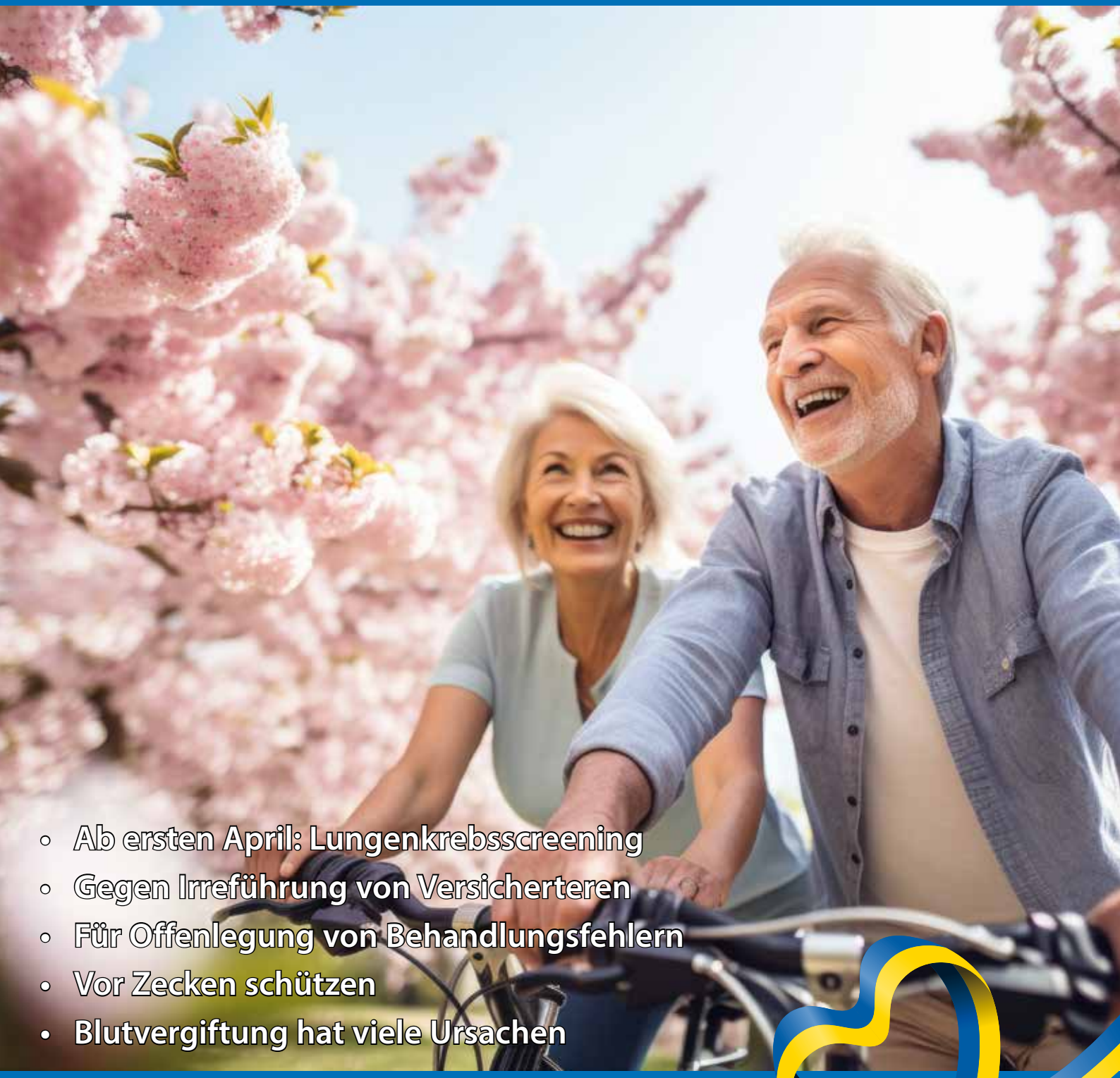
Frühjahr 2026
34. Jahrgang • 4,50 Euro

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht



- Ab ersten April: Lungenkrebsscreening
- Gegen Irreführung von Versicherteren
- Für Offenlegung von Behandlungsfehlern
- Vor Zecken schützen
- Blutvergiftung hat viele Ursachen

