation)



exklusiv
Optional mit
HFCWO-
Gurt



Sauerstofftherapie

Mobile
Geräte

Inogen Rove 4

Gewicht ab 1,3 kg



Aktion
ab
1.890€*

Eclipse 5

Mit 3 lt. Dauerflow

MQ50

Mit gratis Finger-
pulsoxymeter



Aktion
615 €*

Stationäre
Geräte

Ifill

Zu Hause
eigenständig
Flaschen
füllen

Preisänderungen / Druckfehler vorbehalten - Abb. können abweichen *solange der Vorrat reicht

Neue Spitze im obersten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung:

Dr. Sonja Optendrenk führt den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA)



Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat seit Anfang Juli eine neue unparteiische Vorsitzende: Dr. rer. pol. Sonja Optendrenk. Sie folgt auf Prof. Josef Hecken, der den GBA aus persönlichen Gründen in der laufenden Amtsperiode verlässt. Der GBA legt fest, welche Untersuchungen und Behandlungen die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen; seine Beschlüsse betreffen damit jeden gesetzlich Versicherten. Zusammen mit Karin Maag und Dr. med. Bernhard van Treeck bildet die neue Vorsitzende das Trio der unparteiischen, hauptamtlichen und stimmberechtigten Mitglieder. Die Amtszeit aller drei endet am 30. Juni 2030; eine erneute Berufung ist möglich.

„Ich freue mich sehr auf die neue Aufgabe“

„Ich freue mich sehr auf die neue Aufgabe. Aktuell laufen bereits einige Gesetzgebungsverfahren, die sich unmittelbar auf die Arbeit des GBA auswirken werden. Alle haben einen Anspruch darauf, dass wir schnell, transparent und evidenzbasiert arbeiten: von der Versicherungsgemeinschaft über Medizinproduktehersteller, Wissenschaft, Fachgesellschaften bis hin zur Pharmaindustrie. Als GBA leisten wir alle gemeinsam, der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) sowie *mitberatend* auch die *Patientenvertretung*, unseren Beitrag, die Gesundheitsversor-

gung zukunftsfest zu machen. Insofern ist der Vorsitz des obersten Gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung für mich eine sehr positiv bewertete Verpflichtung. Den Herausforderungen des Amtes der unparteiischen Vorsitzenden des GBA stelle ich mich sehr gerne“, sagte Dr. Sonja Optendrenk zum Amtsantritt.

Als unparteiische Vorsitzende vertritt sie den GBA gerichtlich und außergerichtlich, leitet die Sitzungen des Plenums und bereitet sie gemeinsam mit den beiden weiteren unparteiischen Mitgliedern vor. Sie sorgt außerdem dafür, dass der GBA die gesetzlich vorgegebenen Fristen einhält.

Die neue Vorsitzende

Dr. Sonja Optendrenk, Jahrgang 1972, ist Diplom-Volkswirtin. Sie studierte Volkswirtschaftslehre in Trier und wurde dort berufsbegleitend über Reformen am Apothekenmarkt promoviert. Von 2002 bis 2005 war sie Referentin für Arzneimittelversorgung im Bundesministerium für Gesundheit, anschließend bis 2015 im Bundeskanzleramt, dort ab 2010 als Leiterin des Referats Gesundheitspolitik und von 2015 bis 2018 als Leiterin der Gruppe Infrastrukturpolitik und Nachhaltigkeit. Danach folgten Leitungsaufgaben im Bundesgesundheitsministerium – zuletzt für den Bereich Prävention –, bevor sie von 2024 bis 2026 Staatssekretärin im Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege war. Neben dem



Karin Maag, im Amt seit Juli 2021

GBA-Vorsitz führt sie auch den Vorsitz im Innovationsausschuss beim GBA.

Die beiden weiteren unparteiischen Mitglieder

Karin Maag, Jahrgang 1962, ist Juristin und seit Juli 2021 unparteiisches Mitglied des GBA. Sie war zunächst Rechtsanwältin, von 1991 bis 2003 Justiziarin der Landeshauptstadt Stuttgart und anschließend dort Stadtdirektorin und Leiterin des Oberbürgermeisterbüros. Nach zwei Jahren als Ministerialdirigentin im Landtag von Baden-Württemberg saß sie von 2009 bis 2021 im Deutschen Bundestag, ab 2017 als gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.

Dr. med. Bernhard van Treeck, Jahrgang 1964, ist seit Juli 2024 unparteiisches Mitglied des GBA. Er ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und führt die Zusatzbezeichnungen Ärztliches Qualitätsmanagement, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen und Naturheilverfahren. Von 1999 bis 2024 arbeitete er für die Medizinischen Dienste, zuletzt als Leitender Arzt beim Medizinischen Dienst Nord und von 2021 bis 2024 als Sprecher der Leitenden Ärzte der Medizinischen Dienste. Daneben hatte er Lehraufträge in Hamburg, Köln und Aachen.

Wer welche Unterausschüsse leitet

Einen Tag nach dem Amtsantritt hat der GBA entschieden, welches unparteiische Mitglied bis zum Ende der laufenden Amtszeit im Jahr 2030 den Vorsitz in den derzeit zehn Unterausschüssen übernimmt. Dr. Sonja Optendrenk leitet die Unterausschüsse Arzneimittel, Bedarfsplanung und Zahnärztliche Behandlung. Karin Maag verantwortet wie bisher die Unterausschüsse Qualitätssicherung, Ambulante spezialfachärztliche Versorgung und Disease-Management-Programme sowie den zeitlich befristeten Unterausschuss Post-COVID und Erkrankungen mit ähnlicher Symptomatik. Dr. med. Bernhard van Treeck leitet weiterhin die Unterausschüs-



Dr. Bernhard van Treeck, im Amt seit Juli 2024

se Methodenbewertung, Psychotherapie und psychiatrische Versorgung sowie Veranlasste Leistungen.

Die Unterausschüsse bereiten die Entscheidungen des Plenums vor. Neben der unparteiischen Vorsitzenden gehören ihnen sechs vom GKV-Spitzenverband benannte Mitglieder und insgesamt sechs Mitglieder der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer an – der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Patientenvertreter nehmen mitberatend an den Sitzungen teil. Die Vorsitzenden tragen die Prozessverantwortung für die Themen, die in ihrem Unterausschuss bearbeitet werden.

Wie der GBA besetzt wird

Das Beschlussgremium des GBA, das Plenum, hat 13 stimmberechtigte Mitglieder. Zehn davon vertreten ehrenamtlich die gesetzlichen Krankenkassen sowie die vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären Leistungserbringer. Die drei übrigen vertreten keine dieser Seiten – deshalb nennt sie der Gesetzgeber unparteiische Mitglieder. Sie arbeiten hauptamtlich für den GBA.

Wie sie berufen werden, regelt das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (§ 91 Abs. 2 SGB V): Die Trägerorganisationen des GBA einigen sich auf personelle Vorschläge und legen diese dem Bundesministerium für Gesundheit vor. Das Ministerium leitet die Vorschläge an den Gesundheitsausschuss des Bundestages weiter, der widersprechen kann, wenn er die Unabhängigkeit oder die Unparteilichkeit der vorgeschlagenen Person nicht gewährleistet sieht.

Quellen: Pressemitteilung des GBA vom 1. Juli 2026; Meldung des GBA vom 2. Juli 2026; Lebensläufe der unparteiischen Mitglieder auf www.g-ba.de

Abnehmspritze wird zur Tablette:

Wer abnimmt, sollte seine Muskeln im Blick behalten



Foto: AdobeStock / weyo

Der Wirkstoff Semaglutid zur Gewichtsabnahme ist in Deutschland seit Anfang September erstmals auch als Tablette verfügbar. Der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) nimmt das zum Anlass, die medikamentöse Gewichtsbehandlung einzuordnen: Solche Medikamente können beim Abnehmen unterstützen, ersetzen aber richtige Ernährung, aktive Bewegung und eine individuelle Beratung nicht. Denn bei stärkerem Gewichtsverlust kann neben Körperfett auch Muskulatur abgebaut werden. Dies betrifft z. B. Menschen mit Typ-2-Diabetes. Eine Auswertung wissenschaftlicher Studien beziffert die Häufigkeit eines krankhaften Muskelschwunds bei rund 18 Prozent der Untersuchten. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft und die Deutsche Adipositas-Gesellschaft weisen zugleich darauf hin, dass die Strukturen für eine geordnete Behandlung vielerorts noch fehlen.

Wie die Medikamente wirken

Medikamente wie Semaglutid ahmen die Wirkung des körpereigenen Darmhormons (Glucagon-like Peptide-1, GLP-1) nach und beeinflussen unter anderem Hunger- und Sättigungsgefühl. Zur Gewichtsregulation bei einer klinischen Fettleibigkeit (Adipositas) ist Semaglutid für Erwachsene mit einem Body-Mass-Index (BMI) ab 30 zugelassen. Bei einem BMI von 27 bis unter 30 kann die Behandlung in Frage kommen, wenn mindestens eine gewichtsbezogene Begleiterkrankung vorliegt, wie Typ-2-Diabetes, Bluthochdruck oder eine Fettstoffwechselstörung. Eine mögliche Therapie ist ausdrücklich als Ergänzung zu kalorienreduzierter Ernährung und mehr körperlicher Aktivität vorgesehen.

„GLP-1-Medikamente können eine Gewichtsabnahme wirksam unterstützen. Sie können aber nicht sicherstellen, dass der Körper ausreichend Eiweiß und Nährstoffe bekommt oder dass die Muskulatur regelmäßig gefordert wird“, sagte Theresia Schoppe, stellvertretende Vorsitzende des VDBD, Diabetesberaterin am Diabetes Zentrum Bad Mergentheim. „Genau diese Punkte müssen beachtet werden.“

Muskeln sind mehr als Kraftreserve

Menschen mit Typ-2-Diabetes sind häufiger von einem krankhaften Verlust von Muskelmasse und Muskelkraft betroffen als Menschen ohne Diabetes. Das kann dazu führen, dass Treppensteigen, Aufstehen oder längere Wege schwerer fallen. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko hierzu zusätzlich.

Muskeln sorgen jedoch nicht nur für Kraft und Stabilität. Sie sind auch stoffwechselaktiv, tragen zum Energieverbrauch bei und spielen eine Rolle, ein reduziertes Gewicht längerfristig zu halten. „Eine erfolgreiche Gewichtsabnahme bedeutet deshalb nicht nur, Körperfett zu reduzieren“, betont Dr. Kerstin Bayer-Pörsch, Diabetesberaterin aus Pohlheim. „Wir sollten gleichzeitig darauf achten, Muskelkraft und körperliche Leistungsfähigkeit zu erhalten.“

Bei stärkerer Gewichtsabnahme verliert der Körper nicht nur Fett

Untersuchungen zu den Wirkstoffen Semaglutid und Tirzepatid zeigen auch einen Rückgang der „fettfreien oder mageren Masse“. Diese umfasst neben Muskeln auch Wasser und Organewebe. Ein Rückgang bedeutet deshalb nicht automatisch, dass ein krankhafter Verlust von Muskelmasse und dadurch Muskelkraft entstanden ist. Ebenso ist bislang nicht belegt, dass die Medikamente

dies regelhaft verursachen. Der größere Teil des verlorenen Gewichts besteht aus Fettmasse.

Besondere Aufmerksamkeit brauchen Menschen allerdings, die bereits wenig Muskelkraft haben, sich kaum bewegen, älter sind oder aufgrund von Übelkeit und Appetitlosigkeit nur noch wenig essen. „Entscheidend ist, was die Muskulatur im Alltag leisten kann und muss“, sagt Schoppe. „Wer zunehmend Probleme beim Aufstehen, Gehen oder Treppensteigen bemerkt, sollte das in der Arztpraxis ansprechen. Der Erhalt der Muskulatur gehört von Anfang an mit in den Therapieplan.“

Ohne Beratung geht es nicht

Eine aktuelle wissenschaftliche Bewertung (Cochrane) zeigte für Semaglutid eine Gewichtsabnahme von im Mittel knapp elf Prozent nach sechs bis 17 Monaten. In einer großen Studie hierzu erhielten die Teilnehmer neben dem Medikament jedoch auch regelmäßige Beratung, reduzierten ihre Energiezufuhr und sollten sich mehr bewegen. Daten aus dem Alltag außerhalb klinischer Studien zeigten, dass der Behandlungserfolg entscheidend von der Therapietreue abhing. Bei nicht mehr Anwendung kam es wieder zu einer Gewichtszunahme.

