Abschlussarbeit

zur Erlangung des ÖAK-Diploms für Geriatrie 2025

Häufige Lungenerkrankungen beim geriatrischen Patienten

eingereicht von

Dr. Serdal Kazgan

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 3

2. Zielsetzung 3

3. Methode 4

4. Grundlagen: Lunge und Alterungsprozess 4

5. Diagnostische Besonderheiten im Alter 6

6. Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) 8

7. Asthma bronchiale im Alter 11

8. Pneumonie 13

9. Interstitielle Lungenerkrankungen 14

10. Lungenkarzinom 16

11. Schlafbezogene Atmungsstörungen 18

12. Lungenembolie 19

13. Chronische Atemnot im Alltag 22

14. Psychosoziale Aspekte.....23

15. Rolle der Pflegekräfte 26

16. Rolle der Angehörigen 27

17. Multimorbidität und Polypharmazie 28

18. Rehabilitation und physikalische Therapie 29

19. Palliativmedizin 31

20. Prävention und Gesundheitsförderung 33

21. Zusammenfassung 35

22. Schlussfolgerung 36

23. Tabellenverzeichnis 37

24. Literaturverzeichnis 38

1. Einleitung

Die pulmologischen Erkrankungen im Alter stellen eine besondere Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. Durch den demografischen Wandel steigt die Anzahl älterer Menschen kontinuierlich an – und damit auch die Häufigkeit altersbedingter Lungenerkrankungen. Zu den häufigsten Erkrankungen zählen die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD), das Asthma bronchiale, die Pneumonie, interstitielle Lungenerkrankungen sowie das Lungenkarzinom. Auch schlafbezogene Atmungsstörungen und Lungenembolien sind im Alter keine Seltenheit. Diese Erkrankungen führen nicht nur zu körperlichen Einschränkungen wie Luftnot oder Leistungsminderung, sondern beeinflussen auch die Lebensqualität, die Selbstständigkeit und das seelische Wohlbefinden erheblich. Hinzu kommen diagnostische und therapeutische Besonderheiten, da ältere Menschen häufig mehrere Krankheiten gleichzeitig haben und sensibler auf Medikamente reagieren.

2. Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es, die besonderen Herausforderungen und Anforderungen in der Diagnostik, Therapie und Versorgung pulmologischer Erkrankungen bei älteren Menschen darzustellen. Dabei sollen sowohl medizinische als auch pflegerische, psychosoziale und alltagsrelevante Aspekte berücksichtigt werden. Besonderes Augenmerk liegt auf der Darstellung häufig auftretender Erkrankungen wie COPD, Asthma bronchiale, Lungenembolie, Pneumonie, interstitielle Lungenerkrankungen sowie schlafbezogene Atemstörungen im höheren Lebensalter. Zudem werden Möglichkeiten der Prävention, Rehabilitation und palliativen Betreuung dargestellt, um die Versorgung umfassend zu beleuchten.

3. Methode

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine Literatur- bzw. Internetrecherche. Nationale und internationale Leitlinien.

4. Grundlagen: Lunge und Alterungsprozess

Mit dem Alter verändern sich die Struktur und Funktion der Lunge auf vielfältige Weise. Diese altersbedingten Veränderungen haben großen Einfluss auf die Atmung und die Anfälligkeit für Lungenerkrankungen bei älteren Menschen. Zunächst nimmt die Elastizität des Lungengewebes ab. Das bedeutet, dass sich die Lunge beim Ausatmen weniger gut zusammenzieht und Luft in den Lungenbläschen zurückbleibt. Dies führt zu einem erhöhten sogenannten Residualvolumen, also der Luftmenge, die nach maximaler Ausatmung noch in der Lunge verbleibt. Gleichzeitig nimmt das Atemzugsvolumen, also die Luftmenge, die bei einem Atemzug eingeatmet wird, meist ab.
Auch die Struktur der Bronchien verändert sich. Sie verlieren an Elastizität und können sich weniger gut erweitern oder zusammenziehen. Dadurch erhöht sich der Atemwegswiderstand. Diese Veränderungen machen die Atmung insgesamt weniger effizient.
Die Atemmuskulatur, vor allem das Zwerchfell, als größter und wichtigster Atemmuskel wird im Alter schwächer. Die Muskelfasern bauen ab und die Kraft beim Ein- und Ausatmen nimmt ab. Das führt dazu, dass ältere Menschen bei körperlicher Belastung schneller kurzatmig werden.
Zusätzlich nimmt der Hustenreflex ab. Normalerweise hilft der Husten, Schleim und Fremdpartikel aus den Atemwegen zu entfernen. Ist dieser Reflex abgeschwächt, kann sich Schleim ansammeln, was das Risiko für Infektionen wie Bronchitis oder Pneumonie erhöht.
Auch die sogenannten Flimmerhärchen in den Atemwegen, die wie kleine Besen funktionieren und Fremdstoffe nach außen transportieren, arbeiten langsamer. Dadurch verringert sich die Reinigung der Atemwege.

Auf zellulärer Ebene verändert sich das Immunsystem mit zunehmendem Alter. Die Funktion der Immunzellen wird schwächer, die Produktion von Antikörpern ist vermindert. Dies bezeichnet man als Immunoseneszenz. Ältere Menschen haben deshalb eine geringere Abwehrkraft gegen Infektionen und eine schlechtere Impfantwort.
Durch diese Veränderungen ist die Lunge insgesamt weniger belastbar. Das Risiko für Lungenentzündungen, chronische Lungenerkrankungen und Atemnot bei Belastung steigt. Außerdem verlaufen Erkrankungen im Alter oft schwerer und die Symptome sind nicht immer typisch, was die Diagnose erschwert.

5. Diagnostische Besonderheiten im Alter

Die Diagnostik pulmologischer Erkrankungen bei älteren Patienten stellt besondere Anforderungen dar. Viele Symptome sind unspezifisch oder werden fälschlicherweise dem Alter zugeschrieben. Dies führt oft zu Verzögerungen bei der Diagnose.
Ein Beispiel ist die Atemnot, die häufig als altersbedingte Schwäche oder Herzproblem gedeutet wird. Auch Husten oder Leistungsminderung werden nicht immer richtig als Zeichen einer Lungenerkrankung erkannt. Oft treten mehrere Erkrankungen gleichzeitig auf, was die genaue Ursache erschwert.
Die körperliche Untersuchung ist deshalb sehr wichtig. Sie umfasst das Abhören der Lunge mit dem Stethoskop, die Beurteilung der Atemfrequenz und des allgemeinen Zustands. Zusätzlich können einfache Messungen wie die Sauerstoffsättigung mit einem Pulsoximeter Hinweise auf eine beeinträchtigte Atmung geben.
Die Lungenfunktionstests, die bei jüngeren Patienten häufig zum Einsatz kommen, sind bei älteren Menschen mit Vorsicht zu genießen. Die Durchführung ist wegen körperlicher Einschränkungen und kognitiver Defizite oft schwierig. Auch können altersbedingte Veränderungen die Ergebnisse beeinflussen und müssen bei der Interpretation berücksichtigt werden.
Bildgebende Verfahren wie Röntgen-Thorax oder Computertomografie (CT) sind wichtige diagnostische Werkzeuge. Sie können Entzündungen, Tumore oder andere Veränderungen sichtbar machen. Allerdings muss bei älteren Patienten auf Strahlenbelastung und Kontrastmittelunverträglichkeiten geachtet werden.
Blutuntersuchungen, etwa Entzündungsmarker oder Blutgasanalyse, ergänzen die Diagnostik. Diese können Hinweise auf Infektionen oder eine gestörte Sauerstoffversorgung geben.
Da viele Untersuchungen belastend sind, sollte die Diagnostik immer individuell angepasst werden. Eine gründliche Anamnese, das heißt das Gespräch mit dem Patienten und seinen Angehörigen, ist oft der Schlüssel zum Erkennen der Erkrankung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Diagnostik im Alter besondere Herausforderungen mit sich bringt. Ein sorgfältiger, ganzheitlicher Ansatz ist notwendig, um die Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und optimal zu behandeln.