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

www.infonetz-krebs.de

INFONETZ KREBS

WISSEN SCHAFFT MUT

Ihre persönliche Beratung

Mo bis Fr 8 – 17 Uhr

0800 80708877

kostenfrei

Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

DKG
Krebsgesellschaft

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

wenn Sie diese Luftpost in Ihren Händen halten, ist es endlich soweit: Ab ersten April startet das bundesweite, dann jährlich mögliche, kostenlose Lungenkrebsscreening für Menschen mit erhöhtem Risiko. Das neue Früherkennungsprogramm richtet sich an Raucher im Alter von 50 bis 75 Jahren, die über viele Jahre regelmäßig geraucht haben oder es noch tun. In Deutschland trifft das auf 3 bis 5 Millionen Menschen zu. Rauchen ist anerkanntermaßen die häufigste Ursache für jährlich fast 58.000 Neuerkrankungen an Lungenkrebs. Nach einer amerikanischen Studie 1999 (!) ist klar, dass mit der modernen Niedrigdosis-Computertomographie dieser immer noch an Häufigkeit zunehmende Krebs oft frühzeitig erkannt werden kann. So wird eine Lebensverlängerung, ja sogar Heilung bei rechtzeitiger Operation häufiger möglich. Hierfür haben Ihre Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss jahrelang hartnäckig gekämpft. Es ging dabei nicht nur um die Bewertung von Studien, die Möglichkeit, viel Leid und eine frühzeitig erhöhte Sterblichkeit zu senken, sondern auch um die dadurch den Krankenkassen entstehenden zusätzlichen Kosten und das in Zeiten wachsender Defizite.

Wenn das kein Argument ist, dieses sinnvolle Angebot für sich zu nutzen und gleichzeitig mit dem Rauchen aufzuhören.

Natürlich gibt es hier noch Verbesserungsbedarf. Die HANSE-Studie in diesem Heft liefert dafür weitere Ansatzpunkte. Eine zentrale Rolle bei der Überprüfung des hohen Niveaus des angebotenen Lungenkrebsscreenings wird das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) übernehmen. Wir stellen es vor.

Die große Krankenkasse DAK hat in einer Sonderanalyse ermittelt, dass mehr als 750.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland in privaten Autos oft, d.h. auf kleinstem Raum, Tabakrauch ausgesetzt sind. Hier gilt es, das Bundesnichtraucherschutzgesetz endlich nachzuschärfen!

Es ist belegt, ein kurzer Mittagsschlaf räumt im Gehirn auf. Auch hierzu ein Artikel in Ihrer Luftpost. Nicht jedes Angebot im Netz ist ohne Haken. Wir berichten zu einem Urteil gegen Doctolib wegen Irreführung von gesetzlich Versicherten.

Auch Empfehlungen für „Krebsdiäten“ sind derzeit wissenschaftlich zweifelhaft, so aktuell die untersuchenden medizinischen Fachgesellschaften.

Am 6. März hat der Deutsche Bundestag nun den Auftrag für ein verpflichtendes Ernährungsscreening in Krankenhäusern beschlossen. Ernährungsmediziner zeigen, dass bis zu 30% aller Krankenhauspatienten mangelernährt sind. Dies gilt es künftig zu verhindern.

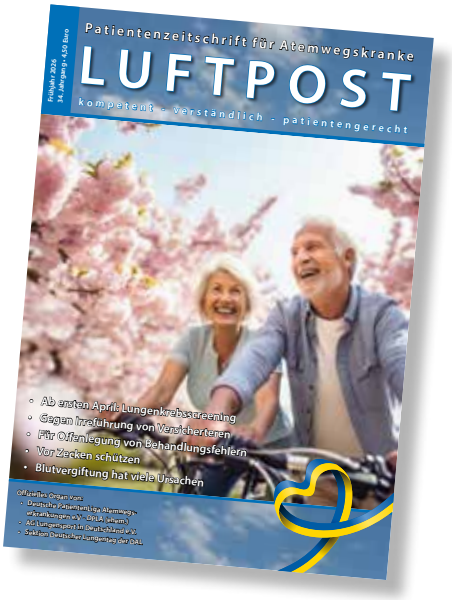
Wir spüren deutlich, dass die Tage länger werden und der Frühling naht, auch wenn ein launischer April uns manchmal zweifeln lässt. Aber wir wissen, dass mit Erich Kästner „der Mai, der Mozart des Kalenders“ naht. Leider müssen wir dann im Wonnemonat wieder beginnen, uns vor Zecken als Überträger von Krankheitserregern in Acht zu nehmen. Mehr dazu in unserem Beitrag.