„Aus unserer Beratungspraxis kennen wir Patientinnen und Patienten, bei denen sich nach einem Jahr Behandlung mit diesen Medikamenten nicht der gewünschte Erfolg zeigte. Das sehen wir bei etwa jedem fünften Patienten“, sagte Bayer-Pörsch. „Dann sollte nicht einfach unverändert weiterbehandelt werden. Gemeinsam muss geprüft werden, woran es liegt und wie eine weitere Behandlung erfolgen soll. Eine enge Betreuung der Betroffenen ist unerlässlich.“

Ein Adipositas-Behandlungsprogramm ist beschlossen – und wird nicht umgesetzt

Etwa jeder vierte Mensch in Deutschland ist stark übergewichtig. Für die Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG) und die Deutsche Adipositas-Gesellschaft e. V. (DAG) ist die jetzt verfügbare Tablette vor allem ein Anlass, auf Lücken in der Versorgung hinzuweisen: Das strukturierte Behandlungsprogramm für Fettleibigkeit (Adipositas) – ein sogenanntes Disease-Management-Programm – ist seit Mitte 2024 beschlossen, wird aber bislang in keinem Bundesland angeboten. Es fehlen die erforderlichen Verträge zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen.

„Ob Spritze oder Tablette: Medikamente gegen Adipositas sind keine Wundermittel zur Gewichtsoptimierung. Sie sind Bausteine für die Behandlung einer chronischen Erkran-

kung“, so Frau Professor Dr. Julia Szendrödi, Präsidentin der DDG und Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Heidelberg. Sie gehören in ein Gesamtkonzept aus Ernährungsberatung, aktiver Bewegung und Verhaltenstherapie und erfordern eine kontinuierliche ärztliche Betreuung.

Die Kostenübernahme als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen ist derzeit noch nicht gesichert. Der sogenannte Lifestyle-Paragraph im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) schließt Arzneimittel als Kassenleistung aus, wenn nicht die Behandlung einer Krankheit im Vordergrund steht. Beide Fachgesellschaften halten dagegen, dass Adipositas eine chronische Erkrankung mit schweren Folgen ist, wie oft ein Diabetes Typ 2, schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder eine obstruktive Schlafapnoe. Sie fordern daher, ihre Verordnung als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen unter klar festgelegten medizinischen Bedingungen aufzunehmen.

Es gilt: Auch wirksame Medikamente ersetzen nicht einen gesunden persönlichen Lebensstil zur selbstverantwortlichen Vorbeugung vor Erkrankungen.

Fünf Punkte, auf die Betroffene achten sollten

- Ausgangslage klären: Vor Therapiebeginn sollten Ernährung, Bewegung und mögliche Risiken für Muskelverlust berücksichtigt werden. Das gilt besonders für ältere Menschen und für Personen mit bereits eingeschränkter Muskelkraft.
- Ernährung mitdenken: Für eine Gewichtsabnahme braucht es zuerst eine geringere Energiezufuhr. Gleichzeitig sollte die Ernährung genügend Eiweiß und Nährstoffe liefern, damit Muskeln möglichst erhalten bleiben.
- Muskeln regelmäßig fordern: Gezieltes Krafttraining kann dazu beitragen, Muskelmasse und Muskelkraft während der Gewichtsabnahme zu erhalten.
- Auf Veränderungen im Alltag achten: Zunehmende Schwierigkeiten beim Aufstehen, Gehen oder Treppensteigen können auf einen Verlust an Muskelkraft hinweisen und sollten angesprochen werden.
- Wirkung und Verträglichkeit überprüfen: Bleibt der gewünschte Erfolg aus oder treten anhaltende Beschwerden (Nebenwirkungen) auf, sollten Behandlung, Ernährung und Bewegung gemeinsam mit dem therapeutischen Team überprüft werden.

Quellen: Pressemitteilungen des VDBD, der DDG und der DAG vom 28. August 2026; Informationen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zu den Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme)

Wichtige Auszeichnungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM):

Der Body-Mass-Index allein verrät zu wenig über Risiken für Folgeerkrankungen



Foto: AdobeStock / Vadym Huzhva

Zwei Arbeiten zum Stoffwechsel sind beim 132. Internistenkongress 2026 in Wiesbaden ausgezeichnet worden. Den Theodor-Frerichs-Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) erhielt PD Dr. Rima Chakaroun vom Universitätsklinikum Leipzig für eine Untersuchung, die zeigt, wie wenig der Body-Mass-Index über das tatsächliche Erkrankungsrisiko verrät. Den Präventionspreis bekam Dr. Arvid Sandforth von der Charité – Universitätsmedizin Berlin: Er konnte belegen, dass sich die Vorstufe des Typ-2-Diabetes auch ohne Gewichtsabnahme zurückbilden kann. Beide Arbeiten rütteln an Kennzahlen, die in der Vorsorge seit Jahrzehnten als gesetzt gelten.

Warum der Body-Mass-Index nicht genügt

Der *Body-Mass-Index (BMI)* setzt das Körpergewicht ins Verhältnis zur Körpergröße und dient seit Jahrzehnten als einfacher Maßstab. Ab einem Wert über 30 spricht man von *Fettleibigkeit (Adipositas)*. Die Kennzahl

unterscheidet allerdings weder zwischen Muskel- und Fettmasse, noch berücksichtigt sie, wo sich das Fett im Körper ansammelt. Gerade die *Fettverteilung* – vor allem das *Fett im Bauchraum* und um die Organe – entscheidet aber mit darüber, wie hoch das Risiko für Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist. „Auch wenn zwei Menschen einen ähnlichen BMI haben, können sie ein sehr unterschiedliches Stoffwechselprofil aufweisen – und damit auch ein sehr unterschiedliches Risiko für Erkrankungen wie Diabetes oder Fettleber“, erklärt Chakaroun. „Diese Unterschiede besser zu verstehen und messbar zu machen, war das Ziel unserer Forschungen.“

Ein neuer Blick auf den Stoffwechsel

Grundlage der ausgezeichneten Arbeit, die im Fachjournal *Nature Medicine* erschienen ist, war die Auswertung zweier schwedischer Bevölkerungsstudien mit fast 1.900 Teilnehmern. Das Forschungsteam untersuchte Stoffwechselprodukte im Blut, erbli-

che Faktoren, die Zusammensetzung der Darmflora (Mikrobiom) und die Verteilung des Körperfetts in der Computertomografie. Daraus entstand ein *stoffwechselbezogener BMI* (metBMI), der sich aus 66 Schlüsselsubstanzen des Blutes errechnet – darunter Aminosäuren, Fettsäuren und Stoffwechselprodukte aus der Nahrung. Er bildet den Stoffwechselzustand eines Menschen genauer ab als der klassische BMI.

Verborgene Risiken werden sichtbar

Menschen mit erhöhtem metBMI hatten ein deutlich höheres Risiko für Stoffwechselstörungen wie Insulinresistenz, Fettleber oder Typ-2-Diabetes – auch dann, wenn ihr klassischer BMI unauffällig war. Schätzungsweise 10 bis 20 Prozent der nach dem BMI normalgewichtigen Personen zeigen solche Anzeichen, die ohne aufwendige Untersuchungen unentdeckt bleiben. „Wenn wir verstehen wollen, warum manche Menschen trotz Übergewicht metabolisch relativ gesund bleiben und andere frühzeitig schwer erkranken, müssen wir tiefer in die biologischen Mechanismen schauen“, sagt Chakaroun.

Die Darmflora spielt mit

Die Studie zeigt zudem, wie eng Fettgewebe, Stoffwechsel und Darmflora zusammenhängen: Wer einen hohen metBMI hatte, wies eine deutlich geringere Vielfalt an Darmbakterien auf. *Viele der erfassten Blutwerte werden von Darmbakterien beeinflusst* oder überhaupt erst gebildet. Bemerkenswert ist, dass erbliche Risikofaktoren den metBMI kaum erklären: Er wird viel stärker von *Lebensstil und Umwelt* geprägt, bei Frauen stärker durch die Ernährung als bei Männern. Genau das macht ihn für die Vorsorge interessant, denn diese Faktoren lassen sich beeinflussen.

Vorstufe des Diabetes bildet sich auch ohne Gewichtsverlust zurück

Den *Präventionspreis der DGIM* und der Deutschen Stiftung Innere Medizin (DSIM) erhielt Dr. Arvid Sandforth von der Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Ausgezeichnet wurde seine ebenfalls in *Nature Medicine* veröffentlichte *Arbeit zur Vorstufe des Typ-2-Diabetes (Prädiabetes)*. Bislang steht in der Vorbeugung vor allem die Gewichtsabnahme im Mittelpunkt.

Die am Tübinger Institut für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen entstandene Untersuchung zeigt: Eine gestörte Blutzuckerregulation kann sich auch ohne Gewichtsabnahme wieder normalisieren – über eine bessere Empfindlichkeit für Insulin



Preisträgerin PD Dr. Rima Chakaroun

und eine erholte Funktion der insulinbildenden Betazellen. Diese Wege unterscheiden sich von denen, die bei einer Gewichtsabnahme greifen. Die Befunde ließen sich in einer großen US-amerikanischen Studie zur Diabetesvorbeugung bestätigen.

Besonders bedeutsam: *Wer die Rückbildung erreichte, erkrankte in der Folge über 70 Prozent seltener an Diabetes* – unabhängig davon, ob er abgenommen hatte. „Unsere Ergebnisse zeigen, dass eine Rückkehr zu einer normalen Glukoseregulation bereits im Prädiabetes ein eigenständiges therapeutisches Ziel sein kann – auch unabhängig von Gewichtsverlust“, sagt Sandforth.

Eine Gewichtsabnahme bleibt trotzdem ein wichtiger Teil der Vorbeugung: Sie erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Rückbildung deutlich und hat viele weitere günstige Wirkungen auf die Gesundheit. Die Arbeit zeigte aber, dass auch andere Stoffwechselwege zu einer Normalisierung beitragen können.

„Diese ausgezeichnete Arbeit leistet einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der frühen Stoffwechselveränderungen vor der Erkrankung an Diabetes“, sagte Professor Dr. Georg Ertl. „Sie zeigte eindrucksvoll, wie wichtig Vorbeugung und frühzeitiges Handeln in der Inneren Medizin sind.“

Quelle: Pressemitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) vom 20.04.2026

Originalpublikationen:

Chakaroun, R. M. et al.: *Multi-omic definition of metabolic obesity through adipose tissue-microbiome interactions*. *Nat Med* 32, 113–125 (2026);

Sandforth, A. et al.: *Prevention of type 2 diabetes through prediabetes remission without weight loss*. *Nat Med* 31, 3330–3340 (2025).

Einsatz von KI zur Früherkennung einer Blutvergiftung:

Welt-Sepsis-Tag: Viele Todesfälle wären vermeidbar



Eine Sepsis, umgangssprachlich auch Blutvergiftung genannt, ist eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland; nur Herz-Kreislauf- und Krebstodesfälle sind häufiger. Dennoch wird die Erkrankung unterschätzt. Auf Seiten der Betroffenen, aber auch auf ärztlicher und pflegerischer Seite fehle oft das Bewusstsein dafür, wie sich eine Sepsis ankündigt und wie schnell sie zu kritischen Zuständen führen kann, mahnt die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH). Die DGCH setzt auf die Unterstützung durch Künstliche Intelligenz (KI), um mehr Todesfälle künftig zu vermeiden.

Erste KI-Anwendungen werden bereits erfolgreich in der Sepsis-Früherkennung eingesetzt, betont die Fachgesellschaft anlässlich des Welt-Sepsis-Tages am 13. September 2026.