Tabelle 1: Diagnostische Maßnahmen und Besonderheiten bei geriatrischen Patienten.

Diagnostisches Verfahren	Ziel	Besonderheiten im Alter
Anamnese	Erfassung von Symptomen	Unspezifische oder fehlende Symptome möglich
Röntgen-Thorax	Infiltrate, Ergüsse	Veränderte Altersstruktur erschwert Beurteilung
CT	Feinere (genauere) Diagnostik	Strahlenbelastung; Nierenfunktion und Schilddrüse beachten
Blutgase	Sauerstoff-/CO_2-Werte	Vorsicht bei eingeschränkter Compliance
Lungenfunktion	Ventilationsstörungen	Schwierigkeiten bei Mitarbeit
Labor	Entzündungswerte	Interpretation bei Multimorbidität

Häufige pulmologische Erkrankungen im Alter

6. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) im Alter

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung, kurz COPD, ist eine der häufigsten Lungenerkrankungen bei älteren Menschen. Sie entsteht durch jahrelanges Einatmen von schädlichen Partikeln, vor allem durch Rauchen, aber auch durch Umwelteinflüsse wie Luftverschmutzung.
COPD ist durch eine dauerhafte Verengung der Atemwege gekennzeichnet. Die Bronchien sind chronisch entzündet und verengt, was das Atmen erschwert. Zusätzlich zerstört die Krankheit die feinen Lungenbläschen, die für den Sauerstoffaustausch wichtig sind. Dadurch sinkt die Leistungsfähigkeit der Lunge.
Typische Symptome sind anhaltender Husten, oft mit Auswurf, und zunehmende Atemnot, besonders bei Belastung. Im Verlauf der Krankheit wird die Atemnot auch in Ruhe spürbar. Viele Betroffene berichten von häufigen Infekten und einer Verschlechterung ihrer Lungenfunktion.
Im Alter sind die Symptome oft schwerer einzuschätzen, da andere Krankheiten wie Herzinsuffizienz oder Muskelschwäche ähnliche Beschwerden verursachen können. Die Diagnose wird durch Lungenfunktionstests bestätigt, bei denen die Verengung der Atemwege messbar ist.
Die Behandlung der COPD im Alter umfasst mehrere Bausteine. Wichtig ist vor allem der Verzicht auf Rauchen, da dies das Fortschreiten der Krankheit verlangsamt. Medikamentös werden Bronchodilatatoren eingesetzt, die die Atemwege erweitern und das Atmen erleichtern. In schweren Fällen kommen auch Kortikosteroide oder Sauerstofftherapie zum Einsatz.
Zusätzlich ist eine gezielte körperliche Aktivität und Atemtherapie sinnvoll, um die Muskeln zu stärken und die Atemfunktion zu verbessern. Da ältere Patienten oft mehrere Erkrankungen haben, muss die Behandlung individuell angepasst werden.

Die Prognose bei COPD ist stark vom Schweregrad abhängig. Regelmäßige ärztliche Kontrollen und die Vermeidung von Infekten sind wichtig, um das Fortschreiten der Erkrankung zu stoppen und um die Lebensqualität zu erhalten.

Tabelle 2: Diagnostik und Therapie der COPD
Diese Tabelle zeigt die typischen diagnostischen Schritte sowie die therapeutischen Maßnahmen bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD).

Diagnostik COPD
Anamnese (Raucherstatus, Belastungsdyspnoe, Husten)
Körperliche Untersuchung (Auskultation, Thoraxform)
Spirometrie mit FEV1/VC-Messung
Röntgen-Thorax zum Ausschluss anderer Ursachen
Blutgasanalyse bei fortgeschrittener Erkrankung
Bodyplethysmographie und Diffusionskapazität (bei unklaren Fällen)

Therapie COPD
Rauchstopp und Expositionsvermeidung
Inhalative Bronchodilatatoren (SABA, LABA, LAMA)
Inhalative Kortikosteroide bei häufigen Exazerbationen
Pulmonale Rehabilitation und Atemphysiotherapie
Langzeitsauerstofftherapie bei chronischer Hypoxie
Impfungen (Influenza, Pneumokokken)

7. Asthma bronchiale im Alter

Asthma bronchiale ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung der Atemwege. Sie führt zu einer Verengung der Bronchien, die in der Regel reversibel ist. Typisch sind Atemnotanfälle, Husten, ein Engegefühl in der Brust und pfeifende Atemgeräusche (Giemen). Die Beschwerden treten häufig in der Nacht oder am frühen Morgen auf.

Bei älteren Menschen kann Asthma bereits seit der Kindheit bestehen (persistierendes Asthma), oder es beginnt erst im höheren Lebensalter (spät beginnendes Asthma/late onset Asthma). Die Unterscheidung ist wichtig, da sich der Verlauf und die Therapie teilweise unterscheiden.

Die Diagnose von Asthma bei älteren Menschen ist oft schwierig. Einerseits, weil die Symptome mit anderen Lungenerkrankungen wie der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) verwechselt werden können, andererseits, weil ältere Menschen ihre Beschwerden manchmal nicht richtig einschätzen oder äußern. Außerdem kann eine eingeschränkte Lungenfunktion altersbedingt sein und das Bild zusätzlich verwischen.

Im Alter verändert sich auch das Immunsystem. Dies kann dazu führen, dass entzündliche Prozesse in den Atemwegen anders verlaufen. Häufig finden sich bei älteren Patienten Mischformen zwischen Asthma und COPD, das sogenannte „Asthma-COPD-Overlap“ (ACO).

Die Diagnose erfolgt durch eine gründliche Anamnese, die körperliche Untersuchung, eine Lungenfunktionsprüfung (z. B. Spirometrie) und gegebenenfalls eine bronchiale Provokationstestung oder Messung von Entzündungsmarkern (z. B. FeNO oder Eosinophilen im Blut). Bei älteren Menschen ist es besonders wichtig, die Spirometrie korrekt durchzuführen, was aufgrund kognitiver oder körperlicher Einschränkungen manchmal erschwert ist. Eine Röntgenaufnahme oder ein CT der Lunge kann notwendig sein, um andere Erkrankungen wie eine COPD oder ein Lungenemphysem auszuschließen.

Die Therapie bei älteren Menschen folgt im Prinzip den gleichen Stufen wie bei jüngeren Patienten. Ziel ist die Kontrolle der Entzündung, die Verhinderung von

Anfällen und die Verbesserung der Lebensqualität. Die wichtigsten Bausteine der Therapie sind:

• Inhalative Kortikosteroide (ICS): Sie wirken entzündungshemmend und sind die Basistherapie bei dauerhaftem Asthma.

• Bronchodilatatoren: Vor allem langwirksame Beta-2-Sympathomimetika (LABA) oder Anticholinergikum (Tiotropium) werden zusätzlich eingesetzt, um die Atemwege zu erweitern.

• Bedarfsmedikation: Bei akuten Beschwerden können kurz wirksame Beta-2-Mimetika (SABA) inhaliert werden.