Schließen möchten wir mit dem Thema des diesjährigen Kongresses der deutschen Lungenmedizin: Zukunft atmen-Innovation und Menschlichkeit. 20.000 Mal atmet jeder von uns täglich Sauerstoff ein. Mögen es noch viele, viele künftige Millionen Mal sein! Innovationen und Mitmenschlichkeit können uns dabei helfen.

Mit luftigen Grüßen

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

Inhalt



Aktuelles

5 Fortschritt für wirksame lungengängige mRNA-Impfstoffe

6 Doctolib wegen Irreführung von gesetzlich Versicherten verurteilt

8 Medizinischer Dienst fordert Offenlegungspflicht für fehlerhafte ärztliche Behandlungen

10 Mittagsschlaf „räumt im Gehirn auf“ und verbessert so die Lernfähigkeit danach

12 Tabakrauch in privaten Autos belastet mehr als 750.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland

14 Wie Sie sich vor Zecken schützen und Infektionsrisiken verringern

16 Leitlinie aktualisiert: Keine Empfehlung für „spezielle Krebsdiäten“

18 Aus für den Pakt zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)

20 Bundestag bringt verpflichtendes Ernährungs-screening in Krankenhäusern auf den Weg

Zu Ihrer Information

22 HANSE-Studie liefert neue Erkenntnisse für ein gezieltes Lungenkrebs-Screening ab April 2026

24 Medizinische Selbsttests für zu Hause

26 Stuhltest oder Darmspiegelung? Medizinische Fachgesellschaft klärt über Methoden zur Darmkrebsvorsorge auf

28 Leitlinie zur Nachsorge bei Lungentrans-plantationen bietet erstmals klare Orientierung

30 Dialyse-Shunts als gefäßmedizinische Herausforderung

32 Stellungnahme des G-BA zum Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG)

36 Blutvergiftung (Sepsis) hat viele Ursachen

39 Kann Staub vom Bauernhof die Lunge schützen?

41 Angebot: Yoga für chronische Lungen-erkrankungen an der Thoraxklinik Heidelberg

Über den Tellerrand

38 Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

Rubrik

42 Impressum

43 Infoflyer der Deutschen Atemwegsliga e.V. und Broschüren der AG Lungensport in Deutschland e.V.

Anzeige

Aktiv bleiben!

Mehr Bewegungsspielraum.

✓ Deutschlandweite Versorgung

✓ Schneller Service direkt vor Ort

✓ Rundumversorgung auch im Urlaub

Mit unserer Langzeit-Sauerstoff-Therapie.

Mehr Lebensqualität.

✓ Attraktive Konditionen für Miete & Kauf

✓ Zusammenarbeit mit allen Krankenkassen

✓ Individuelle Beratung persönlich & kompetent

Beratungstelefon
0365 / 20 57 18 18

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

air-be-c Medizintechnik

Impfstoffe zum Einatmen:

Fortschritt für wirksame lungengängige mRNA-Impfstoffe

Foto: AdobeStock / mi_viri

Neuartige winzige Trägerteilchen aus speziellen Kunststoffen könnten es künftig ermöglichen, Impfstoffe direkt über die Lunge quasi zu verabreichen. Über die Lunge könnten sie dafür sorgen, dass das Immunsystem gezielt Immunzellen produziert und sich so besser gegen Infektionen schützt.

Forschende der Ludwig-Maximilians-Universität in München (LMU) unter der Leitung von Professorin Olivia M. Merkel, am Lehrstuhl für Arzneimittelentwicklung (Drug delivery) der Universität, haben ein neues Trägersystem für mRNA-Impfstoffe entwickelt, die so über die Atemwege direkt in die Lunge eingebracht werden können. Die im Fachmagazin Cell Biomaterials veröffentlichte Studie stellt neuartige winzige Wirkstoffträger aus speziellen Kunststoffen vor.

„Um eine effektive Immunisierung durch Impfung über eine Inhalation zu ermöglichen, werden Trägersysteme gebraucht, die biologische Barrieren (wie z.B. Schleim) der Atemwege durchdringen und dabei aber die empfindlichen RNA-Moleküle schützen, die sie transportieren“, erklärte Merkel. Ist diese Lungenbarriere überwunden, müssen die Impfstoffe aus den sie transportierenden Teilchen freigesetzt werden und zu den Immunzellen gelangen um dann die gewünschte Immunantwort zu bewirken.