Beinahe jeder fünfte Todesfall in Deutschland hängt mit einer Sepsis zusammen, wie die Auswertung von Sterblichkeitszahlen kürzlich ergeben hat. Damit steht Deutschland im internationalen Vergleich nicht gut da – in Ländern wie Norwegen, der Schweiz oder Dänemark haben Betroffene deutlich bessere Chancen, eine Sepsis zu überleben.

Zu einer Sepsis kommt es, wenn Krankheitserreger oder ihre Stoffwechselprodukte in großer Menge in den Blutstrom

gelangen. Meist handelt es sich dabei um Bakterien, aber auch Viren, Pilze oder Parasiten können eine Sepsis auslösen. Zum Problem wird letztlich eine überschießende Reaktion des Immunsystems, in deren Folge es zu einem lebensbedrohlichen Kreislaufzusammenbruch mit Versagen mehrerer Organe kommen kann. „Der Laie verbindet eine solche außer Kontrolle geratene Infektion meist mit äußeren Verletzungen wie verunreinigten Wunden“, sagt DGCH-Präsident Professor Dr. med. Jens Werner. „Viel häufiger sind aber Blutvergiftungen, die sich aus inneren Erkrankungen wie einer Lungenentzündung oder einem einfachen Harnwegsinfekt entwickeln.“

Anfängliche Symptome werden leicht übersehen

Unter anderem deshalb, aber auch weil die Anzeichen einer Sepsis zunächst eher untypisch sind, wird sie von Betroffenen leicht übersehen. Anfängliche Beschwerden wie Fieber, Schüttelfrost und eine starke Abgeschlagenheit können schließlich auch bei unproblematischen Infekten auftreten. „Symptome wie Benommenheit, Verwirrung, Herzklopfen und Atemnot sollten aber definitiv als Warnsignale ernst genommen werden“, betonte der DGCH-Präsident. Eine sich entwickelnde Sepsis sei immer ein Notfall, bei dem jede Minute zählt, um ein völliges Kreislaufversagen und bleibende Schäden abzuwenden. Doch selbst im Krankenhaus gelingt die Früherkennung nicht zuverlässig, und lebensnotwendige Therapien wie eine sofortige Antibiotika-Gabe, die Identifizierung und

Beseitigung des Infektionsherdes sowie die Unterstützung des Kreislaufs durch Infusionen erfolgen oft erst zu spät. „Diese Gefahr ist lange bekannt, eine Trendwende ist bislang jedoch leider ausgeblieben“, konstatiert Werner. Das ändere sich nun möglicherweise – denn der Bereich biete sich für den Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) geradezu an. „Letztlich geht es hier um Mustererkennung, eine Fähigkeit, in der die KI dem Menschen überlegen ist“, sagte Prof. Werner.

Verschiedene KI-Anwendungen sind schon in der Erprobung

Derzeit werden in vielen Kliniken im In- und Ausland KI-Tools erprobt, die *sepsis-typische „Muster“ in Patientendaten* wie Körpertemperatur, Blutwerten und der bisherigen Krankengeschichte aufspüren. Pilotstudien hierzu gibt es etwa in Wien und – mit einer in den USA bereits zugelassenen KI – in mehreren US-Krankenhäusern. In Deutschland hat beispielsweise das Universitätsklinikum Leipzig das AMPEL-Projekt ins Leben gerufen, dessen KI das Sepsis-Risiko automatisch anhand des kleinen Blutbildes berechnet, das in der Regel für jede Klinikpatientin und Klinikpatienten vorliegt. Die AMPEL-KI schätzte das Sepsis-Risiko in 80 bis 84 Prozent der Fälle richtig ein, zusammen mit dem Sepsis-Marker Procalcitonin lag die Vorhersagegenauigkeit sogar bei fast 86 Prozent.

Einen anderen Weg gehen Forschende des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) Heidelberg, die – ganz *unblutig und in Sekundenschnelle* – mit einer *speziellen Kamera* das Abstrahlungsspektrum der Haut auch jenseits des sichtbaren Lichtes erfassen. Damit kann die *Durchblutung der kleinsten Blutgefäße in der Haut* sichtbar gemacht werden, die sich bereits in einem sehr frühen Sepsis-Stadium verändert. Eine entsprechend geschulte KI erkannte anhand dieser Aufnahmen immerhin 80 Prozent der Sepsis-Fälle. Kombiniert mit weiteren klinischen Daten ließ sich dieser Wert auf 94 Prozent steigern.

Sepsis ohne Schock: Aktuelle Leitlinie empfiehlt erste Diagnostik innerhalb von drei Stunden

Als besonders wertvoll dürften sich langfristig Systeme erweisen, die auf ohnehin vorliegende elektronische Daten zugreifen, permanent im Hintergrund laufen und ungefragt Alarm schlagen. „Damit wird das Problem umgangen, dass eine Sepsis viel zu selten überhaupt in Betracht gezogen wird“, betonte Werner. Ein erfolgreicher KI-Einsatz könnte auch mehr Zeit verschaffen, um bei einer beginnenden Sepsis *den kurzen Zeitraum von drei Stunden* für eine erste Diagnostik zu nutzen, wie die aktuelle S3-Leitlinie zur Sepsis nun empfiehlt. „Bei einer Sepsis ohne Schock sollen unter anderem rasch

angesetzte Blutkulturen oder entsprechende Bildgebung eine gezieltere Therapie ermöglichen und unnötige Antibiotikagaben vermeiden helfen“, so der DGCH-Präsident. Nur wenn die Sepsis immer als Möglichkeit mitgedacht werde – sei es durch Menschen oder eine KI – ließen sich viele Todesfälle und bleibende Schäden vermeiden.

Quellen:

Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH) vom 07.09.2026 zum Welt-Sepsis-Tag am 13. September 2026

Schnellere Sepsis-Diagnose durch hyperspektrale Bildgebung und Künstliche Intelligenz. Pressemitteilung des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ), www.dkfz.de/aktuelles/pressemitteilungen/detail/schnellere-sepsis-diagnose-durch-hyperspektrale-bildgebung-und-kuenstliche-intelligenz

S3-Leitlinie „Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge“, AWMF-Register-Nr. 079-001, Stand Juli 2025, register.awmf.org



Zusammenfassende Auswertung (Metaanalyse) von 28 Studien:

Alkohol, Tabak und Opioide erhöhen das Risiko für nächtliche Atemaussetzer



Alkohol, Tabak, Cannabis, Opioide und Kokain beeinflussen – je nach Substanz – auf unterschiedliche Weise die Atmung während des Schlafs. Das ergab die Auswertung von 28 Studien (Metaanalyse). Für die Diagnose und die Behandlung der Schlafapnoe – der nächtlichen Atemaussetzer – kann das eine wichtige Rolle spielen. Schlafapnoe und ein problematischer Substanzgebrauch können sich gegenseitig nachteilig beeinflussen; frühere Untersuchungen hatten gezeigt, dass eine obstruktive Schlafapnoe bei Menschen mit entsprechendem Substanzgebrauch besonders häufig auftritt.

Was ausgewertet wurde

Die Wissenschaftler durchsuchten eine medizinische Datenbank und fanden insgesamt 28 Studien für ihre Auswertung. Untersucht wurde, wie sich die aufgeführten und besonders häufig genutzten Substanzen auf die Zahl der nächtlichen Atemaussetzer und der stark verflachten Atemzüge je Stunde Schlaf auswirkten. Verglichen wurden Menschen mit entsprechendem Substanzgebrauch mit Personen ohne diesen.

Alkohol wirkt anders als Opioide

Bei Menschen, die Alkohol tranken, war die Anzahl nächtlicher Atemaussetzer höher. Bei Konsumenten von Opoiden fand sich häufiger eine zentrale Schlafapnoe –

eine Form, bei der die Steuerung des Atemantriebs im Gehirn zeitweise aussetzt. Bei Rauchern war die Anzahl der nächtlichen Atemaussetzer ebenfalls erhöht.

Der Einfluss von Alkohol auf die Schlafapnoe erscheint je nach Geschlecht unterschiedlich stark auszufallen. Sowohl Alter als auch Geschlecht beeinflussten die Zahl der nächtlichen Atemaussetzer unter dem Gebrauch von Opoiden. Zu Kokain fand sich keine Studie mit einer Vergleichsgruppe ohne Kokaingebrauch und zu Cannabis nur eine.

Was das für Betroffene bedeutet

Verschiedene Substanzen greifen demnach auf unterschiedliche Weise in die Atmung während des Schlafs ein. Die Autoren betonen, wie wichtig dieses Wissen für die Diagnose und die Behandlung der Schlafapnoe ist – auch im Hinblick darauf, wie gut eine Therapie anschlägt.

Quelle: DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom vom 8. Juli 2026

Originalpublikation: Mauries S, Rolland B et al.: Sleep apnea and substance use: a meta-analysis. Sleep Med Rev 2026; 85: 102228

Rheuma und Lunge:

Immuntherapie gegen die Lungenfibrose



Lungenfibrosen zählen zu den schwersten Komplikationen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen wie der systemischen Sklerose oder der rheumatoiden Arthritis. Ein internationales Forschungsteam unter Leitung des Rheumatologen Dr. Wolfgang Merkt vom Universitätsklinikum Heidelberg hat nun einen neuen Ansatz gefunden: Körpereigene Abwehrzellen, die natürlichen Killerzellen, werden dabei so aktiviert, dass sie krankhaft veränderte Bindegewebszellen in der Lunge gezielt beseitigen. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie (DGRh) bewertet die Ergebnisse als wichtigen Impuls für die Forschung.

Zellen, die sich der Abwehr entziehen

Im Mittelpunkt der Studie stehen dauerhaft geschädigte Bindegewebszellen (seneszente Fibroblasten), die sich in vernarbtem Lungengewebe ansammeln. Sie halten die Entzündung in Gang und treiben die Vernarbung des Organs voran. Zugleich entziehen sie sich der natürlichen Abwehr des Körpers.

Die Forscher konnten zeigen, dass diese Zellen eine Art Immunbremse betätigen: Über das Molekül HLA-E blockieren sie die natürlichen Killerzellen, die geschädigte Zellen sonst erkennen und beseitigen. Mit dem Antikörper Monalizumab ließ sich diese Blockade in Versuchsmodellen aufheben – die Abwehrzellen wurden wieder aktiv und zerstörten die geschädigten Zellen gezielt.

„Unsere Ergebnisse zeigen, dass sich die natürliche Fähigkeit der Lunge zur Regeneration möglicherweise wiederherstellen lässt, wenn es gelingt, seneszente Fibrosezellen immunologisch zu entfernen“, sagt Studienleiter Merkt.

Ein Wirkstoff, den es schon gibt

Die Arbeit verbindet moderne Einzelzell- und Gewebeanalysen mit Untersuchungen an menschlichen Gewebeproben und an Versuchsmodellen. Besonders wichtig für die Praxis: Der eingesetzte Antikörper Monalizumab wird bereits in der Krebsmedizin klinisch geprüft. Der Weg zu klinischen Studien bei vernarbenden Lungenerkrankungen könnte sich dadurch verkürzen.

Die Forscher sehen vor allem Möglichkeiten für Patienten mit einer Lungenbeteiligung im Rahmen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen. Gerade bei der systemischen Sklerose ist die Lungenfibrose eine der häufigsten Todesursachen.

„Die Studie ermöglicht möglicherweise ein neuartiges Therapieprinzip bei fibrotischen Lungenerkrankungen rheumatischer Patientinnen und Patienten“, sagt Professor Dr. Ulf Wagner, Präsident der DGRh. „Bemerkenswert ist vor allem der innovative immunologische Ansatz: Die krankheitsfördernden Zellen werden gezielt durch das Immunsystem beseitigt.“

Noch handelt es sich um Grundlagenforschung. Die Ergebnisse liefern aber Hinweise darauf, dass sich Vernarbungsprozesse mit den Mitteln des Immunsystems künftig nicht nur aufhalten, sondern teilweise zurückdrängen lassen.

Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh) vom 19.05.2026

Originalpublikation: Merkt W et al.: Natural killer cell immunotherapy reverses lung fibrosis by eliminating senescent fibroblasts. Sci Transl Med 18, eadq5442 (2026).