• Allergenkarenz und Impfungen: Vermeidung von Reizstoffen (z. B. Rauch, Staub) und regelmäßige Impfungen (Grippe, Pneumokokken) sind wichtig.

Bei älteren Patienten müssen mögliche Nebenwirkungen, z. B. durch Kortison oder Beta-Mimetika (z. B. Herzrhythmusstörungen), beachtet werden. Auch ist die korrekte Anwendung der Inhalationsgeräte entscheidend. Hier sind Schulungen und Wiederholungen durch Pflegekräfte, Angehörige oder Therapeuten besonders wichtig.

Wenn Asthma bronchiale im Alter richtig erkannt und behandelt wird, können die meisten Patienten eine gute Kontrolle der Erkrankung erreichen. Unbehandelt kann es allerdings zu häufigen Notfällen und Krankenhausaufenthalten kommen. Eine regelmäßige ärztliche Kontrolle, gute Patientenaufklärung und individuelle Therapieanpassung sind daher besonders wichtig und lassen die Lebensqualität der Patienten verbessern.

8. Pneumonie beim geriatrischen Patienten

Die Pneumonie, also die Lungenentzündung, ist eine der häufigsten und gefährlichsten Erkrankungen bei älteren Menschen. Sie entsteht meist durch eine Infektion mit Bakterien, Viren oder seltener Pilzen, die in die Lunge gelangen und dort eine Entzündung verursachen.
Im Alter ist das Risiko, an einer Pneumonie zu erkranken, deutlich erhöht. Dies liegt unter anderem an der verminderten Abwehrkraft des Immunsystems, das sich durch den Alterungsprozess verändert hat. Außerdem sind viele ältere Menschen aufgrund von chronischen Erkrankungen oder Immobilität anfälliger für Infektionen.
Die Symptome einer Pneumonie bei älteren Patienten sind oft unspezifisch. Häufig fehlt das typische Fieber oder der starke Husten. Stattdessen können Verwirrtheit, Schwäche oder ein schlechter Allgemeinzustand im Vordergrund stehen. Diese atypischen Symptome erschweren die Diagnose.

Die Diagnose wird durch eine körperliche Untersuchung, Bluttests und ein Röntgenbild des Thorax gestellt. Im Röntgen sieht man oft typische Veränderungen in den Lungenabschnitten, die entzündet sind.
Die Behandlung der Pneumonie erfolgt in der Regel mit Antibiotika, die je nach Erreger ausgewählt werden. Wichtig ist die frühzeitige Behandlung, da eine verzögerte Therapie zu Komplikationen wie einem Lungenabszess oder einer Sepsis führen kann.
Zusätzlich zur medikamentösen Behandlung ist die Unterstützung der Atmung durch Sauerstoffgabe oft notwendig. Ältere Patienten profitieren außerdem von einer guten Pflege, ausreichender Flüssigkeitszufuhr und Mobilisation.
Prävention spielt eine große Rolle. Impfungen gegen Pneumokokken und Influenza können das Risiko einer Pneumonie deutlich reduzieren. Auch die Verbesserung der Mundhygiene und das Vermeiden von Aspiration, also dem Eindringen von Nahrung oder Flüssigkeit in die Atemwege, sind wichtige Maßnahmen.

Insgesamt ist die Pneumonie bei geriatrischen Patienten eine ernstzunehmende Erkrankung mit hoher Sterblichkeit. Durch eine rechtzeitige Diagnose und eine umfassende Behandlung kann die Prognose verbessert werden.

Tabelle 3: Häufig eingesetzte Antibiotika bei Pneumonie im Alter

Antibiotikum	Wirkung	Besonderheiten
Amoxicillin	Breitband, grampositiv	Gut verträglich, Dosis anpassen
Ceftriaxon	Cephalosporin	Einmalgabe, nierenfreundlich
Azithromycin	Makrolid	Lange Halbwertszeit, QT-Zeit beachten
Levofloxacin	Fluorchinolon	Reserve, Nebenwirkungen
Piperacillin/Tazobactam	Breitspektrum	Stationär, schwere Verläufe

9. Interstitielle Lungenerkrankungen (ILD) im Alter

Interstitielle Lungenerkrankungen sind eine Gruppe von Erkrankungen, bei denen das Lungengewebe zwischen den Lungenbläschen, das sogenannte Interstitium, chronisch entzündet oder vernarbt ist. Diese Veränderungen führen zu einer Versteifung der Lunge und beeinträchtigen den Sauerstoffaustausch. Bei älteren Menschen treten interstitielle Lungenerkrankungen häufig auf, da sich das Lungengewebe durch den Alterungsprozess bereits verändert hat. Die Ursachen für ILD sind vielfältig. Man unterscheidet zwischen idiopathischer

Lungenfibrose, die ohne erkennbare Ursache entsteht, und ILD, die durch äußere Einflüsse wie Medikamente, Umweltstoffe oder autoimmune Erkrankungen verursacht werden.
Typische Symptome sind belastungsabhängige Atemnot, trockener Reizhusten und eine allgemeine Leistungsabnahme. Die Erkrankung verläuft häufig langsam, aber fortschreitend.
Die Diagnose gestaltet sich oft schwierig, da die Symptome unspezifisch sind und andere Erkrankungen wie Herzinsuffizienz oder COPD ähnliche Beschwerden verursachen können. Bildgebende Verfahren wie die hochauflösende Computertomografie (HR-CT) der Lunge sind entscheidend, um typische Muster der Vernarbung sichtbar zu machen.
Lungenfunktionstests zeigen eine Einschränkung der Lungenvolumina (Vitalkapazität und Totallungenkapazität) und eine verminderte Diffusionskapazität, also die Fähigkeit der Lunge, Sauerstoff ins Blut zu transportieren.
Die Behandlung ist oft schwierig. Bei einigen Formen der ILD helfen entzündungshemmende Medikamente wie Kortikosteroide. Bei der idiopathischen Lungenfibrose kommen auch antifibrotische Medikamente zum Einsatz, die das Fortschreiten der Vernarbung verlangsamen können.
Wichtig ist außerdem eine gute symptomatische Behandlung, Sauerstofftherapie bei fortgeschrittener Erkrankung und regelmäßige Kontrollen. Da ILD oft chronisch und fortschreitend verläuft, spielt auch die palliative Versorgung zur Verbesserung der Lebensqualität eine wichtige Rolle.
Insgesamt stellt die interstitielle Lungenerkrankung im Alter eine komplexe Herausforderung dar, die eine frühzeitige Diagnose und eine individuell abgestimmte Therapie erfordert.

10. Lungenkarzinom beim geriatrischen Patienten

Das Lungenkarzinom, also der Lungenkrebs, ist eine der häufigsten Krebserkrankungen weltweit und tritt besonders häufig im höheren Lebensalter auf. Rauchen ist der wichtigste Risikofaktor, aber auch Umweltgifte, Luftverschmutzung und berufliche Expositionen spielen eine Rolle.
Lungenkrebs wird grob in zwei Haupttypen eingeteilt: das kleinzellige Lungenkarzinom und das nicht-kleinzellige Lungenkarzinom. Das nicht-kleinzellige Karzinom ist die häufigere Form und umfasst mehrere Untertypen, darunter das Adenokarzinom und das Plattenepithelkarzinom.
Die Symptome sind oft unspezifisch und treten erst spät auf. Dazu gehören anhaltender Husten, Bluthusten, Schmerzen in der Brust, Gewichtsverlust und Atemnot. Häufig werden Symptome erst spät bemerkt, was die Prognose verschlechtert.
Die Diagnose erfolgt durch bildgebende Verfahren wie Röntgen-Thorax und Computertomografie (CT). Zur weiteren Abklärung werden Gewebeproben mittels Bronchoskopie oder Punktion entnommen.
Im höheren Alter ist die Behandlung von Lungenkrebs besonders herausfordernd. Die Therapie richtet sich nach Tumorart, -stadium und dem allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten. Operationen, Chemotherapie und Bestrahlung sind die üblichen Behandlungsmethoden.
Bei geriatrischen Patienten müssen Begleiterkrankungen und die eingeschränkte Organfunktion berücksichtigt werden. Oft sind individuell angepasste Therapiepläne notwendig, um Nebenwirkungen zu minimieren und die Lebensqualität zu erhalten.
Palliative Maßnahmen spielen eine wichtige Rolle, wenn eine kurative Behandlung nicht möglich ist. Ziel ist es, Symptome zu lindern und die Lebenszeit so angenehm wie möglich zu gestalten.
Die Prognose des Lungenkarzinoms ist insgesamt ungünstig, insbesondere bei später Diagnosestellung. Früherkennung und Risikominimierung, etwa durch Rauchstopp, sind daher von großer Bedeutung.