Stabiles und effizientes Transportsystem

Die Untersucher der LMU haben ein "Transportsystem" entwickelt, das diese Anforderungen über einen räumlich und zeitlich koordinierten Mechanismus erfüllt. Die Forschenden konnten zeigen, dass ihre winzigen Trägerteilchen die angesteuerten Immunzellen wirksam erreichen und die gewünschte Immunaktivierung und Reifung von Immunzellen bewirken. In einem Modell funktionsfähiger menschlicher Präzisions-Lungenschnitte, einem besonders realitätsnahen, menschlichen Lungenmodell durchdrangen die Trägerteilchen erfolgreich so die Schleimbarriere.

„Ein wesentlicher Vorteil des neuen Systems ist seine hohe Stabilität während der Zerstäubung des Wirkstoffs“, sagte Merkel. Nach der Vernebelung durch einen Vibrationsmembran-Inhalator erreichten die neuartigen Trägerteilchen eine höhere Effektivität als die bisher eingesetzten winzigen Fett-Transportteilchen. Dies unterstreicht ihre Eignung für künftige inhalative Impfstoffanwendungen. „Unsere Ergebnisse zeigten, dass unsere neuartigen Trägerteilchen in der Lage sind diese geforderten Transportfunktionen zu erreichen. Unsere Entwicklung stellt eine vielversprechende Alternative zu den bisherigen Trägerteilchen für eine mögliche Generation lungengängiger mRNA-Impfstoffe dar.“

Die Studie wurde von der Bayerischen Forschungsstiftung und dem Europäischen Forschungsrat (ERC) gefördert und leistet laut den Untersuchern einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung neuer und wirksamer und dabei patientenfreundlicherer Impfstoffe.

Quelle: Pressemeldung der Ludwig-Maximilians-Universität München vom 15. Januar 2026

Originalpublikation: Min Jianget al.: A hybrid polymeric system for pulmonary mRNA delivery: Advancing mucosal vaccine development. Cell Biomaterials 2026

Doctolib wegen Irreführung von gesetzlich Versicherten verurteilt

Foto: AdobeStock / stockfotos-MG

Wer auf dem Buchungsportal Doctolib per Filtereinstellung gezielt nach einem Arzttermin für gesetzlich Versicherte sucht, bekommt auch Termine von Privatpraxen angeboten, die Kassenpatienten nur als Selbstzahler akzeptieren. Diese Praxis ist irreführend, entschied das Landgericht Berlin nach einer Klage des Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv).

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) fordert, dass Privatsprechstunden und Selbstzahlertermine eindeutig als solche zu kennzeichnen sind und gesetzlich Versicherten nur angezeigt werden dürfen, wenn sie das ausdrücklich wünschen.

„Wer speziell nach Terminen für gesetzlich Versicherte sucht, erwartet zurecht, dass nur Praxen vorgeschlagen werden, die über die Krankenkasse abrechnen und vom Patienten kein Geld verlangen“, sagt Susanne Einsiedler, Rechtsreferentin beim Verbraucherzentrale Bundesverband. „Bei Doctolib passiert das Gegenteil: *Die ersten Treffer der Suche entpuppen sich oft als Termine nur für Privatpatienten und Selbstzahler. Angezeigt wird das erst kurz vor der Buchung, nachdem Arzt und Termin bereits ausgewählt wurden.“*

Behandlung nur gegen 200 Euro Vorkasse

„€ Gesetzlich“ heißt ein *Auswahlkriterium* für die *Arztsuche auf Doctolib*. Erläutert wird der Filter mit dem Hinweis: „Versicherungsart. Nur Termine mit gesetzlicher Versicherung anzeigen“. Nach Auswahl des Filters enthalten die Suchergebnisse jedoch auch Termine von Privatpraxen, die Kassenpatienten nur annehmen, wenn sie die Behandlung selbst bezahlen. Darüber wurden die Nutzer auf dem Portal jeweils erst nach Auswahl des Termins über ein Pop-up-Fenster informiert. In einem von der Verbraucherzentrale dokumentierten Fall hieß es darin zum Beispiel: „Wir sind eine Privatpraxis, gesetzlich versicherte Patienten können NUR! als Selbstzahler zu uns in die Praxis kommen. Das bedeutet, dass Sie die Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen in der Regel nicht erstattet bekommen und die Kosten selbst tragen müssen. Bitten bringen Sie als Selbstzahler als Vorkasse 200 € in bar mit.“

Später Warnhinweis reicht nicht aus

Das Landgericht Berlin schloss sich der Auffassung der Verbraucherschützer an, dass die *strittige Filterfunktion auf Doctolib irreführend* ist. Der Einsatz des Filters wecke die Erwartung, dass sich die Termin-

suche auf Ärzte beschränkt, die Patienten zu den Konditionen der gesetzlichen Krankenversicherungen behandeln und keine privaten Vorauszahlungen verlangen. Diese Erwartung werde enttäuscht, da auch Termine von Privatpraxen vorgeschlagen werden, die nur Selbstzahler akzeptieren.