Selbstkontrolle bei Asthma und COPD:

Richtig messen mit dem Peak-Flow-Meter



Das Peak-Flow-Meter ist ein einfaches Messgerät, mit dem man als Patient den Verlauf der eigenen Atemwegserkrankung und die Wirkung der Behandlung selbst kontrollieren kann. Ein sich verändernder Peak-Flow-Wert kann ein Hinweis darauf sein, dass die medikamentöse Therapie angepasst werden muss. Deshalb sollten die Werte täglich bestimmt und notiert und beim nächsten Arzttermin besprochen werden. Wichtig ist es, immer unter vergleichbaren Bedingungen und zur gleichen Zeit die Messung durchzuführen und immer aufzuschreiben.

Was das Gerät misst

Gemessen wird die maximale Strömungsgeschwindigkeit der Ausatemluft („Spitzenfluss“, englisch Peak Flow) in Litern pro Minute – mit einem vergleichsweise einfachen Gerät. In seinem Inneren befindet sich eine kleine Scheibe, verbunden mit einer Feder und außen eine Skala mit farbigen Markierungen. So lassen sich die Werte nach dem Ampelschema (rot-gelb-grün) überblicken und der aktuelle Zustand der Atemwege feststellen. Neben möglichen *Veränderungen im Krankheitsverlauf* können aber auch *andere Faktoren die Bronchien verengen*, z. B.: eine Medikamentenumstellung, Infekte, Stress, geänderte Ess- und Trinkgewohnheiten, ein Wetterumschwung, Urlaub oder bei bestehenden Allergien eine Reaktion auf z. B. Pollen oder Tierhaare.

Deshalb sollten auch die *Warnsignale* beachtet und notiert werden:

- Atemnot
- Husten – und was ihn auslöst
- Auswurf: Menge, Veränderungen der Konsistenz oder Verfärbungen
- häufigerer Bedarf an Bedarfsspray
- nachlassende Belastbarkeit
- Infekte

Wie wird gemessen?

- Möglichst immer zum gleichen Zeitpunkt messen (morgens, mittags, abends) – bei Warnsignalen auch öfter.
- Immer in der gleichen aufrechten Ausgangsposition messen, am besten im Stehen.
- Den Zeiger auf der Skala zuerst auf null schieben.
- Das Gerät waagrecht halten, tief einatmen und eine kurze Atempause einlegen.
- Das Mundstück mit den Lippen fest umschließen.
- Schnell, kurz und maximal in das Gerät ausatmen.
- Drei Messungen hintereinander durchführen und das höchste Ergebnis notieren.
- Datum und Uhrzeit ebenfalls notieren – und in Absprache mit dem Arzt vermerken, ob vorher ein verordnetes Medikament zur Erweiterung der Atemwege inhaliert wurde.

- Für die Vergleichbarkeit der Werte immer dasselbe Gerät benutzen.
- Das Gerät mindestens einmal pro Woche mit lauwarmem Wasser reinigen und zum Trocknen aufstellen.
- Unterschiedliche Ausgangsstellungen oder keine aufrechte Haltung.
- Der Zeiger wird vor der nächsten Messung nicht auf null gestellt.

Der persönliche Bestwert

Nach einigen Wochen regelmäßigen Messens wird im Arztgespräch der persönliche Bestwert festgelegt; danach werden die farbigen Schieber am Gerät im Rahmen des Aktionsplans eingestellt. Nur dieser Wert gilt – mit dem Gerät gelieferte Tabellen sind für die ärztlich abgestimmte Therapie nicht maßgebend.

Typische Fehler beim Messen

Trotz der Schulung in der Arztpraxis über die Erkrankung, die Behandlungsmöglichkeiten und den Umgang mit dem Peak-Flow-Meter können sich Fehler einschleichen:

- Die Lippen verschließen das Mundstück – ähnlich wie bei einem Trompetenstoß.
- Der Mundschluss ist zu locker, die Lippen liegen vor dem Mundstück.
- Die Wangen werden aufgebläht.
- Ein Finger blockiert den Zeiger.
- Die Luftaustrittslöcher werden zugehalten, sind verschlossen oder verschmutzt.
- Die Ausatmung ist zu schwach oder zu lang.
- Husten während der Messung.
- Das Gerät wird nicht waagrecht gehalten.
- Beim Ausatemstoß entweicht Luft durch die Nase.

Das Ampelsystem

Sind die farbigen Schieber am Gerät eingestellt, gibt der mit dem Arzt vereinbarte Aktionsplan mit seinem Ampelsystem einen Überblick über den Krankheitsverlauf – und darüber, wann und wie zu reagieren ist:

- Grün – 80 bis 100 Prozent des persönlichen Bestwerts: Die Erkrankung ist derzeit gut unter Kontrolle.
- Gelb – 50 bis 80 Prozent des persönlichen Bestwerts: Achtung, jetzt gilt es, wie mit dem Arzt abgesprochen zu reagieren.
- Rot – unter 50 Prozent des persönlichen Bestwerts: Es muss dringend gehandelt werden.

Aktionsplan und persönlicher Bestwert werden immer zwischen dem Betroffenen und dem behandelnden Arzt persönlich abgesprochen. Sie lassen sich nicht von anderen Patienten ableiten. Peak-Flow-Messungen sollen individuell helfen, frühzeitig selbst zu reagieren. Gemeinsam mit dem Praxisteam können so alle Möglichkeiten genutzt werden, um den Verlauf der eigenen Erkrankung zu kontrollieren und auf eventuelle Veränderungen richtig zu reagieren.

Autorin: Michaela Frisch, stellv. Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland e. V.



Der persönliche Bestwert wird am Gerät markiert

Merkzettel, Medikationsübersicht und Tipps fürs Gespräch:

Hilfestellung für den Arztbesuch



Foto: AdobeStock / pucky_ms

Je mehr Sie über Ihre Erkrankung und deren Behandlung wissen, desto besser: Als aufgeklärter Patient können Sie mit Ihrem Arzt über die Therapie sprechen und sie aktiv mitgestalten. Das DeutscheGesundheitsPortal hat dafür drei Hilfen zusammengestellt – Tipps für das Gespräch, einen Merkzettel für Fragen und Notizen und eine Übersicht über alles, was Sie einnehmen. Die beiden Vordrucke finden Sie auf den Seiten 30 und 31.

Vor dem Arztbesuch: bereiten Sie sich vor

Die folgenden Tipps sollen Ihnen helfen, sich auf das Gespräch mit Ihrem Arzt oder Therapeuten vorzubereiten und die knappe Gesprächszeit bestmöglich zu nutzen.

- *Notieren Sie sich Themen und Fragen*, die Sie besprechen möchten – zum Beispiel auf dem Merkzettel. So vergessen Sie nichts Wichtiges; auch scheinbar Nebensächliches kann von Bedeutung sein. Alle Angaben helfen Ihrem Arzt, Sie bestmöglich zu behandeln.
- Nehmen Sie Ihren *aktuellen Medikationsplan* oder die Medikationsübersicht mit. Denken Sie auch an *frei verkäufliche Mittel, Nahrungsergänzungsmittel* und Tees. Notieren Sie *Allergien, Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen* und sprechen Sie Ihren Arzt darauf an.
- Wenn Sie *Beschwerden schildern*: Halten Sie fest, wie sie sich äußern, wann sie angefangen haben und was Ihnen hilft.

- Bringen Sie Ihre *bisherigen Befunde* mit – Laborergebnisse, Röntgen-, Ultraschall- und MRT-Bilder, Entlassungsbriefe. Es kann sinnvoll sein, dafür einen Ordner anzulegen und ihn zu jedem Termin mitzunehmen.
- Denken Sie an die *Krankenversicherungskarte* und an *Ausweise* wie Impf-, Allergie-, Röntgen- oder Patientenpass.
- Nehmen Sie, wenn Sie möchten, eine Vertrauensperson mit. Eine Begleitung hilft, die Erklärungen des Arztes zu verstehen und an alle wichtigen Punkte zu denken.

Während des Gesprächs: erzählen, zuhören, nachfragen

- Erläutern Sie den Grund Ihres Besuchs – nutzen Sie dabei Ihre Notizen.
- Lassen Sie sich die vorgeschlagenen *Untersuchungen und Behandlungen erklären*. Fragen Sie bei besonderen Diagnose- oder Therapieformen nach, ob die *Krankenkasse die Kosten übernimmt* oder ob Sie einen *Antrag stellen* müssen. Sollen Sie selbst zahlen, lassen Sie sich erklären, warum die Kasse nicht aufkommt und welchen *Nutzen die Untersuchung oder Behandlung* hat.
- Bitten Sie um einen *Medikamentenplan*. Lassen Sie sich erklären, wie das Medikament wirkt, wie und wann Sie es einnehmen und was bei der Aufbewahrung zu beachten ist. *Fragen Sie nach Risiken und möglichen Wechselwirkungen*.

- Lesen Sie Aufklärungsbögen in Ruhe durch, fragen Sie gezielt nach Risiken und unterschreiben Sie erst, wenn Sie den Inhalt verstanden haben.
- Hören Sie aufmerksam zu, fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstanden haben, und machen Sie sich Notizen.
- Fassen Sie in eigenen Worten zusammen, was Sie verstanden haben. Dabei merken Sie schnell, wenn noch etwas unklar geblieben ist.

Sätze, die beim Zusammenfassen helfen

- Verstehe ich Sie richtig, dass ...?
- Ist es so, dass ...?
- Es hört sich so an, als hätte ich ...
- Wenn ich Sie richtig verstanden habe, soll ich ...
- Das bedeutet für mich also ...
- Für mich ist besonders wichtig, dass ...

Am Ende des Gesprächs

- Prüfen Sie anhand Ihrer Notizen, ob Sie alle Themen angesprochen haben und alle Fragen beantwortet sind.
- Wissen Sie, wie es weitergeht und was Sie selbst tun sollen? Gibt es etwas, womit Sie die Behandlung unterstützen können? Wann können Sie mit Untersuchungsergebnissen rechnen?
- Kennen Sie alle Vor- und Nachteile der vorgeschlagenen Diagnostik oder Therapie? Falls nicht, fragen Sie noch

einmal nach oder bitten Sie um einen weiteren Termin für die offenen Fragen.

- Wenn Sie mehr wissen möchten: Bitten Sie um Informationsmaterial oder um Adressen, an die Sie sich wenden können.
- Bitten Sie gegebenenfalls um Ihre Befunde, etwa Laborberichte, und heften Sie sie in Ihrem Ordner ab.

Nach dem Arztbesuch

- Achten Sie in der Apotheke mit darauf, dass Sie die richtigen Medikamente erhalten. Sprechen Sie Zweifel und Fragen an.
- Halten Sie sich genau an die Vorgaben zur Einnahme der Medikamente und zur Anwendung verordneter Hilfsmittel, etwa Bandagen.
- Beobachten Sie sich selbst. Melden Sie sich in der Praxis, wenn Ihnen Veränderungen auffallen, Unverträglichkeiten oder Wechselwirkungen auftreten oder Fragen offengeblieben sind.
- Fragen Sie in der Praxis nach, wenn Sie das Ergebnis einer Untersuchung nicht erhalten haben.

Quelle: DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom, „Hilfestellung für den Arztbesuch“, www.deutschesgesundheitsportal.de

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

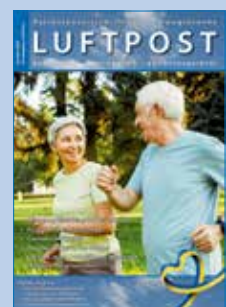
kompetent - verständlich - patientengerecht

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



Zum Kopieren und Mitnehmen:

Mein Merktzettel für das Arztgespräch

Wer vorbereitet in die Sprechstunde geht, nimmt mehr aus dem Gespräch mit. Schreiben Sie vorher auf, was Ihnen zu schaffen macht, was Sie fragen möchten und was Sie einnehmen. Denken Sie auch an Allergien und an Nebenwirkungen, die Ihnen aufgefallen sind.