Tabelle 4: Therapieoptionen beim Lungenkarzinom im höheren Lebensalter

Therapieform	Indikation	Besonderheiten im Alter
Operation (chirurgische Resektion)	Frühstadium, gute Lungenfunktion, stabile Komorbiditäten	Nur bei guter funktioneller Reserve; erhöhtes Risiko bei Herz-Kreislauf-Vorerkrankungen
Strahlentherapie	Alternative zur OP bei lokalisiertem Tumor oder palliative Behandlung	Schonender bei schlechter Allgemeinverfassung; Gefahr von Strahlenpneumonitis beachten
Chemotherapie	Fortgeschrittene Stadien oder adjuvant	Dosisanpassung notwendig; Risiko für Nebenwirkungen (z. B. Knochenmarksuppression) steigt
Immuntherapie (z. B. Checkpoint-Inhibitoren)	Bei bestimmten histologischen Subtypen im fortgeschrittenen Stadium	Gute Verträglichkeit auch im Alter, aber mögliche Autoimmunreaktionen sorgfältig überwachen
Zielgerichtete Therapie (z. B. EGFR-/ALK-Inhibitoren)	Bei nachgewiesener Mutation; meist NSCLC-Typ	Gute orale Therapien möglich; Mutationstest erforderlich; geringe Toxizität
Palliative Therapie	Symptomlinderung bei inkurablen Tumoren (Schmerz, Dyspnoe, Angst)	Zentrale Rolle im Alter: Lebensqualität steht im Vordergrund

Begleittherapien	Ernährungstherapie, Atemtherapie, Physiotherapie, psychosoziale Betreuung	Stärken Selbstständigkeit und Lebensqualität, gerade im hohen Alter

11. Schlafbezogene Atemstörungen im Alter

Schlafbezogene Atemstörungen sind bei älteren Menschen häufig, werden aber oft nicht erkannt. Die häufigste Form ist die sogenannte obstruktive Schlafapnoe (OSA). Dabei kommt es während des Schlafs immer wieder zu Atemaussetzern, weil die Atemwege im Rachenraum vorübergehend verengt oder verschlossen sind.

Diese Atemaussetzer führen zu einem Abfall des Sauerstoffgehalts im Blut und zu häufigem Aufwachen (Weckreaktion), was die Schlafqualität stark beeinträchtigt. Die Betroffenen fühlen sich tagsüber müde, sind unkonzentriert und haben ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Im Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, an Schlafapnoe zu erkranken, weil das Muskelgewebe im Rachen erschlafft und die Atemwege leichter kollabieren. Zusätzlich können Übergewicht sowie anatomische Veränderungen das Risiko erhöhen.

Typische Symptome sind lautes Schnarchen, häufiges Erwachen, Tagesmüdigkeit und Kopfschmerzen am Morgen. Patienten spüren selbst nichts aber die Angehörigen können Atemaussetzer während des Schlafs registrieren.

Die Diagnose erfolgt durch eine sogenannte Polysomnografie, eine umfassende Schlafuntersuchung, die Atmung, Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz und Schlafphasen aufzeichnet. In der Praxis werden oft auch einfachere Screening-Methoden eingesetzt, um das Vorhandensein der OSAS ausschließen zu können.

Die Behandlung richtet sich nach der Schwere der Erkrankung. Bei leichteren Formen helfen Gewichtsreduktion und eine Schlafpositionsänderung. Bei schwereren Fällen wird eine sogenannte CPAP-Therapie eingesetzt. Dabei trägt der Patient während des Schlafs eine Maske, die einen kontinuierlichen positiven Atemwegsdruck erzeugt und so die Atemwege offen hält.
Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung sind wichtig, um Komplikationen wie Bluthochdruck, Herzinfarkt oder Schlaganfall zu verhindern und die Lebensqualität zu verbessern.

12. Lungenembolie beim geriatrischen Patienten

Die Lungenembolie (LE) ist ein plötzliches Verschließen einer Lungenarterie durch ein Blutgerinnsel (Embolus), das meist aus tiefen Beinvenen stammt. Sie zählt zu den lebensbedrohlichen Notfällen und ist insbesondere bei älteren Menschen sehr häufig.
Im Alter steigt das Risiko für eine Lungenembolie aus mehreren Gründen: Ältere Menschen bewegen sich oft weniger, wodurch die Blutzirkulation verlangsamt wird und das Risiko für Blutgerinnsel (Thrombosen) steigt. Außerdem sind Begleiterkrankungen wie Herzinsuffizienz, Krebs oder Vorhofflimmern häufig und erhöhen die Gefahr für Thrombosen und Embolien.
Typische Symptome der Lungenembolie sind plötzliche Atemnot, Brustschmerzen, schneller Herzschlag und manchmal Husten mit Blut. Gerade bei älteren Patienten sind die Symptome jedoch oft unspezifisch und können z. B. als Verwirrtheit, Schwäche oder Verschlechterung eines bestehenden Krankheitsbildes erscheinen. Dies erschwert die Diagnose erheblich.
Für die Diagnostik wird der Bluttest, der D-Dimer-Wert eingesetzt um die Diagnose bei negativem Wert auszuschließen. Bei klinischem Verdacht und positiven D-Dimer ist das bildgebende Verfahren wie die Computertomografie (CT-Angiographie) der Lungengefäße der Goldstandard.

Die Behandlung der Lungenembolie erfolgt vorrangig mit gerinnungshemmenden Medikamenten (Antikoagulanzien), die verhindern, dass sich weitere Gerinnsel bilden, und den Körper helfen, das bestehende Gerinnsel aufzulösen. Bei schweren Fällen kann eine Thrombolyse (Auflösung des Gerinnsels mit Medikamenten) oder sogar ein operativer Eingriff notwendig sein.
Bei geriatrischen Patienten ist die Therapie oft komplex, weil das Risiko für Blutungen unter Antikoagulation höher ist. Deshalb muss die Behandlung genau überwacht und individuell angepasst werden.
Eine frühzeitige Erkennung und Behandlung sind entscheidend, um Komplikationen wie einen Kreislaufschock oder den Tod zu vermeiden.

