

A faint, light blue X-ray image of human lungs is centered in the upper half of the page, set against a solid dark blue background. The ribs and the central airway are visible.

# IMPULSE FÜR DIE BUNDESREGIERUNG — 21. LEGISLATUR- PERIODE

Positionspapier

JAHR-  
ZEHNT  
DER  
LUNGE

**Die Bundesregierung kann das Gesundheitssystem in Deutschland mit gezielten Impulsen wieder zukunftsfähig aufstellen, krisenfest machen und zugleich die Gesundheitsversorgung nachhaltig verbessern. Prävention, Früherkennung und eine dem spezifischen Krankheitsbild angepasste Versorgung, basierend auf effizienter Patient:innensteuerung, spielen bei chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen eine zentrale Rolle. Sie reduzieren Kosten, entlasten das Gesundheitssystem und stärken die Lebensqualität und Teilhabe von Millionen Menschen.**

## Kurzfassung und Kernforderungen

Um die Gesundheitsversorgung im Bereich der Lungen- und Atemwegserkrankungen nachhaltig zu stärken, ist es jetzt an der Zeit, dass die Bundesregierung den Lungengesundheitshebel umlegt:



### **Prävention durch Tabakkontrolle und Impfschutz**

Ein wirksamer Dreiklang aus Tabakprävention, Rauchentwöhnung und Nichtraucher-schutz kann erhebliche gesundheitliche Verbesserungen bei Lungen- und Bronchialerkrankungen, aber auch bei vielen Krebs- und kardiovaskulären Erkrankungen bewirken. Maßnahmen wie erhöhte Tabakabgaben, Werbeverbote für jegliche Nikotinerzeugnisse – auch in Innenräumen von Verkaufsstellen –, standardisierte Verpackungen, Stärkung der Gesundheitskompetenz, kostenfreie Entwöhnungsangebote und ein bundesweit einheitlicher Nichtraucherschutz müssen umgesetzt und nachhaltig gefördert werden. Ebenso sollten gezielte Impf- und Aufklärungskampagnen sowie niedrigschwellige Impfangebote umgesetzt und gefördert werden.



### **Früherkennung & strukturierte Versorgung**

Der „Check-up 35“ sollte um einen „Early Case Fragebogen“ zur Lungengesundheit ergänzt werden, wobei ab 50 zusätzlich die Voraussetzungen für das Lungenkrebs-Screening geprüft werden sollten. Denkbar wäre dazu die Einführung eines strukturierten „Lungen-Check-up 50“. Auch seltene Erkrankungen wie Alpha-1-Antitrypsin-Mangel sollten als mögliche genetische Faktoren für Lungenerkrankungen berücksichtigt werden. Das Lungenkrebs-Screening für Raucher:innen zwischen 50 und 75 Jahren sollte auch dafür genutzt werden, um Anzeichen weiterer Erkrankungen wie COPD zu identifizieren. Bei Patient:innen mit diagnostizierten Lungenerkrankungen muss eine qualitätsgesicherte, leitliniengerechte Behandlung sichergestellt werden. Dafür sollten unter anderem die Krankenkassen verpflichtet werden, existierende strukturierte Behandlungsprogramme (DMPs) mit stärkeren Teilnahmeanreizen zu ergänzen, um sie bei Patient:innen und Ärzt:innen weiter zu etablieren und so die Behandlungskontinuität sicherzustellen.



### **Digitalisierung**

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

# Für einen Nationalen Aktionsplan Lunge

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

Die vergessenen Volkskrankheiten der Lunge – wie etwa Asthma und die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – bieten mit über 14 Millionen Betroffenen in Deutschland einen Hebel, um die Krankheitslast zu reduzieren, die Lebensqualität der Erkrankten zu verbessern und die finanziellen Ressourcen des Gesundheitssystems effizienter einzusetzen. Die Vereinten Nationen (UN) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) rufen ihre Mitgliedsstaaten dazu auf, integrierte nationale Strategien zur Förderung von Prävention, früher Diagnostik und Behandlung von Lungen- und Atemwegserkrankungen zu entwickeln.<sup>1,2</sup> Auch deshalb setzt sich das Jahrzehnt der Lunge für die Schaffung eines Nationalen Aktionsplans Lunge ein, der Maßnahmen aus den Bereichen der Prävention, Früherkennung und Versorgung bündelt. Für eine starke und resiliente Gesundheitsversorgung in Deutschland gilt es, alle Stimmen und insbesondere jene der Patient:innen in die Entwicklung eines Nationalen Aktionsplans Lunge systematisch einzubinden.

Das Jahrzehnt der Lunge begrüßt daher ausdrücklich das Bekenntnis der Bundesregierung, Prävention künftig stärken zu wollen, idealerweise unter Berücksichtigung der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention – ein Schritt in die richtige Richtung, um Krankheiten zu vermeiden, früher zu erkennen, die Versorgung der Betroffenen zu verbessern und gleichzeitig Kosten im Gesundheitssystem zu sparen.