Was mich beschäftigt

Beschwerden, Veränderungen und meine Ziele für die Behandlung

Das möchte ich fragen

Alles, was mir unklar ist – auch scheinbar Nebensächliches gehört dazu

Darüber möchte ich sprechen

Ein Thema aus dieser Zeitschrift, ein Bericht, eine neue Studie

Meine Notizen aus dem Gespräch am _____

Mit eigenen Worten festhalten – so fällt gleich auf, was noch offen ist

Zum Kopieren und Mitnehmen:

Was ich einnehme – meine Medikamentenliste

Eine vollständige Liste hilft Ihrer Ärztin und Ihrem Arzt, Wechselwirkungen zu erkennen. Tragen Sie deshalb auch ein, was Sie ohne Rezept kaufen oder nur gelegentlich nehmen.

Was ich regelmäßig einnehme

Auch Sprays, Salben und Tropfen sowie Schmerz- und Schlafmittel

Vitamine und Nahrungsergänzung

Zum Beispiel Vitamin D, Kalzium, Magnesium oder Probiotika

Pflanzliche und homöopathische Mittel

Zum Beispiel Heiltees, Globuli oder Schüßler-Salze

Was mir gutgetan hat

Neben Medikamenten auch Bewegung, Atemübungen oder Entspannung

Was ich nicht vertragen habe

Nebenwirkungen, Allergien und Unverträglichkeiten

§ Medizinrecht:

Die Herausgabe der Patientendokumentation – Was ist hierbei zu beachten?



Foto: AdobeStock / fizkes

In den vergangenen Jahren ist die Anzahl der Eingaben von Patientinnen und Patienten, die die Herausgabe der sie betreffenden Patientendokumentation begehren, stetig angestiegen. Berufsrechtlich sind Ärztinnen und Ärzte nach § 10 Abs. 2 Berufsordnung verpflichtet, Patientinnen und Patienten Einsicht in die sie betreffende Patientendokumentation zu gewähren.

Im Rahmen des Behandlungsvertrages besteht auch nach § 630 g Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) grundsätzlich ein unverzügliches Einsichtsrecht in die vollständige Patientenakte. Darüber hinaus ergibt sich aus Art. 15 DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) ein Anspruch der Patientinnen und Patienten auf eine Kopie der Patientendokumentation.

Wer kann Einsicht in die Patientendokumentation verlangen?

Die Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf Einsicht in die sie betreffende Patientendokumentation. Sofern eine Betreuerin oder ein Betreuer bestellt ist, kann diese bzw. dieser im Namen der Patientin oder des Patienten Einsicht in die diese betreffende Patientendokumentation nehmen.

Wer kann Einsicht in die Patientendokumentation verlangen, falls die Patientin oder der Patient verstorben ist?

Zur Wahrnehmung von finanziellen Interessen können die Erbinnen und Erben Einsicht in die entsprechende Patientendokumentation nehmen und sich eine Kopie aushändigen lassen. Bitte beachten Sie, dass die Erbschaft im Zweifel mit einem Erbschein nachgewiesen werden muss.

Pflichtteilsberechtigte sind nicht Erben in diesem Sinne. Darüber können auch die nächsten Angehörigen Einsicht in die entsprechende Patientendokumentation nehmen, sofern sie immaterielle Interessen geltend machen können. Diese Einsichtsmöglichkeiten der Erben und der nächsten Angehörigen sind ausgeschlossen, sofern der ausdrückliche oder der mutmaßliche Wille der verstorbenen Patientin oder des Patienten der Einsichtnahme entgegensteht.

Bitte beachten Sie, dass der mutmaßliche Wille der Patientinnen und Patienten positiv festgestellt werden muss. Sollten Sie keine Anhaltspunkte haben, aus denen sich ein mutmaßlicher Wille ergibt, kann davon ausgegangen werden, dass der hypothetische Wille des Patienten mit dem übereinstimmt, was verständigerweise als der Wille eines vernünftigen Menschen unter den gegebenen Umständen angenommen werden kann. Abschließend können auch Dritte, die weder Erben noch nahe Angehörige sind, einen Anspruch auf Einsichtnahme in die Patientendokumentation von verstorbenen Patientinnen und Patienten haben, sofern die Einsicht-

nahme dem mutmaßlichen Willen der verstorbenen Patientinnen und Patienten entspricht. Auch in diesem Fall muss der mutmaßliche Wille positiv festgestellt werden. Ein Beispiel hierfür sind nach Ansicht der Rechtsprechung Fragen der Testierfähigkeit.

Wer trägt die Kosten für die Einsichtnahme in die Patientendokumentation sowie der Erstellung einer Kopie?

Die *Kostenfrage* für die Kopien der Behandlungsdokumentation hat der Europäische Gerichtshof in seinem Urteil vom 26.10.2023, Az.: C 307/22 entschieden. Danach haben Patientinnen und Patienten aus Art. 15 Abs. 3 DSGVO einen *unentgeltlichen Anspruch auf Erstkopien*.

Dies bedeutet, dass die Kosten der Erstkopie für die Patientinnen und Patienten von den Ärztinnen und Ärzten zu tragen sind. Sollten die Patientinnen und Patienten allerdings weitere Kopien fordern, können die Kosten wie gewohnt geltend gemacht werden.

Mit der Neuregelung von § 630 g Abs. 1 Satz 4 BGB, die am 06.02.2026 in Kraft getreten ist, wird nun ausdrücklich auch im BGB klargestellt, dass die *erste Abschrift der Patientendokumentation unentgeltlich zur Verfügung zu stellen ist*. Zudem sind dem Patienten *auf Verlangen auch elektronische Abschriften* von der Patientenakte zur Verfügung zu stellen.

Die *Kostenfreiheit der Erstkopie* gilt jedoch nur für die *Patientin oder den Patienten bzw. mögliche Betreuer*. Sofern *Dritte*, wie beispielsweise Erben, Angehörige, Versicherungen, Rechtsanwälte etc. eine Kopie der Patientendokumentation verlangen, kann hierfür die Erstattung der Kosten verlangt werden.

Innerhalb welches Zeitraums muss die Einsichtnahme ermöglicht und die Kopien herausgegeben werden?

Zeitlich gesehen muss eine *Einsicht und die Herausgabe von Kopien* nach § 630 g BGB *unverzüglich*, d. h. ohne schuldhaftes Zögern, ermöglicht werden. Konkreter ist in der DSGVO eine *Frist* für die Erledigung von einem *Monat* geregelt worden. Diese kann bei Vorliegen von Gründen auf maximal drei Monate verlängert werden.

Unter welchen Bedingungen kann die Einsichtnahme verweigert werden?

Die *Einsichtnahme kann aufgrund erheblicher therapeutischer Vorbehalte oder erheblicher Rechte Dritter* verweigert werden. Dies muss ggf. im konkreten Einzelfall begründet werden können. Der Anspruch auf Einsicht-

nahme bezieht sich auch auf die gesamte die Patientinnen und Patienten betreffende Patientendokumentation. Eine in früheren Zeiten noch gängige Unterscheidung zwischen rein subjektiven und objektiven ärztlichen Feststellungen in der Dokumentation ist dabei regelmäßig kein Grund mehr für eine Verweigerung. Auch der Hinweis auf Arztbriefen, diesen nicht an die Patientinnen und Patienten weiterzugeben, reicht alleine nicht aus, um eine Weitergabe zu verweigern. Auch in diesen Fällen muss die Verweigerung im Einzelfall therapeutisch begründbar sein.

Was ist sonst noch zu beachten?

Patientinnen und Patienten haben ein *Wahlrecht*, ob *Kopien in Form von Papier oder Datenträgern* (z. B. USB-Stick, CD) herausgegeben werden *oder eine digitale Übermittlung* via Internet/mobiler Netze erfolgen soll. Sichergestellt werden muss immer, dass der richtige (ggfs. der bevollmächtigte) Adressat die Kopien erhält. Eine Übergabe erfordert daher eine *Identitätsprüfung*, insbesondere bei unbekannten Abholern durch Vorlage eines Ausweises nebst Vorlage einer Vollmacht im Original. Wenn Dritte die Anfrage für Patientinnen und Patienten stellen, ist zudem das Erfordernis einer Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht zu prüfen.

Die digitale Übermittlung erfordert eine sichere Verschlüsselung des Transportweges. Die *Übersendung einer E-Mail mit den enthaltenen sensiblen Patientendaten erfordert hierfür eine sogenannte Ende-zu-Ende-Verschlüsselung* mittels einer speziellen Software oder eines zumindest mit Passwort geschützten Dokumentenanhangs mit separater Mitteilung des Passwortes an den Empfänger.

Ärztinnen und Ärzte sollten eine *Herausgabe* von Behandlungsunterlagen bzgl. Anlass, Zeit, Umfang und auch eventueller Besonderheiten, aber auch Gründe einer Verweigerung *sorgfältig dokumentieren*. Eine *unrechtmäßige Verweigerung der Herausgabe* von Behandlungsunterlagen kann *nicht nur berufsrechtliche, sondern insbesondere auch zivilrechtliche Konsequenzen* nach sich ziehen.

Andreas Wolf, Stellv. Justitiar
Daphne Schmitz, Syndikusrechtsanwältin,
Rechtsreferentin
beide: Landesärztekammer Hessen

Quelle: Hessisches Ärzteblatt 6/2026, S. 336–337
Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der
Landesärztekammer Hessen

Fleischlose Ernährung senkt das Krebsrisiko



Mehrere Untersuchungen deuten darauf hin, dass eine vegetarische oder vegane Ernährung das Krebsrisiko senkt. Unklar war bislang, welche Krebsarten sich damit beeinflussen lassen. Ein Forschungsteam aus Großbritannien, Norwegen und Deutschland hat deshalb 17 Studien in einer systematischen Übersichtsarbeit zusammengefasst und gemeinsam ausgewertet.

Warum fleischlose Kost schützen kann

Eine vegetarische Ernährung verzichtet auf Fleisch, Geflügel und Fisch, eine vegane zusätzlich auf Eier, Milch und Milchprodukte. Beide Ernährungsformen können aus mehreren Gründen zu einem geringeren Krebsrisiko beitragen: Sie gehen häufig mit einem niedrigeren Körpergewicht einher, senken das Risiko für einen Typ-2-Diabetes, dämpfen Entzündungsprozesse und wirken sich günstig auf den Hormonhaushalt aus. Wie stark diese Faktoren wirken, kann sich von Krebsart zu Krebsart unterscheiden.

Wie ausgewertet wurde

In die Auswertung gingen Studien mit gesunden Menschen aus der Allgemeinbevölkerung ein, die sich vegetarisch oder vegan ernährten und über längere Zeit beobachtet wurden. Die Autoren berechneten daraus das zusammengefasste relative Risiko für die einzelnen Krebsarten. Für die Bewertung, wie sicher ein Zusammenhang ist, nutzten sie die Kriterien des World Cancer Research Fund.

Was die Auswertung ergab

Ausgewertet wurden 17 Studien, darunter sieben, die ihre Teilnehmer über Jahre begleitet haben. *Für Vegetarier lag das Krebsrisiko insgesamt um 13 Prozent niedriger als für Menschen, die Fleisch essen.* Bei folgenden Krebsarten fand sich ein geringeres Risiko:

- Magenkrebs: um 45 Prozent niedriger
- Dickdarmkrebs: um 21 Prozent niedriger
- Bauchspeicheldrüsenkrebs: um 23 Prozent niedriger
- schwarzer Hautkrebs (Melanom): um 21 Prozent niedriger
- Brustkrebs: um 8 Prozent niedriger, nach den Wechseljahren um 19 Prozent
- Blasenkrebs: um 22 Prozent niedriger
- Lymphdrüsenkrebs (Non-Hodgkin-Lymphom): um 24 Prozent niedriger

Für Veganer lag das Krebsrisiko insgesamt um 23 Prozent niedriger als bei Menschen, die Fleisch essen. Für einzelne Krebsarten deuteten die Ergebnisse auf ein möglicherweise geringeres Risiko für Brust- und Prostatakrebs hin. Für Dick- und Enddarmkrebs ließ sich kein Unterschied sichern. Hier hatte das Körpergewicht Einfluss.