Tabelle 5: Diagnostik und Therapie der Lungenembolie

Diagnostik Lungenembolie
Klinische Einschätzung (z. B. Wells-Score)
D-Dimer-Test bei niedriger Wahrscheinlichkeit
CT-Angiografie des Thorax (Goldstandard)
Sonografie der Beinvenen (bei Verdacht auf TVT)
Echokardiografie (bei hämodynamischer Instabilität)
Blutgasanalyse, EKG und Röntgen-Thorax als Zusatzdiagnostik

Therapie Lungenembolie
Antikoagulation (initial Heparin, dann DOAK oder VKA)
Thrombolyse bei schwerer, instabiler PE
Katheterintervention oder chirurgische Embolektomie in Einzelfällen
Langzeit-Antikoagulation (3–6 Monate oder dauerhaft)
Kompressionstherapie bei gleichzeitiger TVT
Sekundärprävention: Mobilisation, Risikofaktoren reduzieren

13. Chronische Atemnot im Alltag bei geriatrischen Patienten

Chronische Atemnot, ist ein häufiges und belastendes Symptom bei älteren Menschen mit pulmologischen Erkrankungen. Sie beschreibt das unangenehme Gefühl, nicht genug Luft zu bekommen, was die Lebensqualität deutlich einschränken kann.
Im Alltag treten Atemnot und Belastungsintoleranz häufig auf, zum Beispiel beim Treppensteigen, Gehen oder Sprechen. Die Ursachen sind vielfältig und reichen von chronischen Lungenerkrankungen wie COPD oder Herzinsuffizienz bis hin zu Muskelschwäche und allgemeinen altersbedingten Veränderungen.
Die chronische Atemnot wirkt sich nicht nur körperlich aus, sondern hat auch große Auswirkungen auf die Psyche. Viele Betroffene entwickeln Angst vor Belastungen und vermeiden dadurch körperliche Aktivitäten. Dies führt zu einem Teufelskreis, da Bewegungsmangel die Atemmuskulatur schwächt und die Atemnot weiter verschlimmert.
Die Behandlung der chronischen Atemnot im Alter ist komplex und erfordert einen ganzheitlichen Ansatz. Neben der optimalen medizinischen Therapie der Grunderkrankung spielen Atemtherapie, körperliches Training und psychologische Unterstützung eine wichtige Rolle.
Techniken wie das Lippenbremse-Atmen oder gezielte Atemübungen können helfen, die Atemnot zu lindern. Auch der Einsatz von Sauerstofftherapie bei Patienten mit Sauerstoffmangel kann die Symptome verbessern.
Wichtig ist außerdem, die Patienten zu motivieren, trotz der Atemnot körperlich aktiv zu bleiben, um die Muskelfunktion zu erhalten und die Belastbarkeit zu steigern.
Insgesamt ist die chronische Atemnot ein komplexes Symptom, das eine individuelle und interdisziplinäre Betreuung erfordert, um die Lebensqualität der geriatrischen Patienten bestmöglich zu erhalten.

14. Psychosoziale Aspekte bei pulmologischen Erkrankungen im Alter

Pulmologische Erkrankungen wie COPD, Asthma bronchiale, Lungenfibrose oder Lungenembolie betreffen nicht nur die Lunge, sondern haben auch weitreichende Auswirkungen auf das seelische Wohlbefinden und das soziale Leben älterer Menschen. Diese psychosozialen Aspekte spielen eine wichtige Rolle bei der Bewältigung der Krankheit und beeinflussen die Lebensqualität und den Krankheitsverlauf.

1. Angst und Atemnot – ein belastender Kreislauf

Viele ältere Menschen mit chronischen Lungenerkrankungen leiden unter wiederkehrender Atemnot. Diese wird oft nicht nur körperlich, sondern auch psychisch als bedrohlich empfunden. Die Angst, keine Luft zu bekommen, kann Panik auslösen – was die Atemnot wiederum verstärkt. Es entsteht ein Kreislauf aus Angst und Luftnot. Diese ständige Unsicherheit kann zu einer starken psychischen Belastung führen.
Auch die Angst vor Krankenhausaufenthalten, vor Kontrollverlust oder dem Ersticken am Lebensende ist häufig. Solche Ängste werden oft nicht offen angesprochen, obwohl sie das Leben sehr beeinträchtigen können.

2. Einsamkeit und soziale Isolation

Viele Betroffene ziehen sich im Verlauf der Erkrankung zunehmend zurück – sei es aus Scham über Hustenanfälle, weil sie Sauerstoffgeräte nutzen oder weil sie sich schnell erschöpfen. Dadurch kommt es oft zu einer sozialen Isolation. Treffen mit Freunden, der Besuch von Veranstaltungen oder das Teilnehmen an Gruppenaktivitäten wird seltener oder ganz aufgegeben. Einsamkeit kann die psychische Verfassung verschlechtern und sogar depressive Symptome verstärken.

3. Verlust von Selbstständigkeit

Mit fortschreitender Erkrankung brauchen viele Betroffene mehr Unterstützung im Alltag. Das Gefühl, nicht mehr alles allein bewältigen zu können, kann zu Frustration, Trauer oder Scham führen. Besonders ältere Menschen, die ein Leben lang unabhängig waren, haben oft Schwierigkeiten, Hilfe anzunehmen. Die Abhängigkeit von Sauerstoffgeräten, Inhalationen oder ständiger Betreuung kann das Selbstwertgefühl beeinträchtigen.

4. Bedeutung von Unterstützung und Kommunikation

Ein guter Umgang mit der Erkrankung wird erleichtert, wenn Betroffene sich verstanden und ernst genommen fühlen. Regelmäßige Gespräche mit Pflegekräften, Ärzten oder auch psychologischen Fachkräften helfen, Sorgen anzusprechen und Ängste zu reduzieren. Auch Atemschulungen, Entspannungsverfahren und Gesprächsgruppen können zur besseren Bewältigung beitragen.
Pflegekräfte spielen hier eine wichtige Rolle, indem sie nicht nur medizinisch begleiten, sondern auch zuhören, motivieren und Mut machen. Auch ein offenes Gespräch über Wünsche am Lebensende (z. B. in palliativen Situationen) kann Sicherheit geben und Ängste abbauen.

5. Wohnumfeld und Lebensqualität

Das Wohnumfeld beeinflusst die psychosoziale Situation deutlich. Eine barrierearme Wohnung, ein pflegerisch gut versorgter Platz im Heim oder auch ein geregelter Tagesablauf helfen dabei, Stabilität und Sicherheit zu schaffen. Kleine Anpassungen – wie Haltegriffe, ein bequemer Platz zum Ausruhen oder gut erreichbare Medikamente – können viel zur Selbstständigkeit beitragen und das Gefühl stärken, das Leben noch mitgestalten zu können.

6. Fazit

Psychosoziale Aspekte sind bei pulmologischen Erkrankungen im Alter ein wichtiger Teil der Gesamtversorgung. Die Verbindung von körperlicher Therapie mit psychologischer und sozialer Unterstützung verbessert nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die Therapieerfolge. Deshalb sollten seelische Belastungen, Ängste, soziale Isolation und der Wunsch nach Selbstbestimmung immer mitbedacht und aktiv begleitet werden.

Tabelle 6: Psychosoziale Belastungen und mögliche Hilfen

Typische Belastungen bei Lungenerkrankungen und unterstützende Maßnahmen.

Belastung	Mögliche Hilfsmaßnahmen
Angst vor Atemnot	Atemtraining, psychologische Unterstützung
Depression, Traurigkeit	Psychotherapie, medikamentöse Behandlung
Einsamkeit	Soziale Dienste, Tagespflege, Besuchsdienste
Überforderung der Angehörigen	Pflegeschulungen, Beratung, ambulante Entlastungshilfen

15. Die Rolle der Pflegekräfte bei pulmologischen Erkrankungen im Alter

Pflegekräfte nehmen bei älteren Menschen mit Lungenkrankheiten eine zentrale Rolle ein. Sie sind oft die ersten, die Veränderungen im körperlichen Zustand bemerken, und tragen wesentlich zur Stabilisierung und Verbesserung der Gesundheit bei. Ihre Aufgaben reichen dabei weit über die reine Grundpflege hinaus.