# Prävention

1

## Tabakverbot, Rauchentwöhnung & Nichtrauchererschutz

Rauchen stellt das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko dar und trägt maßgeblich zur Entstehung und Verschlechterung chronischer Lungen- und Atemwegserkrankungen bei. Dennoch bleibt die Raucherquote in Deutschland mit rund 28,3 %<sup>3</sup> der Bevölkerung besorgniserregend hoch. Besonders alarmierend sind die steigenden Zahlen rauchender Jugendlicher und junger Erwachsener sowie die rapide Verbreitung von E-Zigaretten und Vapes in diesen Altersgruppen.<sup>4,5</sup> Rauchen verursacht eine Vielzahl chronischer Lungen- und kardiovaskulärer Erkrankungen, ist eine der Hauptursachen für Lungenkrebs und führt jährlich zu über 127.000 Todesfällen in Deutschland – das entspricht einem Todesfall alle vier Minuten.<sup>6</sup> Besonders Kinder leiden unter den Folgen der Passivrauch-Exposition, die ihr Risiko für Atemwegsinfektionen und Asthma deutlich erhöht.<sup>7</sup> Im internationalen Vergleich schneidet Deutschland bei der Umsetzung wirksamer Tabakkontrollmaßnahmen dabei weiterhin schlecht ab.<sup>8</sup> Weit abgeschlagen hinter Vorreitern wie Irland, dem Vereinigten Königreich, Frankreich oder den Niederlanden ist das Land unter den Schlusslichtern in Sachen Tabakkontrolle in ganz Europa.<sup>9</sup> Evidenzbasierte, von der WHO empfohlene Maßnahmen, wie Rauchverbote an öffentlichen Orten auch im Freien, Entwöhnungsprogramme mit voller Kostenerstattung sowie flächendeckende Werbeverbote auch an Verkaufsstellen, werden bislang nicht oder nicht vollumfänglich umgesetzt. Ebenfalls bleiben Tabakabgaben hinter empfohlenen internationalen Standards zurück.<sup>10</sup>

**Die Absicht der Bundesregierung, die Suchtprävention zu stärken, ist richtig und wichtig. Für eine echte Trendwende bedarf es jedoch eines Dreiklangs aus Tabakprävention, Rauchentwöhnung und Nichtrauchererschutz:**

**Tabakprävention:** Eine wirksame Tabakprävention erfordert konkrete politische Maßnahmen. Dazu zählen: jährliche und deutliche Erhöhung von Tabakabgaben, ein vollständiges Werbeverbot für alle Tabak- und nikotinhaltigen Produkte auch in Innenräumen von Verkaufsstellen, standardisierte Verpackungen sowie ein Verbot von Aromen in E-Zigaretten und Einmal-E-Zigaretten. Ebenso wichtig ist die Reduzierung der Verfügbarkeit von Tabakprodukten und der Schutz vor Passivrauchen durch tabakfreie Lebenswelten. Langfristig sollte ein Rauchverbot, wie aktuell in Großbritannien vorgesehen, das es Personen, die 2009 oder später geboren sind, verbietet, jemals Zigaretten zu kaufen, angestrebt werden. Zusätzlich ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland entscheidend. Eine umfassende Aufklärung über die gesundheitlichen Folgen des Rauchens, insbesondere über die Gesundheitsrisiken neuer Produkte wie Vapes, ist notwendig und sollte schon in der Schule beginnen.

**Rauchentwöhnung:** Kostenfreie und niedrigschwellige Angebote zur Tabak- und Nikotinentwöhnung sollten ausgebaut werden. Die bisherigen Regelungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) sind ein wichtiger Schritt, reichen jedoch nicht aus. Das größte Hindernis bleibt die fehlende Kostenerstattung bei Personen, die nicht als schwer tabakabhängig klassifiziert werden. Der Anspruch auf Erstattung von Tabakentwöhnungstherapien sollte auf Raucher:innen mit weniger ausgeprägter Abhängigkeit und/oder ohne bereits bestehende schwere tabakasoziierte Erkrankungen ausgeweitet werden. Entwöh-

nungsprogramme, die im Krankenhaus beginnen und ambulant fortgesetzt werden, zeigen besonders hohe Erfolgsquoten.<sup>11</sup>

**Nichtraucherschutz:** Nichtraucherschutz ist Gesundheitsschutz. Jährlich sind in Deutschland rund 85.000 von 500.000 neuen Krebserkrankungen auf Rauchen und Passivrauchen zurückzuführen. Besonders Kinder und Schwangere müssen besser geschützt werden: Dafür bedarf es eines Rauchverbots in Fahrzeugen bei Anwesenheit von Minderjährigen oder Schwangeren, das auch E-Zigaretten einschließt. Um wirksamen Schutz zu

gewährleisten, braucht es bundesweit einheitliche Regelungen statt eines Flickenteppichs verschiedener Landesgesetze. Ausnahmen vom gesetzlichen Rauchverbot, etwa in Gaststätten oder Diskotheken, müssen abgeschafft werden. Ein absolutes Rauchverbot in Schulen, Diskotheken sowie in allen Gaststätten – unabhängig von deren Größe – ist unerlässlich, um die Gesundheit aller nachhaltig zu schützen. Vorbilder wie Frankreich, die zuletzt ein Rauchverbot an öffentlichen Orten einführten, zeigen, dass konsequenter Nichtraucherschutz möglich ist.