Was das für die Vorbeugung bedeutet

Die Autoren halten einen ursächlichen Zusammenhang einer längeren vegetarischen Ernährung mit einem dadurch deutlich verringerten Risiko für eine spätere Krebserkrankung bei mehreren Krebsarten für belegt. Demgegenüber fanden sich nach längerfristiger veganer Ernährung statistisch keine gesicherten Belege für einen entsprechenden vorbeugenden Effekt.

Weitere Langzeituntersuchungen sind nötig, um mögliche Zusammenhänge zwischen Ernährung und selteneren Krebsarten zu sichern. Die Autoren sehen eine gute Grundlage, zur Krebsvorbeugung verstärkt eine fleischlose Ernährung als mögliche Krebsvorsorge zu empfehlen.

Quelle: DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom vom 27.05.2026

Neuer Rechtsratgeber:

Inkontinenzversorgung muss keine Kostenfalle sein

Der Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm) hat einen neuen Rechtsratgeber veröffentlicht: „Der Rechtsanspruch auf aufzahlungsfreie Inkontinenzhilfen“. Er erläutert ausführlich, was Menschen mit Behinderung beachten müssen, die an einer Harn- oder Stuhlinkontinenz leiden, damit ihre Versorgung nicht zur Kostenfalle wird.

Betroffene zahlen häufig viel Geld für angeblich höherwertige Inkontinenzartikel. Das muss nicht sein: Es besteht ein *Rechtsanspruch auf eine Versorgung in der erforderlichen Qualität und Menge*. Eine solche Versorgung ist kein Luxus, sondern das gute Recht der Betroffenen. Der Ratgeber erläutert die *rechtlichen Rahmenbedingungen* und gibt *Tipps für die Praxis*.

Ausführlich dargestellt wird auch die bisherige Rechtsprechung. Mehrere Sozialgerichte haben inzwischen entschieden, dass Betroffene anderweitig zu versorgen

sind, wenn die von den Vertragspartnern ihrer Krankenkasse gelieferten Artikel von minderwertiger Qualität sind.

Die Durchsetzung des Anspruchs ist in der Praxis oft schwierig: Krankenkassen und Lieferanten schieben sich die Verantwortung gegenseitig zu. Leidtragende sind die Betroffenen, die dann Monat für Monat hohe Aufzahlungen leisten. Mit einem kostenlosen Musterantrag unterstützt der bvkm sie deshalb dabei, ihren Anspruch geltend zu machen.

Ratgeber und Musterantrag stehen unter www.bvkm.de in der Rubrik „Recht & Ratgeber“ unter dem Stichwort „Inkontinenzversorgung“ kostenlos zum Herunterladen bereit.

Quelle: Pressemitteilung des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. (bvkm) vom 20.05.2026



Umfrage des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR):

Schimmelpilzgifte überstehen Kochen und Backen



Schimmelpilzgifte (Mykotoxine) in Lebensmitteln werden durch Hitze beim Backen oder Kochen nicht unschädlich gemacht und behalten damit gegebenenfalls auch ihre gesundheitsgefährdenden Eigenschaften bei. Dieser Tatsache sind sich viele Verbraucher nicht bewusst, wie eine Umfrage des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) zeigt. Für die repräsentative Bevölkerungsumfrage hat das BfR 1.000 Menschen ab 16 Jahren online zum Wissen über Schimmel im Haushalt und zum Umgang damit befragt.

„Da Schimmelpilze in der Natur allgegenwärtig sind, lassen sich Verunreinigungen (Kontaminationen) von Lebensmitteln nicht immer vollständig vermeiden“, erläutert BfR-Präsident Prof. Andreas Hensel. „Umso wichtiger ist es zu wissen, wie man die gesundheitlichen Risiken im eigenen Haushalt so weit wie möglich senken kann. Dazu gehört auch, Lebensmittel sauber und trocken zu lagern, verschimmelte Lebensmittel vollständig zu entsorgen und Gewürze rasch zu verbrauchen.“

Um gesundheitliche Risiken durch Schimmelpilzgifte (Mykotoxine) und andere unerwünschte Stoffe in Lebensmitteln zu reduzieren, empfiehlt das BfR generell, sich möglichst vielseitig und abwechslungsreich zu ernähren.

650 Gifte von nahezu 400 Schimmelpilzarten

Schimmelpilze kommen überall in der Natur vor und gelangen deshalb auch auf Pflanzen, die wir direkt verzehren oder weiterverarbeiten. Unter geeigneten Bedingungen können sie Gifte bilden, unter anderem zur Abwehr von natürlichen Feinden. Insgesamt sind der Wissenschaft derzeit etwa 650 verschiedene Schimmelpilzgifte bekannt, die von ca. 400 Arten von Schimmelpilzen gebildet werden. Je nachdem, wie häufig und in welcher Menge sie aufgenommen werden, können sie beim Menschen akut Magen-Darm-Beschwerden verursachen, aber auch Leberschäden hervorrufen oder das Krebsrisiko erhöhen.

Wenig Sorge, aber richtiges Verhalten

Die Befragung zeigte, dass nur ein Teil der Bevölkerung (29 Prozent) wegen möglicher Gesundheitsrisiken

durch Schimmelpilze besorgt ist: eine Mehrheit (51 Prozent) denkt darüber gar nicht nach. Mikroplastik oder Rückstände von Schwermetallen in Lebensmitteln beunruhigen die Menschen der Umfrage zufolge dagegen viel mehr.

Trotz dieser geringen Risikowahrnehmung verhalten sich fast alle Befragten so, wie es auch das BfR empfiehlt: Rund 96 Prozent gaben an, Lebensmittel sauber, trocken und kühl zu lagern, 95 Prozent erklärten, verschimmelte Lebensmittel sofort zu entsorgen und nicht offen liegen zu lassen. Spezifischere Schutzmaßnahmen sind hingegen weniger bekannt – gelagertes Mehl und Getreide regelmäßig durchzuschütteln, gaben nur 17 Prozent an.

Befallenes ganz wegwerfen

Verbesserungsbedarf gibt es im Umgang mit bereits verschimmelten Lebensmitteln. Knapp ein Drittel der Befragten gibt an, bei verschimmeltem frischem Obst oder Gemüse nur die betroffenen Stellen zu entfernen und den Rest zu verzehren. Das BfR empfiehlt hingegen, verschimmelte Lebensmittel vollständig zu entsorgen, da der Schimmel von außen unsichtbar bereits tief in das Lebensmittel eingedrungen sein kann. Das gilt insbesondere bei wasserreichen Lebensmitteln wie Obst und Gemüse, aber auch bei Brot.

Gift auch ohne sichtbaren Schimmel

Viele Menschen wissen zudem nicht, dass Schimmelpilzgifte auch in Lebensmitteln vorkommen können, die nicht sichtbar verschimmelt sind. Das betrifft insbesondere verarbeitete Lebensmittel wie Pflanzen-drinks oder getrocknete Gewürze. Um die Verbraucher so gut wie möglich vor den gesundheitlichen Risiken durch diese unsichtbaren Verunreinigungen zu schützen, gelten für viele Schimmelpilzgifte EU-weit festgelegte Höchstgehalte in Lebensmitteln, deren Einhaltung regelmäßig behördlich überprüft wird.

Zum Weiterlesen

Das BfR beantwortet häufige Fragen unter www.bfr.bund.de/fragen-und-antworten/thema/schimmelpilze-in-lebensmitteln-gesundheitliche-risiken-und-wie-sie-sich-vermeiden-lassen-1

Das Merkblatt „Schimmelpilzgifte in Lebensmitteln – so können Sie sich schützen“ steht unter www.bfr.bund.de/cm/350/schimmelpilzgifte-in-lebensmitteln-so-koennen-sie-sich-schuetzen.pdf zum Herunterladen bereit.

Quelle: Presseinformation 25/2026 des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) vom 27. August 2026

Anzeige



ZURÜCK IN EINEN LEBENSWERTEN ALLTAG.

Nach einer Erkrankung ist es oft nicht leicht, den Weg zurück in den Alltag zu finden. Wir möchten Ihnen dabei helfen und einen Teil dieses Weges mit Ihnen gemeinsam gehen.



**STRANDKLINIK
ST. PETER-ORDING**

Wissen, was dem Menschen dient.

Fachklinik für Psychosomatik, Pneumologie und Orthopädie

Fritz-Wischer-Str. 3 | 25826 St. Peter-Ording | Tel. 04863 70601 | info@strandklinik-spo.de | www.strandklinik-spo.de

Seltene Autoimmunerkrankung (endokrine Orbitopathie, EO):

Wenn die Schilddrüse die Augen krank macht



Foto: AdobeStock / Andriy Blokhin

Exophthalmus („Glotzauge“ oder „Glubschaug“)

Stark hervortretende Augäpfel, Doppelbilder, Augendruck und -schmerz: Die endokrine Orbitopathie ist selten, für die Betroffenen aber einschneidend. Sie tritt meist gemeinsam mit der Schilddrüsenerkrankung Morbus Basedow auf und wird oft erst spät erkannt. Eine Auswertung von 414 Krankheitsverläufen in Deutschland zeigt, wie lang der Weg zur Diagnose oft ist – und wie stark die Erkrankung Beruf, Mobilität und gesellschaftliche Teilhabe trifft.

Wenn das Immunsystem die Augenhöhle angreift

Bei der endokrinen Orbitopathie richtet sich das körpereigene Abwehrsystem gegen das Gewebe hinter dem Auge. Es schwillt an, das *Auge tritt hervor*. Typisch sind *gerötete, tränende oder trockene Augen*, ein *Druckgefühl in der Augenhöhle*, *Schmerzen* bei Augenbewegungen und *Doppelbilder*.

Die Erkrankung steht in engem Zusammenhang mit dem Morbus Basedow, einer Überfunktion der Schilddrüse (Hyperthyreose), einer Autoimmunerkrankung. Benannt ist sie nach dem Merseburger Arzt Carl von Basedow, der 1840 erstmals die drei (Merseburger Trias) charakteristischen Symptome stark hervortretende Augäpfel

(Exophthalmus, „Glotzauge“), Kropf (Struma) und Herzrasen (Tachykardie) beschrieb. Betroffen sind mit bis zu 2 - 3 Prozent meist Frauen. Bei einem erheblichen Teil von ihnen kommt es im Krankheitsverlauf zu einer Beteiligung der Augen. Der Verlauf ist wechselhaft und von Phasen der Besserung und Rückschlägen geprägt.

Der lange Weg zur Diagnose

Zu *Beginn* sind die *Beschwerden unspezifisch*, wie gereizte oder trockene Augen, Schwellungen oder Druckgefühl im Auge. Selbst Doppelbilder ordnen viele Betroffene zunächst nicht richtig ein. Die Mehrheit sucht zwar innerhalb der ersten drei Monate ärztliche Hilfe, rund 20 Prozent warten jedoch länger als ein halbes Jahr.

Knapp ein Drittel der Patienten erhält die richtige Diagnose erst nach mehr als zwei Jahren. *In der Hausarztpraxis wird die Erkrankung nur in etwa zwei Prozent der Fälle erkannt*. Bis die richtige Diagnose gestellt wird, sind meist mehrere Besuche bei verschiedenen Fachärzten nötig.

Was die Erkrankung im Alltag anrichtet

Jeder vierte Betroffene hat *Probleme beim Autofahren*, jeder zweite *Schwierigkeiten beim Lesen*, zwei von drei

Erkrankten berichten von einer *psychischen Belastung*. Viele leiden unter anhaltender Erschöpfung und schränken ihre sozialen Kontakte ein – nicht zuletzt wegen der sichtbaren Veränderungen im Gesicht.

Auch die Erwerbsfähigkeit leidet: 36 Prozent der Betroffenen werden im Verlauf der Erkrankung arbeitsunfähig, 28 Prozent sind von Erwerbsminderung betroffen. Die endokrine Orbitopathie belastet damit nicht nur den Einzelnen, sondern auch Arbeitsmarkt und soziale Sicherungssysteme.

