

Ausschlussdiagnose

Das Problem mit der dysfunktionalen Atmung

Wenn der Dyspnoe weder Herz noch Lunge als Ursache zugrunde liegen, könnte es sich auch um eine dysfunktionale Atmung handeln, die eine Gruppe von Atemstörungen mit verändertem Atemmuster und unspezifischen Atembeschwerden umfasst.

Oft lässt sich die Dyspnoe entweder einer pulmonalen oder einer kardialen Ursache zuordnen – aber nicht immer. Solche Beschwerdebilder werden unter dem Überbegriff dysfunktionale Atmung zusammengefasst, wie PD Dr. Mona Lichtblau, Leitende Oberärztin, Klinik für Pneumologie, Universitätsspital Zürich, am Dyspnoe-Symposium in Rüschlikon erläuterte. Es handelt sich dabei um eine Gruppe von Atemstörungen mit Veränderung des Atemmusters. Leitsymptome sind unspezifische Atembeschwerden in Ruhe und/oder unter Belastung. Betroffene berichten typischerweise über «Lufthunger». Begleitend sind etliche nicht respiratorische Symptome häufig: thorakale Schmerzen, Tachykardien, Schwindel, Kribbelparästhesien und Fatigue. Charakteristisch ist auch eine respiratorische Alkalose. Nur bei 15% der Betroffenen ist die dysfunktionale Atmung nicht mit einer organischen Erkrankung assoziiert. Diese kann das Herz oder die Lunge betreffen: Asthma bronchiale (bis zu 30%), chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Long COVID, Post-Lungenembolie-Syndrom, ferner seltenere neurologische Erkrankungen.

Anhand des Atemmusters lassen sich verschiedene Formen unterscheiden (1):

- chronische Hyperventilation
- periodisches tiefes Luftholen/Seufzen
- erratisches Atemmuster
- thorakal dominante Atmung
- forcierte abdominale Expiration
- thorako-abdominale Asynchronie
- induzierte laryngeale Obstruktion (ILO)

Die dysfunktionale Atmung ist eine Ausschlussdiagnose

Sie beruht auf der Anamnese nach der bestmöglichen Kontrolle der Grunderkrankung. Es gibt keine validierte Untersuchungsmethode zum Nachweis. Oft wird zur Charakterisierung der Nijmegen-Questionnaire eingesetzt, ein ursprünglich als Screening-Tool bei Asthma bronchiale entwickelter Fragebogen. Ergänzend kann eine Lungenfunktionstestung erfolgen, ferner auch eine Atemmuskelfraktmessung, gegebenenfalls können auch eine Schlafuntersuchung sowie weitere kardiopulmonale Tests (Labor, EKG, Echo, Belastungstest) durchgeführt werden. Bei Patienten mit Dyspnoe nach COVID-Erkrankung zeigt ein Drittel eine dysfunktionale Atmung.

In der Hausarztpraxis sind einige einfache Untersuchungen hilfreich. Dazu gehört der Hyperventilationstest. Hier wird der oder die Betroffene aufgefordert, während 1–3 Minuten so schnell und tief wie möglich zu atmen. Kommt es dabei zu den beklagten Symptomen, ist ein Hyperventilationssyndrom wahrscheinlich. Der «breath-holding test» bestimmt, wie lang nach normaler Ausatmung der Atem angehalten werden kann. Diese Zeit ist bei dysfunktionaler Atmung typischerweise deutlich verkürzt (< 20 Sekunden gegenüber 45–90 Sekunden bei Kontrollen). Eine weitere Untersuchung ist die manuelle und optische Beobachtung der thorakalen und abdominalen Atembewegungen.

Mittels Spiroergometrie lassen sich bei dysfunktionaler Atmung einige typische Atemmuster beschreiben. Manche Formen treten nur unter Belastung auf, umgekehrt ist aber auch eine Normalisierung der Befunde unter Belastung möglich. In Ruhe liegt oft eine erhöhte Atemfrequenz vor, und die Atemeffizienz ist eingeschränkt. Trotz des subjektiven Empfindens einer respiratorischen Erschöpfung wird die Atemreserve während der Untersuchung typischerweise nicht ausgeschöpft. Je nach Form der dysfunktionalen Atmung kann eine Ruhe-Hypokapnie oder ein tiefer endexpiratorischer CO₂-Wert als Folge einer Hyperventilation nachgewiesen werden.

Gibt es eine Behandlung?

Eine Behandlung ist schwierig. An erster Stelle steht eine gute Aufklärung. Diese allein kann zu einer Besserung der Symptome führen. Weiter ist eine individualisierte Atemphysiotherapie zur Linderung der Beschwerden und Verbesserung der Lebensqualität hilfreich. Hier ist die Buteyko-Methode zu erwähnen (2). Diese strebt eine Kombination aus konsequenter Nasen- und Bauchatmung mit einer bewussten Entspannung und Verlangsamung der Atmung an. □

Halid Bas

Quelle: «Weder Herz noch Lunge – Was kann der Dyspnoe sonst noch zugrunde liegen». Dyspnoe-Symposium 2025, 24. Mai 2025, Gottlieb Duttweiler Institut (GDI), Rüschlikon

Referenzen:

1. Boulding R et al.: Dysfunctional breathing: a review of the literature and proposal for classification. Eur Respir Rev. 2016;25(141): 287-294. doi:10.1183/16000617.0088-2015
2. <https://www.buteyko-schweiz.ch>