---

## 2

# Impfprävention stärken

Impfungen gehören zu den wichtigsten Schutzmaßnahmen für Menschen mit chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen,<sup>12</sup> wie es auch aus den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut 2025 hervorgeht.<sup>13</sup> So gehen rund 70 % der Exazerbationen bei Patient:innen mit COPD auf Atemwegsinfekte zurück.<sup>14</sup> Schutzimpfungen gegen Erkrankungen durch Pneumokokken, Influenzaviren, Respiratory Syncytial Virus (RSV) oder COVID-19 können schwere Exazerbationen effektiv verhindern und lebensrettend sein.<sup>15</sup> Insbesondere bei Menschen mit Asthma, Bronchiektasen, COPD oder Lungenfibrose verringern Impfungen das Risiko einer akuten oder dauerhaften Verschlechterung der Grunderkrankung nach Infektionen deutlich.<sup>16</sup>

Um die Impfquote bei Betroffenen und Angehörigen zu erhöhen, bedarf es gezielter Aufklärungskampagnen und der kontinuierlichen Weiterentwicklung

niedrigschwelliger Impfangebote. Die Sensibilisierung für die Bedeutung der Impfprävention sollte sowohl in der allgemeinen Bevölkerung als auch bei Betroffenen mit chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen eine zentrale Rolle einnehmen. Dabei sollten die Potenziale eines elektronischen Impfpasses genutzt und dieser umgesetzt werden, wobei eine Erinnerungsfunktion für anstehende Impftermine helfen kann, Risikogruppen besser zu erreichen. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir, dass das Bundesgesundheitsministerium im Rahmen der Impfaufklärung und erweiterten Impfprävention – insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen – die Rolle der Apotheken stärken möchte.

# Früherkennung & Strukturierte Versorgung

1

## Integration des Early Case Fragebogens in den „Check-up 35“ und Einführung eines strukturierten „Lungen-Check-up 50“

Die aktuelle Gesundheitsuntersuchung „Check-up 35“ ist auf Herz-Kreislauf-, Nieren- und Stoffwechselerkrankungen fokussiert, während chronische Lungenerkrankungen trotz hoher Prävalenz und steigender Fallzahlen in der Untersuchung kaum berücksichtigt werden. Die bloße Erfassung des Nikotinkonsums – wie aktuell vorgesehen – ist hier unzureichend, und typische Beschwerden wie Atemnot, Husten und Auswurf (AHA-Symptome) werden oft bagatellisiert. Dabei zeigen aktuelle Studien, dass Frühstadien der COPD mittlerweile auch bei Erwachsenen im Alter von unter 50 Jahren nachgewiesen werden können. Die Früherkennung ist hier entscheidend, um langfristige Auswirkungen abzumildern.<sup>17</sup>

Daher sollte im Rahmen eines risikoadjustierten Screenings ein erprobter Early Case Fragebogen<sup>18</sup> in den „Check-up 35“ integriert werden, um eine frühzeitige Identifikation von Risikopatient:innen zu ermöglichen. Zeigen sich Auffälligkeiten, sollte ein einfacher Lungenfunktionstest, der in jeder Hausarztpraxis durchgeführt werden kann, zur Anwendung kommen. Dieses Konzept des „Active Case Findings“ ist erprobt, evidenzbasiert und wirksam.<sup>19</sup>

Mit dem Alter steigt das Risiko u.a. für die Erkrankung an Lungentumoren deutlich. Daher sollten ab dem 50. Lebensjahr der Early Case Fragebogen durch das Prüfen der B-Symptomatik (Nachtschweiß, Fieber, Gewichtsverlust, Lungenkrebs in der Familie) ergänzt werden sowie eine Prüfung der Voraussetzungen für die Teilnahme am Lungenkrebs-Screening vorgenommen werden. Denkbar wäre die Schaffung eines eigenen strukturierten Lungen-Check-ups 50 oder der Integration zusätzlicher Fragen in den „Check-up 35“, welche erst ab dem Alter von 50

Jahren gestellt werden. Zusätzlich sollten Krankenkassen verpflichtet werden, ihre Mitglieder aktiv zu den Vorsorgeuntersuchungen ab 50 einzuladen.

Diese einfach umzusetzenden und kosteneffizienten Maßnahmen ermöglichen die gezielte Identifikation bislang unentdeckter Lungenerkrankungen wie COPD, bei der Schätzungen zufolge nur etwa jede zweite betroffene Person diagnostiziert ist<sup>20</sup>, und helfen so, Folgeerkrankungen sowie eine Verschlechterung der Grunderkrankung zu vermeiden.