Pflegekräfte überwachen regelmäßig die Atmung, die Sauerstoffsättigung sowie den Allgemeinzustand der Patientinnen und Patienten. Sie erkennen frühzeitig Anzeichen einer Verschlechterung, wie zum Beispiel zunehmende Atemnot, Husten, Zyanose oder Unruhe. Durch diese frühzeitige Beobachtung können medizinische Maßnahmen schneller eingeleitet und Komplikationen oft vermieden werden.

Ein weiterer wichtiger Aufgabenbereich ist die Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme. Viele geriatrische Patientinnen und Patienten haben Schwierigkeiten, ihre Medikamente korrekt und regelmäßig einzunehmen – sei es aufgrund kognitiver Einschränkungen, motorischer Probleme oder mangelnden Verständnisses. Pflegekräfte sorgen dafür, dass Inhalationen korrekt angewendet werden, und klären die Betroffenen und ihre Angehörigen über Wirkungen und Nebenwirkungen auf.

Zusätzlich fördern Pflegekräfte die Mobilität und ermutigen zur Teilnahme an physiotherapeutischen oder rehabilitativen Maßnahmen. Auch Atemübungen oder das richtige Lagern zur Sekretlösung gehören zum pflegerischen Repertoire. Besonders bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Atemnot kann die richtige pflegerische Unterstützung helfen, Angst zu lindern und mehr Sicherheit im Alltag zu geben.

Darüber hinaus übernehmen Pflegekräfte eine vermittelnde Rolle zwischen Ärzten, Therapeutinnen, Angehörigen und Betroffenen. Sie koordinieren Abläufe, sorgen für einen geregelten Alltag im Heim oder zu Hause und schaffen Vertrauen durch ihre tägliche Präsenz und Fürsorge.

16. Die Rolle der Angehörigen bei pulmologischen Erkrankungen im Alter

Angehörige sind für ältere Menschen mit chronischen Lungenkrankheiten eine wichtige Stütze und Hilfe– sowohl emotional als auch praktisch. Ihre Rolle wird oft unterschätzt, obwohl sie maßgeblich zur Stabilität und Lebensqualität der Betroffenen beiträgt.

In vielen Fällen sind es Angehörige, die Arzttermine ausmachen, begleiten, Medikationspläne im Auge behalten und die häusliche Umgebung an die Bedürfnisse der Erkrankten anpassen. Sie übernehmen häufig auch eine informelle Pflege, auch wenn professionelle Pflegekräfte beteiligt sind.

Besonders bei fortgeschrittener Erkrankung und eingeschränkter Mobilität leisten Angehörige wichtige Hilfe im Alltag – beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, bei der Sauerstoffversorgung oder bei der Ernährung. Auch emotionale Unterstützung ist zentral: Viele ältere Menschen leiden unter Ängsten, insbesondere bei Atemnot und bei Krankenhausaufenthalten. Angehörige geben Halt und Orientierung.

Wichtig ist auch ihre Rolle in der Kommunikation mit dem medizinischen Team. Angehörige beobachten oft Veränderungen im Verhalten oder Gesundheitszustand, die für Ärztinnen oder Pflegekräfte nicht sofort erkennbar sind. Sie können dadurch wesentlich zur Einschätzung der Situation beitragen.

Damit Angehörige ihre Rolle gut erfüllen können, brauchen sie selbst Informationen, Schulung und oft auch emotionale Unterstützung. Eine enge Zusammenarbeit mit Pflegekräften und Ärztinnen ist daher entscheidend – ebenso wie eine gute Entlastung, etwa durch Pflegeberatung oder Kurzzeitpflegeangebote.

17. Multimorbidität und Polypharmazie bei pulmologischen Erkrankungen im Alter

Viele ältere Menschen leiden nicht nur an einer, sondern gleich an mehreren chronischen Krankheiten gleichzeitig. Dieses gleichzeitige Auftreten mehrerer Erkrankungen wird Multimorbidität genannt. Typisch ist zum Beispiel, dass ein Patient mit COPD zusätzlich an Bluthochdruck, Herzschwäche, Diabetes oder einer Nierenschwäche leidet.
Multimorbidität stellt eine große Herausforderung bei der Behandlung von Lungenerkrankungen dar. Die Symptome verschiedener Krankheiten können sich überlappen oder verstärken. So kann z. B. die Atemnot durch eine Lungenerkrankung, eine Herzschwäche (Herzinsuffizienz) oder eine Blutarmut (Anämie) verursacht oder verstärkt werden. Deshalb ist es oft schwierig, die genaue Ursache der Beschwerden herauszufinden.
Ein weiteres Problem ist die sogenannte Polypharmazie, also die gleichzeitige Einnahme vieler Medikamente. Gerade ältere Menschen nehmen häufig fünf oder mehr Medikamente täglich ein. Dabei steigt das Risiko für Nebenwirkungen und Wechselwirkungen deutlich. Einige Medikamente beeinflussen auch die Lunge oder das Herz negativ, was sich bei bestehenden Lungenerkrankungen ungünstig auswirken kann.
Ein Beispiel ist die Kombination von Beruhigungsmitteln oder Schlafmitteln mit Atemwegserkrankungen – diese können die Atmung zusätzlich dämpfen. Auch Kortison, das bei vielen Lungenerkrankungen eingesetzt wird, kann bei langfristiger Einnahme zu Zuckerkrankheit, Osteoporose oder Muskelschwäche führen.
Deshalb ist es sehr wichtig, dass alle behandelnden Ärzte eng zusammenarbeiten. Auch Apotheker können bei der Prüfung der Medikamentenpläne eine wertvolle Rolle spielen. Regelmäßige Überprüfung der Medikation und eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung sind besonders bei geriatrischen Patienten unerlässlich.

Ein strukturierter, übersichtlicher Medikamentenplan hilft sowohl den Patienten als auch den Angehörigen, den Überblick zu behalten. Zudem kann eine gezielte Reduktion unnötiger Medikamente – auch „Deprescribing“ genannt – bei alten Menschen sinnvoll sein.

18. Rehabilitation und physikalische Therapie bei pulmologischen Erkrankungen im Alter

Rehabilitation ist ein wichtiger Teil der Behandlung bei chronischen Lungenerkrankungen. Sie hilft älteren Menschen, nach einer akuten Erkrankung wie einer Lungenentzündung oder einer Lungenembolie wieder fitter zu werden. Aber auch bei chronischen Krankheiten wie COPD oder interstitiellen Lungenerkrankungen ist eine gezielte Reha sehr sinnvoll.
Ziel der Rehabilitation ist es, die körperliche Leistungsfähigkeit zu verbessern, Atemnot zu verringern und die Lebensqualität zu steigern. Besonders ältere Patienten profitieren davon, weil sie oft durch längere Krankenhausaufenthalte oder durch Inaktivität in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt sind.

Wichtige Bestandteile einer pulmologischen Reha sind:
• Atemtherapie: Spezielle Übungen helfen den Patienten, bewusster und effektiver zu atmen. Techniken wie die Lippenbremse oder das dosierte Atmen können bei Atemnot deutlich helfen.
• Körperliches Training: Je nach Leistungsfähigkeit werden Ausdauer, Muskelkraft und Beweglichkeit trainiert – z. B. Theraband, durch Gehübungen, Fahrradtraining oder leichte Kraftübungen.
• Physiotherapie: Sie unterstützt die Mobilisation, verbessert die Haltung und hilft, Sekrete aus der Lunge besser abzuhusten.
• Ernährungsberatung: Viele geriatrische Patienten sind mangelernährt oder übergewichtig. Beides kann die Atmung negativ beeinflussen.