Was Betroffene brauchen

Notwendig sind eine *möglichst frühe Verdachtsdiagnose*, gezielte Überweisungen und der Zugang zu spezialisierten Zentren. Wer die Symptome richtig deutet und den Zusammenhang mit einer Schilddrüsenerkrankung erkennt, verkürzt den Weg zur gezielten Behandlung erheblich.

Für Betroffene gilt: Halten Augenbeschwerden an oder treten *Doppelbilder* auf, *sollte auch die Schilddrüse untersucht werden*.

Wo es Informationen gibt

Einen Überblick über das Krankheitsbild und die Versorgungssituation bietet www.patienten.amgen.de. Unter www.ich-und-eo.de stehen vertiefende Informationen und eine gemeinsam mit Fachleuten entwickelte kostenlose Broschüre für Betroffene bereit. Beide Angebote stammen vom Biotechnologieunternehmen Amgen.



Quelle:

Pressemitteilung der Amgen GmbH vom 22. Mai 2026

Datengrundlage:

Auswertung von *mama health* im Auftrag von Amgen zu 414 Krankheitsverläufen in Deutschland (Insights Report, 2025)

Ich & EO

Informationen zu endokriner Orbitopathie



Eine Informationsbroschüre
für Patient:innen und Interessierte



Die Broschüre „Ich & EO – Informationen zu endokriner Orbitopathie“ steht unter www.ich-und-eo.de zum Herunterladen bereit. Abbildung: Amgen GmbH

Daten von elf Millionen Menschen ausgewertet:

Unbehandelte Schlafapnoe erhöht das Parkinson-Risiko



Menschen mit obstruktiver Schlafapnoe erkranken häufiger an Parkinson. Zu diesem Ergebnis kommt die Auswertung der Gesundheitsdaten von mehr als elf Millionen US-Veteranen. Wer früh mit einer Überdrucktherapie (CPAP) behandelt wurde, hatte dagegen ein geringeres Risiko. Bei dieser Behandlung wird Luft mit leichtem Überdruck über einen Schlauch und eine Maske in die Atemwege geleitet; sie hält die Atemwege offen und verhindert oder reduziert die nächtlichen Atemaussetzer.

Warum die Frage wichtig ist

Bei einer obstruktiven Schlafapnoe kommt es im Schlaf immer wieder zu kurzen oder längeren Atemstillständen. Sie verschlechtern nicht nur die Schlafqualität, sondern begünstigen auf Dauer auch schwere Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes und Bluthochdruck. Ob die Atemaussetzer auch das Risiko für eine Parkinson-Erkrankung erhöhen und ob eine Behandlung daran etwas ändert, war bislang offen.

Wie ausgewertet wurde

Die Wissenschaftler nutzten die elektronischen Gesundheitsdaten von über *elf Millionen US-Veteranen* aus den Jahren 1999 bis 2022. Die Teilnehmer waren im Durchschnitt 60,5 Jahre alt, 9,8 Prozent von ihnen waren Frauen; im Mittel wurden sie 4,9 Jahre lang beobachtet. Untersucht wurde, wie häufig Menschen mit und ohne obstruktive Schlafapnoe an Parkinson erkrankten und welche Rolle eine CPAP-Therapie dabei spielte.

Mehr Parkinson-Erkrankungen bei Schlafapnoe

13,7 Prozent der Untersuchten – mehr als 1,5 Millionen Menschen – hatten eine obstruktive Schlafapnoe. In dieser Gruppe traten mehr Parkinson-Erkrankungen auf: Innerhalb von sechs Jahren nach der Diagnose kam es im Durchschnitt zu 1,61 zusätzlichen Erkrankungen je 1.000 Betroffene. Das erhöhte Risiko blieb bestehen, auch wenn Übergewicht, Gefäßerkrankungen, psychische Erkrankungen und die Einnahme zahlreicher Medikamente in die Berechnung einbezogen wurden. Bei Frauen war der Zusammenhang stärker ausgeprägt. Wer früh mit einer CPAP-Therapie begonnen hatte, erkrankte dagegen seltener an Parkinson.

Was das bedeutet

Die obstruktive Schlafapnoe war in dieser Auswertung mit einem erhöhten Risiko für eine Parkinson-Erkrankung verbunden. Eine frühzeitig begonnene CPAP-Therapie senkte dieses Risiko deutlich – ein weiterer Grund, die Behandlung nicht aufzuschieben und sie konsequent durchzuhalten.

Quelle:

DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom
vom 19.01.2026

Originalpublikation: Obstructive Sleep Apnea, Positive Airway Pressure, and Implications of Early Treatment in Parkinson Disease. JAMA Neurol, 1. Januar 2026.

Krebs- und krankheitserzeugende Stäube am Arbeitsplatz:

Europäisches Projekt für saubere Luft in der Industrie



Foto: AdobeStock / pressmaster

Luftverschmutzung ist nach wie vor die wichtigste umweltbedingte Ursache für vorzeitige Todesfälle in der Europäischen Union. Besonders betroffen sind Menschen, die in der Industrie arbeiten und dort krebserzeugende oder anderweitig gefährliche Stoffe einatmen. Ein neues europäisches Forschungsprojekt mit dem Namen BRISA soll das ändern: 17 Partner aus acht Ländern entwickeln in den kommenden vier Jahren sicherere Werkstoffe und Verfahren, eine laufende Überwachung der Luft am Arbeitsplatz und Schulungen für die Betriebe. Beteiligt ist auch das Fraunhofer-Institut für Toxikologie und Experimentelle Medizin (ITEM) in Hannover.

Was hinter dem Namen steckt

BRISA steht für „Breakthrough Research on Industrial Safety Against Airborne Carcinogens and Emerging Pollutants“ – auf Deutsch etwa: „Bahnbrechende Forschung zur Sicherheit in der Industrie gegen in der Luft enthaltene krebserzeugende und neu hinzukommende Luftverschmutzung“. Das Vorhaben wird aus dem europäischen Forschungsprogramm „Horizon Europe“ mit acht Millionen Euro gefördert und ist am Institut für Keramiktechnologie im spanischen Castellón gestartet. Die Laufzeit beträgt 48 Monate.

Fünf Betriebe machen den Anfang

Erprobt werden die Lösungen zunächst in fünf Bereichen, in denen besonders viel Staub und Dampf entsteht: in der Keramikindustrie in Spanien, in einer Sandgießerei

in Deutschland, beim Recycling von Altreifen in Polen, bei der Verarbeitung mineralischer Füllstoffe und Kunststoffe in der Türkei und beim Kunststoffrecycling in den Niederlanden.

Die Arbeit verteilt sich auf vier Schwerpunkte: einheitliche Daten zu luftgetragenen Schadstoffen, sicherere Rezepturen für die verwendeten Materialien, verlässliche Überwachungssysteme und praxisnahe Schulungen. Bis zum Jahr 2035 sollen die Ergebnisse in 600 bis 800 Industrieanlagen zum Einsatz kommen und mehr als 45.000 Beschäftigte besser schützen.

„BRISA ist eine wichtige europäische Initiative, um die sektorübergreifende Zusammenarbeit zu fördern“, sagte Projektkoordinatorin Irina Celades von der spanischen Forschungsvereinigung der Keramikindustrie.

Die Rolle des deutschen Instituts

Das Fraunhofer-Institut für Toxikologie und Experimentelle Medizin übernimmt im Projekt die Rolle des wissenschaftlichen Torwächers für die Sicherheit: Es bewertet die Gesundheitsgefahren durch chemische Stoffe und luftgetragene Partikel am Arbeitsplatz und gibt Empfehlungen für die sichere Umsetzung.

Quelle: Presseinformation des Fraunhofer-Instituts für Toxikologie und Experimentelle Medizin (ITEM) vom 24. August 2026 – mehr unter brisa-project.eu

Nikotin in der Schule:

Kinder und Jugendliche greifen häufiger zur E-Zigarette



E-Zigaretten und andere Nikotinprodukte halten zunehmend in Schulen Einzug. Fachleute der Deutschen Herzstiftung und der Charité – Universitätsmedizin Berlin warnen vor unterschätzten gesundheitlichen Gefahren und fordern von der Politik mehr Schutz für Kinder und Jugendliche.

Werbung, die bei Kindern und Jugendlichen wirkt

Aromen wie in Fruchtbonbons, ansprechende Verpackungen, Werbung in den sozialen Medien: Vor allem junge Menschen sprechen die Produkte an, wie sie die Tabak- und Nikotinindustrie vermarktet. Wie wirkungsvoll das verfängt, belegen Zahlen des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) zum Rauchverhalten junger Menschen. Zwischen 2021 und 2025 stiegen bei den 12- bis 17-Jährigen sowohl das Rauchen als auch der Konsum von Mehrweg-E-Zigaretten (Vapes): 2025 rauchte fast jeder Zehnte dieser Altersgruppe (9,6 Prozent), 2021 waren es 6,1 Prozent. Bei den Mehrweg-E-Zigaretten stieg der Anteil unter den Jungen von 2,9 auf 6,7 Prozent, unter den Mädchen von 1,8 auf 7,8 Prozent.

„Dieser Befund ist alarmierend, wenn man bedenkt, welche *gravierenden Folgen* das Vapen bei Kindern und Jugendlichen für *Gehirn, Herz, Lunge* und andere Organe haben kann und auch wie Hersteller von E-Zigaretten eine *Nikotinabhängigkeit* und damit eine *Raucherkarriere* bereits bei Kindern gezielt in Kauf

nehmen“, warnte der Kardiologe Professor Dr. Thomas Voigtländer, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung. Rauchen bleibt einer der größten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie die koronare Herzkrankheit; rund 131.000 Todesfälle in Deutschland gehen jährlich auf den Tabakkonsum zurück.

Raucherzahlen bleiben hoch

Mehr als jeder vierte Erwachsene in Deutschland raucht. Besonders hoch ist der Anteil unter den 18- bis 29-Jährigen: über 40 Prozent der Männer und rund 30 Prozent der Frauen. Bei Kindern und Jugendlichen ist die E-Zigarette inzwischen beliebter als die Tabakzigarette – und das, obwohl die Zahl der Minderjährigen, die Tabak rauchen, jahrzehntelang zurückgegangen war. „Dieser Trend macht uns Sorgen, weil Nikotinprävention beim Eindämmen gerade der Zahl junger Tabakraucher erfolgreich war. E-Zigaretten bremsen diesen positiven Trend aus – wir müssen gegensteuern“, so Voigtländer.

Zwei Programme an Schulen

Dass ein rauchfreies Leben den besten Schutz für Herz und Gefäße bietet, ist das Leitprinzip zweier Projekte der Deutschen Herzstiftung: „*Rauchzeichen*“ im Rhein-Main-Gebiet und „*nachvorn*“ an der Charité in Berlin. Die Herzstiftung fördert beide mit rund 250.000 Euro im Jahr.

Tückisch sei vor allem, wie harmlos E-Zigaretten wirken. „Süße Frucht- oder Cola-Aromen und die bunte spielzeugartige Verpackung der Vape-Produkte sind verführerisch für Kinder und verhindern, dass sie die gefährliche Wirkung des Vapens wahrnehmen“, berichtete der Kardiologe Dr. Oliver Przibille, fachlicher Leiter von „Rauchzeichen“. „Unsere Erfahrungen in den Schulen zeigen, dass *bereits 8- bis 9-jährige Kinder wissen, dass E-Zigaretten nikotinsüchtig machen*, aber sie können noch nicht die Gefahr des Vapings auf ihre eigene Gesundheit übertragen.“ Auch *Nikotinbeutel (Snus)* und andere Nikotinprodukte stellen die Vorbeugung vor neue Aufgaben.

Vorbeugung spätestens ab der fünften Klasse

„Im Zuge des Präventionsprogramms an Berliner Schulen und einer begleitenden Studie hat sich bestätigt, dass wir Nikotinprävention spätestens ab der fünften Klasse, also im Alter von zehn Jahren, ansetzen müssen“, betonte Professorin Dr. Gertraud Stadler, Leiterin des Arbeitsbereichs Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité und Projektleiterin von „nachvorn“. Die Charité hat das Programm gemeinsam mit Schülern, Lehrkräften und Fachleuten aus Gesundheitswesen, Psychologie und Pädagogik entwickelt; die begleitende Studie erschien im Fachmagazin *Scientific Reports*. Sie zeigt unter anderem, dass sich das Programm im Schulalltag umsetzen lässt – an Schulen mit höheren wie mit niedrigeren sozialen Belastungen.