Aus Patient:innensicht ist darüber hinaus essenziell, dass bei der Umsetzung präventiver Maßnahmen auch psychologische Hürden, wie Stigmatisierung und sozio-ökonomische Zugangsbarrieren wie Wohnort, Bildungsgrad oder Sprachkenntnisse, berücksichtigt und mit gezielten Unterstützungsangeboten adressiert werden. Betroffene und Angehörige sollten über Früherkennungs- und Versorgungsangebote gezielt aufgeklärt werden, denn die Förderung der Gesundheitskompetenz durch Schulungsangebote oder digitale Selbstmanagement-Tools kann die Adhärenz verbessern und Versorgungskosten langfristig senken.<sup>21</sup> Zudem sollte eine konsequente Umsetzung der ePA hierbei den Austausch von therapie-relevanten Informationen wie z.B. Laborwerten zwischen Haus- und Fachärzt:innen gewährleisten.

Darüber hinaus sollten auch zusätzliche Risikofaktoren und genetische Ursachen, wie etwa Alpha-1-Antitrypsin-Mangel, in der Früherkennung chronischer Lungen- und Atemwegserkrankungen stärker berücksichtigt werden.

## Stärkung der Disease-Management-Programme (DMP)

Die etablierten strukturierten Behandlungsprogramme (DMPs) für Asthma und COPD übernehmen eine wichtige Steuerungsfunktion und zielen darauf ab, eine qualitätsgesicherte, leitliniengerechte Therapie der Betroffenen sicherzustellen. Die vorliegenden Verlaufsdaten zeigen für das DMP Asthma günstige Prozess- und Verlaufsindikatoren – darunter eine gute Asthmakontrolle, niedrige Raten ungeplanter Behandlungen und sinkende Raucherquoten.<sup>22</sup> Teilnehmer:innen an dem DMP COPD weisen eine signifikant höhere Impfquote auf, was die Bedeutung der Programme für den vorbeugenden Gesundheitsschutz zusätzlich unterstreicht.<sup>23</sup> Die Bewertung von DMPs beruht allerdings in Deutschland hauptsächlich auf deskriptiven Kohortenstudien ohne Kontrollgruppe, sodass kausale Wirksamkeitsaussagen bislang nicht gesichert getroffen werden können.<sup>24</sup> Internationale Studien mit Kontrollgruppendesign liefern jedoch grundsätzlich Hinweise auf die Wirksamkeit strukturierter Behandlungsprogramme und stützen damit die Plausibilität der in Deutschland beobachteten positiven Entwicklungen.<sup>25</sup>

Trotz dieser positiven Tendenzen bleibt das Potenzial von DMPs bislang unzureichend ausgeschöpft. 2023 waren im DMP-Asthma rund 1,07 Millionen und im DMP COPD etwa 701.000 Menschen eingeschrieben, obwohl rund 6 Millionen Menschen von Asthma und rund 3,7 Millionen von einer COPD betroffen waren.<sup>26,27</sup> Viele von ihnen erhalten aktuell nur eine suboptimale bzw. gar keine Erhaltungsthe-

rapie.<sup>28</sup> Ein Beispiel dafür ist die dauerhafte Therapie mit oralen Kortikosteroiden („Kortison-Tabletten“), die erhebliche Nebenwirkungen und Langzeitfolgen nach sich ziehen kann.<sup>29</sup>

Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die Teilnahme an DMPs für Asthma und COPD durch eine gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zur aktiven Förderung – beispielsweise durch Bonusprogramme, Prämien oder Beitragsrückerstattungen – deutlich auszuweiten. Gleichzeitig müssen die Voraussetzungen für eine wissenschaftlich fundierte Nutzenbewertung geschaffen werden: Hierzu bedarf es Studiendesigns mit Kontrollgruppen, um die Wirksamkeit der Programme im Vergleich zur Regelversorgung valide beurteilen zu können. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sind systematisch zur Weiterentwicklung und Optimierung der DMPs zu nutzen. Gleichzeitig sollten intersektorale Zusammenarbeit, Weiterbildung und der Einsatz individuell angepasster Therapieoptionen unter Berücksichtigung der Richtlinienbeschlüsse des G-BA gefördert werden. Hierzu gehören auch nichtmedikamentöse Behandlungsoptionen wie Bewegungstherapie und eine strukturierte Patient:innenschulung. Ebenso sollten erstattungsfähige Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) zur Tabakentwöhnung in die bestehenden DMPs für Asthma und COPD aufgenommen werden.<sup>30</sup>

Auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass mehr Betroffene von den Vorteilen einer koordinierten und qualitätsgesicherten Versorgung profitieren.