• Psychologische Begleitung: Depressionen, Angstzustände oder Atemnotangst sind häufig und können in der Reha besser erkannt und behandelt werden.
• Schulung und Selbstmanagement: Die Patienten lernen, mit ihrer Erkrankung im Alltag besser umzugehen – z. B. wie sie Medikamente richtig anwenden oder wie sie Atemnot vorbeugen.

Die Rehabilitation kann stationär in einer Rehaklinik oder ambulant in speziellen Einrichtungen stattfinden. Auch in der geriatrischen Frührehabilitation im Krankenhaus werden oft erste Maßnahmen eingeleitet.
Für viele ältere Patienten ist es auch wichtig, nach der Reha im Alltag weiter aktiv zu bleiben. Bewegung, Training in Herz- oder Lungensportgruppen sowie regelmäßige Atemübungen sind dabei besonders wirksam. Hausärzte, Physiotherapeuten und Angehörige können hier wichtige Unterstützung leisten.

Tabelle 7: Elemente einer pulmonalen Rehabilitation
Wichtige Therapiebausteine zur Verbesserung der Lungenfunktion und Lebensqualität.

Therapiebaustein	Ziel der Maßnahme
Atemphysiotherapie	Verbesserung der Atemtechnik und Sekretmobilisation
Ergotherapie	Erhalt der Selbstständigkeit im Alltag
Kraft- und Ausdauertraining	Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
Ernährungsberatung	Vorbeugung von Mangelernährung

19. Palliativmedizin bei fortgeschrittenen Lungenerkrankungen

Wenn eine Lungenerkrankung nicht mehr heilbar ist und weiter fortschreitet, wird die Behandlung häufig umgestellt. Dann geht es nicht mehr um Heilung, sondern vor allem darum, die Beschwerden zu lindern und die Lebensqualität zu erhalten. Dies ist die Aufgabe der Palliativmedizin.
Bei fortgeschrittenen Erkrankungen wie schwerer COPD, idiopathischer Lungenfibrose oder Lungenkrebs sind Atemnot, Angst, Schmerzen und Erschöpfung häufige Symptome. Diese können den Alltag stark belasten und auch psychisch sehr belastend sein – nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Angehörigen.
Ziel der palliativen Versorgung ist es, diese Symptome möglichst gut zu kontrollieren. Die Behandlung erfolgt durch ein Team aus Ärzten, Pflegekräften, Psychologen, Sozialarbeitern und – wenn gewünscht – auch Seelsorgern. Sie arbeiten gemeinsam daran, den Patienten in dieser schwierigen Phase bestmöglich zu begleiten.

Wichtige Maßnahmen in der palliativen Versorgung bei Lungenerkrankungen sind:
• Linderung der Atemnot: Medikamente wie Morphin in niedriger Dosis können das Gefühl der Luftnot deutlich verringern, ohne die Atmung gefährlich zu unterdrücken. Auch Frischluftzufuhr, kühle Tücher oder gezielte Atemtechniken helfen.
• Sauerstofftherapie: Wenn ein Sauerstoffmangel vorliegt, kann Sauerstoffgabe die Symptome verbessern. Bei subjektiver Atemnot ohne Sauerstoffmangel hilft Sauerstoff jedoch oft nicht.
• Behandlung von Angst und Unruhe: Viele Patienten mit Luftnot entwickeln Angstzustände oder Panik. Medikamente wie Beruhigungsmittel oder die psychologische Begleitung helfen, diese Ängste zu kontrollieren.

• Schmerztherapie: Bei Lungenkarzinom oder bei überanstrengter Atemmuskulatur können Schmerzen auftreten. Eine gute Schmerztherapie verbessert die Lebensqualität deutlich.
• Gespräche über den Krankheitsverlauf und Wünsche: In Palliativsetting wird offen über den Verlauf und mögliche Entscheidungen gesprochen – etwa über den Wunsch nach Krankenhausbehandlungen oder lieber Versorgung zu Hause.
• Unterstützung der Angehörigen: Die Familie spielt eine zentrale Rolle. Sie wird in die Betreuung einbezogen und erhält selbst Hilfe, um mit der Situation umzugehen.
Die Palliativmedizin kann sowohl zu Hause durch spezialisierte ambulante Palliativdienste erfolgen als auch stationär im Krankenhaus oder Hospiz. Wichtig ist, dass die Versorgung frühzeitig beginnt – nicht erst ganz am Lebensende. So lassen sich Ängste abbauen und Lebensqualität erhalten.

Tabelle 8: Palliative Maßnahmen bei Atemnot
Therapiemöglichkeiten zur Linderung der Atemnot im fortgeschrittenen Krankheitsstadium.

Maßnahme	Wirkung
Opioide (z. B. Morphin)	Senken das Atemantriebgefühl, lindern Atemnot
Ventilatorische Unterstützung (z.B. nicht-Invasive Beatmung)	Erleichtert die Atmung, v. a. nachts
Beruhigungsmittel	Lösen Angst, z. B. bei Panik durch Atemnot
Gespräche und Aufklärung	Vermitteln Sicherheit und reduzieren Stress

20. Prävention und Gesundheitsförderung im Alter bei Lungenerkrankungen

Vorbeugung – also die sogenannte Prävention – spielt auch im hohen Alter eine große Rolle. Viele Erkrankungen der Lunge lassen sich durch einfache Maßnahmen vermeiden oder zumindest in ihrem Verlauf positiv beeinflussen. Gerade bei älteren Menschen ist es besonders wichtig, gezielt Gesundheit zu fördern und Risikofaktoren zu verringern.

1. Rauchstopp – auch im Alter sinnvoll

Rauchen ist der wichtigste Risikofaktor für viele Lungenerkrankungen – insbesondere für COPD und Lungenkrebs. Aber auch die Entstehung von Lungenentzündungen oder interstitiellen Lungenerkrankungen kann dadurch begünstigt werden.
Viele ältere Menschen denken, dass ein Rauchstopp in ihrem Alter keinen Unterschied mehr mache. Das ist jedoch falsch. Selbst im hohen Alter verbessert sich die Lungenfunktion nach einem Rauchstopp. Auch das Risiko für Lungeninfektionen und Krankenhausaufenthalte sinkt.

2. Impfungen – ein wichtiger Schutz

Ältere Menschen haben ein schwächeres Immunsystem und sind anfälliger für Infektionen. Deshalb sind Impfungen ein zentraler Baustein der Prävention:
• Pneumokokken-Impfung: Schützt vor schwerer Lungenentzündung durch Pneumokokken-Bakterien.
• Grippe-Impfung: Sollte jedes Jahr erfolgen, um Komplikationen durch Influenza zu vermeiden.
• COVID-19-Impfung: Besonders bei Lungenerkrankungen ist eine regelmäßige Auffrischung sinnvoll.
• Keuchhusten-Impfung (Pertussis): Wird ebenfalls empfohlen, da Keuchhusten auch im Alter schwer verlaufen kann.

3. Bewegung und körperliche Aktivität

Auch bei Lungenerkrankungen ist Bewegung wichtig. Regelmäßige körperliche Aktivität hilft, die Muskulatur zu stärken, die Atemfunktion zu erhalten und das Herz-Kreislauf-System zu trainieren. Bereits kleine tägliche Spaziergänge oder gezielte Übungen wirken sich positiv auf den gesamten Körper aus.