Dem Gruppendruck widerstehen lernen

Das Herzstück beider Programme sind Arbeitsgruppen mit den Schulklassen. „Besonders wichtig ist uns, dass wir nicht nur über die gesundheitlichen Risiken aufklären, sondern auch die Lebenskompetenzen

der Kinder stärken: sie lernen, Stress zu bewältigen, kritisches Denken und Widerstandsfähigkeit gegen Gruppendruck“, erklärte Marina Hinßen von der Charité, Erstautorin der Studie. *Kinder müssten lernen, „Nein“ zu sagen* – und verstehen, dass sie sich damit der großen Mehrheit anschließen, die nicht raucht. Künftig soll eine Online-Plattform „nachvorn“ allen Schulen zugänglich machen.

Was die Herzstiftung von der Politik fordert

E-Zigaretten werden in den sozialen Medien häufig als harmlose Alternative zur Zigarette dargestellt. „Dabei enthalten sie gesundheitsschädliche und abhängig machende Substanzen“, so Voigtländer. Studien zeigen, dass auch sie Lunge und Gefäße schädigen. Als Mitglied des Aktionsbündnisses Nichtrauchen fordert die Deutsche Herzstiftung für alle Tabak- und Nikotinprodukte:

- die Steuern darauf jährlich deutlich zu erhöhen,
- das Verbot jeglicher Form des Marketings,
- das Verbot aller Aromastoffe,
- Einheitsverpackungen,
- niedrigschwellige und kostenfreie Angebote zur Nikotinentwöhnung,
- den Schutz aller Menschen vor dem Passivrauchen.

Wer bereits raucht und aufhören möchte, sollte entsprechende Angebote in Anspruch nehmen können: Rauchstoppprogramme, verhaltenstherapeutische Ansätze und erprobte medikamentöse Therapien. *Informationen* dazu gibt es auf der Internetseite der Deutschen Herzstiftung unter dem Suchwort „Rauchstopp“.

Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Herzstiftung e. V. vom 29.05.2026



Oft unterschätzt:

Rauchen schadet auch dem Gehirn



Foto: AdobeStock / sudok1

Rauchen schädigt nicht nur Lunge und Herz – auch das Gehirn leidet massiv unter Tabakkonsum. Neurologische Erkrankungen wie Schlaganfall, Demenz, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Migräne oder Nervenschädigungen treten bei Rauchern häufiger auf oder verlaufen zum Teil schwerer. Viele dieser Zusammenhänge sind in der Öffentlichkeit bislang kaum bekannt. Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) macht deshalb auf die oft unterschätzten neurologischen Folgen des Rauchens aufmerksam.

Rauchen gilt bei zahlreichen neurologischen Erkrankungen als Risikofaktor oder als begünstigender Faktor. Beim Schlaganfall ist das bekannt, denn dass Rauchen die Gefäße schädigt, weiß wohl jeder.

Zweitgrößter Risikofaktor für den Hirninfarkt

Überraschend ist jedoch das Ausmaß: Eine Arbeit zur Vorbeugung, erschienen im englischsprachigen Fachjournal der DGN, weist den Tabakkonsum als zweitgrößten Risikofaktor für Hirninfarkte aus – also für Schlaganfälle, die durch „verstopfte“ Gefäße entstehen und 80 bis 85 Prozent aller Schlaganfälle ausmachen. Bei Hirnblutungen steht das Rauchen auf Platz fünf der Verursacher. Auf den Tabakkonsum entfallen 14,6 Prozent der Lebensjahre, die durch Schlaganfälle infolge von Behinderung oder Tod verloren gehen.

Demenz – das Aufhören lohnt sich

Sehr viel weniger bekannt sind die Auswirkungen des Rauchens auf das Demenzrisiko, und zwar sowohl auf die Alzheimer-Krankheit als auch auf die gefäßbedingte Demenz. Diese ist nach Alzheimer die zweithäufigste Demenzform; sie entsteht durch Gefäßveränderungen im Gehirn, wodurch Nervenzellen nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden. Schon vor gut zehn Jahren zeigte eine große Auswertung von 37 Studien: Im Vergleich zu Nichtrauchern haben Raucher ein um rund 40 Prozent erhöhtes Risiko für die Alzheimer-Demenz und ein um etwa 38 Prozent höheres für die

gefäßbedingte Demenz. Zudem stieg das Risiko mit der Anzahl der gerauchten Zigaretten. Die Studie zeigte aber auch: Ehemalige Raucher hatten im zeitlichen Abstand kein erhöhtes Risiko mehr.

ALS – Frauen scheinen besonders gefährdet

Eine schwere neurologische Krankheit, vor der viele Menschen Angst haben und für die es derzeit nur wenige Behandlungsmöglichkeiten gibt, ist die Amyotrophe Lateralsklerose (ALS). Kaum öffentlich besprochen wird, dass Rauchen auch hier ein bedeutsamer Risikofaktor ist. Als mögliche Ursachen werden Zellschäden durch Entzündungsprozesse, Schädigungen der „Kraftwerke“ der Zellen, Gefäßschäden sowie nervenschädigende Substanzen im Tabakrauch diskutiert. Eine aktuelle Auswertung weist auf einen deutlichen Zusammenhang zwischen Rauchen und einem erhöhten ALS-Risiko hin, und zwar abhängig von der Anzahl der gerauchten Zigaretten. Frauen sind häufig von einer Form der Erkrankung betroffen, die vom Hirnstamm ausgeht und zunächst Beschwerden beim Sprechen und Schlucken verursacht.

Auch bei Nervenschäden und Migräne

Rauchen gilt außerdem als einer von vielen Risikofaktoren bei neurologischen Erkrankungen, die nicht lebensbedrohlich sind – etwa bei Schädigungen der Nerven in Armen und Beinen (Polyneuropathie) oder bei Migräne. Es beeinflusst dort auch den Krankheitsverlauf: Bei der Polyneuropathie wird die Erholung der Nerven beeinträchtigt, Nervenschmerzen werden verstärkt; bei Migräne kann Nikotin eine Kopfschmerzattacke auslösen.

Aus neurologischer Sicht ist Rauchen einer der wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren überhaupt. Umso wichtiger ist es, Menschen dazu zu bewegen, nicht zu rauchen bzw. sie beim Aufhören zu unterstützen.

Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN) vom 27.05.2026

Antikörper gegen das Fortschreiten:

Studie ebnet den Weg für erste „Parkinson-Impfung“



Foto: AdobeStock / Konstantin Yaganov

Die internationale PADOVA-Studie hat den Weg für eine Zulassungsstudie der ersten Therapie geebnet, die den Verlauf der Parkinson-Krankheit selbst beeinflussen soll. Der Antikörper Prasinezumab wird monatlich als Infusion gegeben. Weil er dabei wie eine passive Impfung wirkt, ist auch von einer „Parkinson-Impfung“ die Rede.

Wie die Studie angelegt war

Seit 2021 erhalten 534 Menschen mit Parkinson an 110 Zentren in Europa, den USA und Kanada monatlich eine Infusion. Die Hälfte von ihnen bekommt den Antikörper Prasinezumab, die andere Hälfte ein Scheinmedikament (Placebo). Das Fachjournal The Lancet hat die Ergebnisse dieser Studie der Phase II nun veröffentlicht.

Das Forschungsteam nutzte dabei ein bei der Parkinson-Erkrankung neues Studiendesign: Bei den Teilnehmern, die sich zu Beginn alle in einem frühen Stadium befanden – höchstens drei Jahre nach der Diagnose und bei stabiler Behandlung. Es wurde die Zeit bis zum nächsten deutlichen Fortschreiten der Bewegungsstörung gemessen. Unter dem Scheinmedikament trat dieser Punkt im Schnitt nach 49,7 Wochen ein, unter dem Antikörper nach 64 Wochen. Die Verschlechterung war also um durchschnittlich 14 Wochen verzögert.

Deutlicher Effekt in der größten Gruppe

Der Zeitpunkt der Verschlechterung trat unter Placebo im Schnitt nach knapp 50 Wochen ein. Unter der Antikörpertherapie mit Prasinezumab verzögerte sich die Verschlechterung nun signifikant um rund 14 Wochen auf mehr als 64 Wochen“, schildert Mitautor Seppi die Hintergründe.

Prasinezumab ist derzeit das am weitesten entwickelte Medikament bei Parkinson, dessen Studiendaten einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf nahelegen. Wie groß dieser Einfluss tatsächlich ist, lässt sich jedoch noch nicht

abschätzen. Die Behandlung gilt als gut verträglich. Für die Forscher sind die Ergebnisse Signal genug, um mit PARAIISO eine Zulassungsstudie der Phase III zu beginnen. Sie startete in den USA im vergangenen Jahr und in Europa zu Jahresbeginn.

Wie der Antikörper wirken soll

Der Wirkstoff soll ein Eiweiß (Alpha-Synuclein) außerhalb der Nervenzellen des Gehirns abfangen, binden und abbauen und so die Schädigung der Nervenzellen verringern. Bei Menschen, die an Parkinson erkrankt sind, verklumpt dieses Eiweiß und breitet sich vermutlich über die Verbindungsstellen der Nervenzellen weiter aus. Die betroffenen Zellen werden geschädigt und können zugrunde gehen. Der Großteil der Wissenschaftler, die sich mit Morbus Parkinson beschäftigen, geht davon aus, dass dieses verklumpte Eiweiß ein Krankheitstreiber ist. Die Studienteilnehmer bekommen den Antikörper weiterhin einmal im Monat als Infusion, damit sich schließlich auch Langzeitwirkungen auswerten lassen.

Was Betroffene davon hätten

Mit fortschreitender Erkrankung nehmen die Einschränkungen zu. Damit steigen die Belastungen für die Betroffenen, ihre Angehörigen, das soziale Umfeld und das Gesundheitssystem. Krankheitsmodifizierende Therapien sollen das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen, sodass bestimmte Stadien der Erkrankung erst später erreicht werden. Ziele sind eine längere bessere Lebensqualität und Selbständigkeit der Betroffenen, verbunden mit einer Entlastung des Gesundheitssystems und geringeren Folgekosten. Ansatzpunkt ist es, mit krankheitsmodifizierenden Therapien zu beginnen, noch bevor die Krankheit ausbricht. Der erste Schritt könnte dieser Antikörper sein, wenn sich dies in der laufenden Phase-III-Studie bestätigt.

Quelle: Pressemitteilung der Medizinischen Universität Innsbruck vom 8. Juni 2026

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 / Cherries

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

Bekanntlich „kostet“ Rauchen, früh begonnen, 10 – 12 eigene Lebensjahre. Neben den Kosten für die Zigaretten, E-Zigaretten und Shisha (Wasserpfeife) könnte dies ein Argument für das Aufhören sein.

Unter dem Titel „Werden Sie Nichtraucher!“ hat die Deutsche Atemwegsliga e.V. ein ziel führendes Informationsblatt herausgegeben. Hier finden Sie auch alle Hilfen zum endgültigen Rauchstopp.



Werden Sie Nichtraucher! Wer kennt nicht diese ärztliche Aufforderung? Hilfreich dabei kann das Informationsblatt der Deutschen Atemwegsliga e.V. sein.

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.

KREBS + **HILFE** =

Deutsche Krebshilfe

Seit 50 Jahren stehen wir
krebskranken Menschen
und ihren Angehörigen
zur Seite und bringen die
Krebsforschung voran.

**Hilf uns dabei –
mit deiner Spende!**

Anne-Sophie Mutter
Präsidentin der
Deutschen Krebshilfe

Sei **DAS PLUS** im
Kampf gegen den Krebs!
Jede Unterstützung hilft.



50 Jahre
Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.



Mehr erfahren