## Kindergesundheit stärken – Asthmakontrolle in U10 integrieren

In Deutschland sind über eine Million Kinder und Jugendliche von Asthma betroffen.<sup>31</sup> Damit ist Asthma die häufigste chronische Lungen- und Atemwegserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Deshalb sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) damit beauftragt werden, ein strukturiertes Asthma-Screening im Rahmen der U10 zu entwickeln.<sup>32</sup>

Spät diagnostiziertes und unzureichend behandeltes Asthma schränkt die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen bedeutsam ein und begünstigt zusätzlich das Entstehen von chronischen Lungenerkrankungen im Erwachsenenalter. Ebenso gibt es Hinweise darauf, dass eine unzureichend behandelte Asthmaerkrankung bei Kindern mit einem höheren Risiko für Adipositas assoziiert

ist – umso wichtiger ist es, dass Kinder mit gesteigertem Asthmarisiko und vorhandenen Symptomen frühzeitig behandelt werden.<sup>31</sup>

Die frühzeitige Identifikation und Behandlung von Kindern mit erhöhtem Risiko für eine Asthmaerkrankung oder mit bereits erkennbaren Asthmasymptomen kann langfristige negative Folgen verhindern. In jungem Alter lässt sich der Krankheitsverlauf noch positiv beeinflussen. Ein strukturierter diagnostischer und therapeutischer Ansatz ermöglicht eine frühzeitige und leitliniengerechte Behandlung mit geringem Aufwand und sollte durch

einen nahtlosen Übergang in die Erwachsenenversorgung ergänzt werden. Zusätzlich sind Allergie-Screenings im Rahmen der U-Untersuchungen sinnvoll.

Das U10 Asthma-Screening sollte – unter aktiver Einbindung der Eltern – mit einem standardisierten Fragebogen zur atemwegsrelevanten Krankheitsgeschichte und Asthmakontrolle beginnen. Bei entsprechenden Anhaltspunkten sind darüber hinaus eine Lungenfunktionsprüfung und Allergiediagnostik (Haut- oder Bluttest) vorzusehen.

# Digitalisierung

## Effizienzhebel umlegen – Digitalisierung in der Medizin fördern

---

1

### Telemedizin und Telemonitoring: Innovationen für eine bessere Versorgung bei chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen

Telemedizin bietet weitreichende Chancen für eine moderne, patient:innenzentrierte und effiziente Gesundheitsversorgung. Sie ermöglicht die Etablierung gemeinsamer, leitliniengerechter Behandlungspfade<sup>33</sup> aller Akteur:innen und verbessert die sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Aktuell wird in einer durch den Innovationsausschuss des G-BA geförderten Studie erforscht, wie durch die kontinuierliche Erfassung von Vitalparametern wie Lungenfunktion, Sauerstoffsättigung, Atemfrequenz oder Hustenaktivität akute Verschlechterungen frühzeitig erkannt und rechtzeitig Gegenmaßnahmen eingeleitet werden.<sup>34</sup> Diese und ähnliche Programme sollten – falls sie sich als effektiv erweisen – ausgeweitet werden, um sicherzustellen, dass die Potenziale der Telemedizin für die Versorgungskontinuität ausgeschöpft werden, um langfristig auch das Risiko schwerer Krankheitsverläufe zu reduzieren und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

Besonders in ländlichen Regionen erlaubt Telemonitoring eine individuelle, bedarfsgerechte und leitli-

niengerechte Therapieanpassung und stärkt gleichzeitig das Selbstmanagement der Patient:innen durch Feedbacksysteme und Schulungen. Dies kann die Adhärenz fördern und den Therapieerfolg erhöhen.<sup>35,36</sup> Darüber hinaus kann Telemedizin lange Wartezeiten für Facharzttermine verringern und eine unzureichende regionale Lungenfacharztdichte ausgleichen – und so bestehende Versorgungslücken schließen.<sup>37</sup> Ebenso kann die Telemedizin zur Entlastung des Gesundheitssystems beitragen: Eine gezielte Steuerung der Versorgung verbessert nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen, sondern führt auch zu weniger Notfallaufnahmen und kann auch die Leistungsausgaben senken.

Die im Koalitionsvertrag festgehaltene Absichtserklärung, Rahmenbedingungen für Videosprechstunden, Telemonitoring und Telepharmazie zu verbessern, sollte jetzt konkretisiert und in den kommenden Jahren in die Gesetzgebung eingebracht werden. Im Interesse der Versorgungsqualität und der Patient:innensicherheit – gerade bei chronischen Lungen- und Atemwegserkran-

kungen, deren Verlauf durch Virusinfektionen nachhaltig verschlechtert werden kann – sollten evidenzbasierte Potenziale von Telemonitoring ausgeschöpft, unbürokratisch ausgestaltet und in bestehende DMPs für Asthma und COPD aufgenommen werden. Im Interesse der Patient:innen und zur Schaffung von Vertrauen sollten digitale Anwendungen und KI-gestützte Diagnostik unter Einbindung von Betroffenen entwickelt und evaluiert werden.