4. Gesunde Ernährung

Eine ausgewogene Ernährung mit ausreichend Eiweiß, Vitaminen und Mineralstoffen hilft, die Muskulatur zu erhalten, Infekte besser zu bekämpfen und insgesamt fitter zu bleiben. Unter- und Mangelernährung sollten frühzeitig erkannt und behandelt werden.

5. Aufklärung und Schulung

Viele ältere Menschen wissen nicht, wie sie ihre Erkrankung richtig behandeln oder sich im Alltag verhalten sollen. Schulungsprogramme, Patientenschulungen oder auch kurze Informationsgespräche beim Arzt oder in der Apotheke können helfen, die Eigenverantwortung zu stärken.

6. Hausärztliche Betreuung und Früherkennung

Regelmäßige Kontrollen beim Hausarzt helfen, Veränderungen der Lunge oder andere Erkrankungen frühzeitig zu erkennen. Auch eine gute Koordination zwischen Hausarzt, Lungenfacharzt und weiteren Fachbereichen unterstützt die Prävention.

21. Zusammenfassung

Pulmonologische Erkrankungen zählen im höheren Lebensalter zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen. Dazu gehören insbesondere die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Asthma bronchiale, Lungenembolie, Lungenkarzinom, Pneumonien sowie interstitielle Lungenerkrankungen. Diese Erkrankungen treten häufig im Rahmen von Multimorbidität auf und sind durch eine eingeschränkte Lungenfunktion, wiederkehrende Atemnot und eine erhöhte Infektanfälligkeit gekennzeichnet.

Im Alter verändern sich sowohl die Struktur als auch die Funktion der Lunge. Diese altersbedingten Veränderungen erschweren nicht nur die Diagnostik, sondern auch die Therapie. Zudem beeinflussen begleitende Faktoren wie eingeschränkte Mobilität, kognitive Defizite oder soziale Isolation den Verlauf und die Versorgung dieser Krankheiten.

Ein zentrales Merkmal der Versorgung älterer Patienten mit Lungenkrankheiten ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Ärztinnen, Pflegekräfte, Angehörige und Therapeutinnen müssen eng kooperieren, um eine individuelle und ganzheitliche Betreuung zu ermöglichen. Neben der medikamentösen Therapie spielen auch nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Atemtherapie, Mobilisation und psychosoziale Unterstützung eine wichtige Rolle.

Zudem sind Lebensqualität, Selbstständigkeit und psychosoziale Stabilität entscheidende Faktoren für einen erfolgreichen Umgang mit der Erkrankung. Die Integration palliativmedizinischer Ansätze sowie eine frühzeitige Planung der Versorgung am Lebensende gewinnen ebenfalls an Bedeutung.

22. Schlussfolgerung

Die Versorgung geriatrischer Patienten mit pulmonologischen Erkrankungen erfordert ein besonderes Maß an Sensibilität, Fachwissen und interdisziplinärer Kooperation. Aufgrund der komplexen Wechselwirkungen zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren reicht eine rein symptomorientierte Behandlung nicht aus. Stattdessen muss das gesamte Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten mit einbezogen werden.

Es zeigt sich, dass nicht nur die medizinische Therapie, sondern auch pflegerische, psychosoziale und rehabilitative Maßnahmen entscheidend zur Stabilisierung beitragen. Pflegekräfte und Angehörige spielen hierbei eine tragende Rolle, da sie die Betroffenen im Alltag begleiten, emotionale Sicherheit geben und frühzeitig Veränderungen im Gesundheitszustand wahrnehmen.

Ein modernes Versorgungskonzept sollte daher auf einem ganzheitlichen Ansatz basieren, der den älteren Menschen nicht nur als Patient, sondern als Persönlichkeit mit individuellen Bedürfnissen wahrnimmt. Die Stärkung von Lebensqualität, Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe sind ebenso wichtig wie die Behandlung der Krankheit selbst.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnostische Maßnahmen und Besonderheiten bei geriatrischen Patienten.

Tabelle 2: Diagnostik und Therapie der COPD

Tabelle 3: Häufig eingesetzte Antibiotika bei Pneumonie im Alter

Tabelle 4: Therapieoptionen beim Lungenkarzinom im höheren Lebensalter

Tabelle 5: Diagnostik und Therapie der Lungenembolie

Tabelle 6: Psychosoziale Belastungen und mögliche Hilfen

Tabelle 7: Elemente einer pulmonalen Rehabilitation

Tabelle 8: Palliative Maßnahmen bei Atemnot

Literaturverzeichnis

Bösch, F., & Schulz, R. J. (2021). Geriatrie – Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Springer Verlag.

Dürr, J., & Vogelmeier, C. F. (2020). Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Deutsches Ärzteblatt, 117(23-24), 399–406.

Kuhlen, R., et al. (2022). Klinische Pneumologie: Pneumologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie. Thieme Verlag.

Rabe, K. F., et al. (2023). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD Report). GOLD.

Lehrl, S., & Mühlhauser, I. (2019). Patientenorientierte Versorgung in der Geriatrie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 52(6), 521–528.

Windisch, W., & Stoelben, E. (2020). Lungenerkrankungen im Alter – Therapieansätze und palliative Versorgung. Pneumologie, 74(5), 299–305.

Weiss, C. H., et al. (2021). Pneumonie im Alter: Herausforderungen bei Diagnostik und Therapie. Geriatrie-Report, 16(4), 178–185.

Meyer, B., & Schön, R. (2020). Palliativversorgung bei chronischen Lungenerkrankungen. Palliativmedizin, 21(1), 32–38.

Barth, J., & Ewig, S. (2023). Lungenkarzinom bei älteren Patienten: Individualisierte Therapieansätze. Onkologie Heute, 25(2), 55–62.

Bundesärztekammer. (2022). Medizinischer Umgang mit Patientenverfügungen und Vorausverfügungen im Alter. Stellungnahme.

DGIM & DGP. (2022). Leitlinien zur Langzeit-Sauerstofftherapie in der Geriatrie. Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin.

GOLD Report (2023). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. www.goldcopd.org

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie. (2022). Empfehlungen zur Behandlung der interstitiellen Lungenerkrankungen.

Buhl, R., & Korn, S. (2021). Asthma bronchiale im höheren Lebensalter. Pneumologie, 75(3), 181–190.

Hoyer, H., & Sieber, C. (2018). Multimorbidität und Polypharmazie im Alter – Herausforderungen für die Praxis. Geriatrie-Report, 13(4), 154–159.

Schäfer, T., & Schneider, A. (2022). Schlafbezogene Atmungsstörungen bei älteren Menschen. Der Internist, 63(10), 985–991.

Lenz, M., & Kluge, S. (2020). Palliative Versorgung bei terminaler Ateminsuffizienz. Palliativmedizin, 22(1), 45–50.

Müller, B., & Gerlach, H. (2019). Pflegeinterventionen bei Dyspnoe: Handlungsempfehlungen für die klinische Praxis. Pflegezeitschrift, 72(6), 34–38.

Nau, R., & Lange, P. (2023). Infektionskrankheiten der Lunge im höheren Lebensalter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 56(2), 101–109.

Richter, A., & Fichtner, J. (2021). Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung von Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen. Pflege Heute, 34(5), 278–283.

S3-Leitlinie (2022). Nationale Versorgungsleitlinie COPD – Langfassung. AWMF-Register-Nr. nvl-003.

S3-Leitlinie (2023). Lungenembolie – Diagnostik und Therapie. AWMF-Register-Nr. 065-001.

WHO (2021). Ageing and health. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health