---

## 2

# Potenziale von KI in der Diagnostik nutzen

Künstliche Intelligenz (KI) ermöglicht bedeutende Fortschritte in der Diagnostik und Therapie von Lungenerkrankungen. Der Einsatz von KI könnte zur sichereren und präziseren Erkennung von Erkrankungen wie Tuberkulose, COPD, Staublunge, Silikose und Lungenfibrose beitragen. Insbesondere die Auswertung bildgebender Verfahren wie der Computertomographie oder der Magnetresonanztomographie wird durch KI deutlich verbessert.<sup>38</sup>

Mit der geplanten Einführung des nationalen Lungenkrebs-Screenings in Deutschland eröffnet sich zudem die Chance, mithilfe von KI nicht nur die Erkennung von Lungenkrebs, sondern auch weiterer relevanter Befunde (z.B. Lungenfibrose, Emphysem, Hochdruck im Lungenkreislauf, etc.) zu verbessern und entsprechende Therapien einzuleiten. Hier müssen politische Rahmenbedingungen geschaffen werden, um die KI-unterstützte Analyse der im Lungenkrebs-Screening vorgesehenen Niedrigdosis-Computertomographie flächendeckend

einzuführen, falls entsprechende Daten über die Wirksamkeit vorliegen. Solch innovative Früherkennungsmechanismen sind dabei zentral für das Patient:innenwohl und die Versorgungsqualität. Langfristig können sie auch zur Vermeidung schwerer Krankheitsverläufe und so zu potenziellen Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem führen.<sup>39</sup>

Eine zentrale Herausforderung für die flächendeckende Einführung von evidenzbasierter KI in der Diagnostik besteht derzeit in der fehlenden Vergütung entsprechender Leistungen. Damit die Effizienzpotenziale und Qualitätsgewinne, die durch den Einsatz von KI-Systemen erzielt werden können, tatsächlich im Versorgungssystem ankommen, ist es notwendig, eindeutige Systemstandards sowie klare Vergütungsmodelle und Abrechnungswege – in der stationären und ambulanten Versorgung – zu etablieren.

# Hintergrund

Über 14 Millionen Menschen in Deutschland leiden an chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen wie Asthma, COPD, Lungenkrebs oder Lungenhochdruck – das entspricht rund 16 % der Gesamtbevölkerung. Diese Krankheiten gehören nicht nur zu der Gruppe der häufigsten Todesursachen, sie verursachen auch einen enormen gesellschaftlichen und ökonomischen Schaden. Das Statistische Bundesamt beziffert die Kosten der Krankheiten des Atmungssystems für 2023 auf über 22 Milliarden Euro.<sup>40</sup> Hinzu kommen indirekte sozioökonomische Kosten durch Arbeitsausfälle.<sup>41</sup> Davon entfallen allein über 7 Milliarden Euro auf chronische Krankheiten der unteren Atemwege, zu denen Asthma und COPD zählen. Asthma ist dabei die häufigste chronische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter und eine der wichtigsten Ursachen für Krankheitslast bei jungen Menschen.

Die Zahl der Betroffenen nimmt weiter zu: Zwischen 2010 und 2019 stieg die Zahl der Asthmad Diagnosen um 17 % und bei selteneren Erkrankungen wie Lungenhochdruck sogar um 45 %. Chronische Lungen- und Atemwegserkrankungen gehen häufig mit weiteren Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Leiden einher, was die Krankheitslast zusätzlich verschärft. So ist beispielsweise das Risiko für einen Herzinfarkt bei Patient:innen mit schwerer COPD verdreifacht; etwa ein Drittel der Menschen mit Herzinsuffizienz leidet auch an COPD.

Trotz ihrer Bedeutung gibt es in Deutschland bislang keine umfassende politische Strategie, um diesen Volkskrankheiten strukturiert zu begegnen. Das ist folgeschwer, denn eine Vielzahl der (Folge-) Erkrankungen ließe sich verhindern. Prävention, Früherkennung und eine strukturierte Versorgung sind daher dringend notwendig und bilden einen entscheidenden Hebel, um das Entstehen und Fortschreiten von Erkrankungen zu verhindern und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.



- 1 United Nations General Assembly (UNGA), Political declaration of the fourth high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases and the promotion of mental health and well-being, A/80/L.34, 8 December 2025: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/4th-high-level-meeting-of-ncds/unlm4\\_draft\\_pd\\_a\\_80\\_l\\_34.pdf?sfvrsn=65f041c4\\_1&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/4th-high-level-meeting-of-ncds/unlm4_draft_pd_a_80_l_34.pdf?sfvrsn=65f041c4_1&download=true)
- 2 World Health Organization (WHO), Executive Board Decision, 156th session, Promoting and prioritizing an integrated lung health approach, 10 February 2025: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB156/BI56\\_\(19\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/BI56_(19)-en.pdf)
- 3 <https://herzmedizin.de/meta/presse/pressemitteilungen/2025/weltnichtrauchertag-nikotinkonsum-bei-jungen-menschen.html#:~:text=D%C3%BCsseldorf%2C%2030.,Universit%C3%A4t%20D%C3%BCsseldorf%20von%20Oktober%202024>
- 4 Kraus L, Seitz NN, Piontek D, Mons U, Tiberi S, Gomes de Matos EG, et al. Trends in tobacco use and smoking cessation in Germany: results of the Epidemiological Survey of Substance Abuse 1995–2015. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2018;61(11):1407–1416. doi:10.1007/s00103-018-2827-7
- 5 Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. Zum Weltnichtrauchertag am 31. Mai: E-Zigaretten eignen sich nicht zur Tabakentwöhnung – Jugendliche besser aufklären [Pressemitteilung]. 27. Mai 2024. <https://www.pneumologie.de/aktuelles-service/presse/pressemitteilungen/zum-weltnichtrauchertag-am-31-mai-e-zigaretten-eignen-sich-nicht-zur-tabakentwoehnung-jugendliche-besser-aufklaeren>
- 6 Deutsche Krebshilfe. Räuchen und Krebs. <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/krebs-vorbeugen/rauchen-und-krebs/>
- 7 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Risiko Passivrauchen. <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/risiken-vorbeugen/passivrauchen/risiko-passivrauchen/>
- 8 World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2023: Protect people from tobacco smoke. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>
- 9 Luk Joossens, Lilia Olefir, Ariadna Feliu & Esteve Fernandez, The Tobacco Control Scale in Europe, 2021: <https://www.tobaccocontrolscale.org/wp-content/uploads/2022/12/TCS-Report-2021-Interactive-V4.pdf>
- 10 WHO report on the global tobacco epidemic, 2025. Warning about the dangers of tobacco: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240112063>
- 11 Raspe M, Bals R, Bölükbas S, Faber G, Krabbe B, Landmesser U, et al. Tabakentwöhnung bei hospitalisierten Patient:innen – Stationär einleiten, ambulant fortführen. Ein Positionspapier der Task Force Tabakentwöhnung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP). Pneumologie. 2023;77(5):341–9. doi:10.1055/a-2071-8900
- 12 Lungeninformationsdienst. Impfen. <https://www.lungeninformationsdienst.de/praevention/impfen>
- 13 Epidemiologisches Bulletin. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut 2025. [https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2025/04\\_25.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=12](https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2025/04_25.pdf?__blob=publicationFile&v=12)
- 14 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2025 report. <https://goldcopd.org/2025-gold-report/>
- 15 Lungeninformationsdienst. Impfen. <https://www.lungeninformationsdienst.de/praevention/impfen>
- 16 Simon S, Joean O, Welte T, Rademacher J. The role of vaccination in COPD: influenza, SARS-CoV-2, pneumococcus, pertussis, RSV and varicella zoster virus. European Respiratory Review. 2023;32(169):230034. DOI: <https://doi.org/10.1183/16000617.0034-2023>
- 17 Diaz AA, Balte PP, Han M, et al. Prevalence and Prognostic Significance of COPD in Adults Younger than 50 Years of Age. NEJM Evid. 2025;4(8):EVID0a2400424. DOI: 10.1056/EVID0a2400424
- 18 Ein solcher Fragebogen wurde von den Mediziner:innen des Jahrzehnts Lunge e. V. basierend auf dem Fragebogen zur Lungengesundheit der Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Studie erstellt
- 19 Aaron SD, Vandemheen KL, Whitmore GA, Bergeron C, Boulet LP, Côté A, McIvor RA. Early Diagnoses and Treatment of COPD and Asthma – A Randomized, Controlled Trial. N Engl J Med 2024;390:2061–2073. DOI: 10.1056/NEJMoA2401389
- 20 Diab N, Gershon AS, Sin DD, et al. Underdiagnosis and overdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2018;198(9):1130–9
- 21 Wollsching-Strobel M, Butt U, Majorski DS et al. Evolution of web-based training videos provided by the German respiratory league for the correct inhalation technique. Respiration. 2022;101(8):757–765. doi: 10.1159/000524712
- 22 Berendes, A, Münscher, C, Potthoff, F et al. Bericht der strukturierten Behandlungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland zum 30.06.2023 – Indikation Asthma bronchiale
- 23 Gensorowsky, A, Surmann B, Poshtiban A, Meyer AC, Damm O. Influenza Vaccination Coverage Gaps in Older Adults in Germany A Claims Data Analysis of the Influenza Seasons 2016–2023 [Poster]. [https://www.ispor.org/docs/default-source/euro2024/gensorowsky-et-al-ispor-europe-2024-eph191143788-pdf.pdf?sfvrsn=2f5a8fc3\\_0](https://www.ispor.org/docs/default-source/euro2024/gensorowsky-et-al-ispor-europe-2024-eph191143788-pdf.pdf?sfvrsn=2f5a8fc3_0)
- 24 Adrion, N, Hodek, JM. Die Effektivität und Effizienz der Disease-Management-Programme im deutschen Gesundheitswesen – wie aussagekräftig sind die bisherigen externen Evaluationsergebnisse gem. §137f Abs. 4 SGP V?. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2016; 21(06): 288–294. DOI: 10.1055/s-0042-106563
- 25 Poot CC, Meijer E, Kruis AL, Smidt N, Chavannes NH, Honkoop PJ. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Sep 8;9(9):CD009437. doi: 10.1002/14651858.CD009437.pub3; Peytremann-Bridevaux I, Arditi C, Gex G, Bridevaux PO, Burnand B. Chronic disease management programmes for adults with asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2015 May 27;2015(5):CD007988. doi: 10.1002/14651858.CD007988.pub2
- 26 Kassenärztliche Bundesvereinigung. Qualitätsbericht 2024. <https://www.kbv.de/documents/infothek/zahlen-und-fakten/qualitaetsbericht/kbv-qualitaetsbericht-2024.pdf>
- 27 Gillissen A, Jany B, Randerath W. Weißbuch Lunge 2023. Pneumologische Erkrankungen in Deutschland – Zahlen und Fakten. 5. Auflage. Langenhagen; Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. und Deutsche Lungestiftung, 2023
- 28 Herth FJF, Vogelmeier CF, Trudzinski FC, Watz H, Skowasch D, Beeh KM, et al. Unmet needs of patients with COPD in Germany: a retrospective, cross-sectional study. ERJ Open Res. 2025 Jun 16;11(3):00976–2024. doi: 10.1183/23120541.00976-2024
- 29 Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma (NVL Asthma), Version 5 (2024), abrufbar unter: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-002l\\_s3\\_Asthma\\_2024-08.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-002l_s3_Asthma_2024-08.pdf)
- 30 Haserück A, Lau T. Digitalisierung: Medizinische Apps in die Versorgung integrieren. Deutsches Ärzteblatt 2023 23. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/digitalisierung-medizinische-apps-in-die-versorgung-integrieren-9ae8c5b6-9c9c-4960-b92d-bed85099d924>
- 31 Chen Z, Salam MT, Alderete TL, Habre R, Bastain TM, Berhane K, Gilliland FD. Effects of Childhood Asthma on the Development of Obesity among School-aged Children. Am J Respir Crit Care Med. 2017;195(9):1181–1188. doi: 10.1164/rccm.201608-1691OC
- 32 Eine eindeutige Diagnose im Alter von 9 bis 10 Jahren ist in der Regel möglich, da ausschließlich infekassozierte Erkrankungen des frühen

Kindesalters zu diesem Zeitpunkt ausgewachsen sind

- 33 Telemedizin kann dazu beitragen, eine leitliniengerechte Behandlung von chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen sicherzustellen, indem sie eine engmaschige Betreuung und frühzeitige Anpassung der Therapie ermöglicht. Ein Beispiel hierfür ist die Vermeidung des Übergebrauchs von oralen Kortikosteroiden (OCS) bei schwerem Asthma. So lassen sich nicht indizierte OCS-Langzeitbehandlungen und daraus resultierende Nebenwirkungen wie Osteoporose oder Diabetes vermeiden (Modelling the healthcare burden of oral corticosteroid use in France, Spain, and Germany)
- 34 Telementor COPD. Telemmedizinisches Monitoring für COPD-Patientinnen. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/telementor-copd.421>
- 35 Schöbel C, Große Sundrup M, Straßburg S et al. Digitalisierung in der Pneumologie. *Z Pneumol.* 2022;20:70–81
- 36 Stellefson M, Kinder C, Boyd I, Elijah O, Naher S, McFadden N. COPD Self-Management for Adults Living in Rural Areas: Systematic Review of Telehealth and Non-Telehealth Interventions. *Amer J of Health Education.* 2022;53(5):269–281. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19325037.2022.2100525>
- 37 Barczok, M. Telemedizin: Großes Potenzial in der Pneumologie. *Dtsch Arztebl.* 2018; 115(10): [20]; DOI: 10.3238/PersPneumo.2018.03.09.04
- 38 Wu J, Li R, Gan J, Zheng Q, Wang G, Tao W, et al. Application of artificial intelligence in lung cancer screening: A real-world study in a Chinese physical examination population. *Thorac Cancer.* 2024;15(28): 206–2072.DOI:<https://doi.org/10.1111/1759-7714.1542839>
- 39 Liu M, Wu J, Wang N, Zhang X, Bai Y, Guo J, et al. (2023) The value of artificial intelligence in the diagnosis of lung cancer: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE.* 18(3):e0273445.DOI:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273445>
- 40 Statistisches Bundesamt. Krankheitskosten je Einwohner: Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (ICD-10). <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/url/b0dcfc69>
- 41 Wacker ME, Jörres RA, Schulz H, Heinrich J, et al. Direct and indirect costs of COPD and its comorbidities: Results from the German COSYCONET study. *Respir. Med.* 2016;11:39–46.DOI:10.1016/j.rmed.2015.12.001

# Für alle, die Lungengesundheit auf die politische Agenda setzen wollen

[jahrzehntderlunge.de](http://jahrzehntderlunge.de)

Zentrale gesundheitspolitische Plattform für chronische Lungen- und Atemwegserkrankungen

---



Das „Jahrzehnt der Lunge e. V.“ ist ein Zusammenschluss von Expert:innen aus Ärzt:innenschaft, Patient:innen und Industrie, die sich dem Ziel verschrieben haben, den über 14 Millionen chronisch Lungen- und Atemwegserkrankten in Deutschland mehr politische Präsenz zu verleihen. Damit soll der Grundstein gelegt werden, um den Volkskrankheiten der Lunge wie z.B. Asthma und COPD aus gesundheitspolitischer Sicht besser entgegenzutreten zu können. Das Jahrzehnt der Lunge e. V. finanziert sich über Mitgliedsbeiträge der Industriepartner.

**JAHR-  
ZEHNT  
DER  
LUNGE**