Der Warnhinweis vor der Terminbuchung kommt nach Auffassung der Richter zu spät. Denn der Patient sei bereits dazu verleitet worden, sich einen konkreten Terminvorschlag bei einer Privatpraxis überhaupt anzusehen. Dadurch sei es möglich, dass Patienten den Privattermin wählen und die damit verbundenen Nachteile in Kauf nehmen, um den Suchvorgang nicht erneut starten zu müssen.

Mindeststandards für Terminplattformen

Kommerzielle Online-Terminvermittler können eine effiziente und komfortable Buchung von Arztterminen ermöglichen. Von ihnen können Patienten wie Praxen profitieren. Allerdings zeigen Marktchecks des Verbraucherzentrale Bundesverband, dass Arztsuchende dort immer wieder auf schwerwiegende Probleme stoßen. So wurden zum Beispiel Arzttermine angezeigt, die nicht verfügbar, nicht passend oder kostenpflichtig waren.

Im Koalitionsvertrag hatten Union und SPD angekündigt, die Wartezeit auf Arzttermine zu verringern und Versorgungswege, insbesondere den Facharzt-Zugang, neu zu strukturieren. Aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands sind *verbraucherfreundliche Mindeststandards für kommerzielle Arztterminportale notwendig*. Dazu gehören: Die Terminvergabe muss diskriminierungsfrei erfolgen und darf keine Patientengruppe schlechter stellen. *Privatsprechstunden und Selbstzahlertermine müssen eindeutig als solche gekennzeichnet werden* und dürfen gesetzlich Versicherten nur angezeigt werden, wenn sie das ausdrücklich wünschen. *Die Terminbuchung vor Ort und per Telefon muss erhalten bleiben.* Die Nutzung kommerzieller Dienste darf nicht zur Voraussetzung für eine ärztliche Behandlung werden.

Urteil des LG Berlin II vom 18.11.2025, Az. 52 O 149/25 – nicht rechtskräftig

Pressemitteilung Verbraucherzentrale Bundesverband vom 15.01.2026

Anzeige

Medizinischer Dienst fordert Offenlegungspflicht für fehlerhafte ärztliche Behandlungen

Foto: AdobeStock / Best

Der Medizinische Dienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung geht davon aus, dass den Krankenkassen jedes Jahr durch Behandlungsfehler Zusatzkosten in Höhe von rund 50 Milliarden EURO entstehen. Er fordert deshalb für Ärzte und Krankenhäuser eine Verpflichtung, Behandlungsfehler aktiv offenzulegen. Nach aktueller Gesetzeslage müssen Patienten vonseiten der Behandler nicht darüber informiert werden, wenn eine Behandlung nicht entsprechend dem gebotenen fachärztlichen Standard verlaufen ist.

Der Medizinische Dienst hat im Oktober 2025 seinen Jahresbericht 2024 vorgestellt und aus diesem geht hervor, dass im vergangenen Jahr rund 3.700 Behandlungen fehlerhaft erfolgt sind. In rund 2.800 dieser Fälle - also 76 Prozent - erlitten Patienten dadurch gesundheitliche Schäden. Ein Drittel davon bleibt dauerhaft.

Der Chef des Medizinischen Dienstes Bund (MD), Stefan Gronemeyer, erachtet die *Einrichtung eines verpflichtenden Registers für fehlerhafte ärztliche Behandlungen* für erforderlich. Aufgenommen werden sollen Behandlungsfehler, die nie passieren dürften, wie z.B. eine Operation auf der falschen Seite oder das Vergessen von OP-Materialien im Körper.

Quelle: Pressemitteilung der BAG Selbsthilfe vom 29.12.2025

Weitere Infos dazu unter folgenden Links:
https://www.tagesschau.de/wissen/gesundheit/behandlungsfehler-transparenz-medizinischer-dienst-100.html

Dr. med. Stefan Gronemeyer Foto: Medizinischer Dienst des Bund

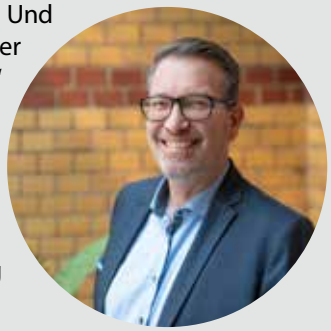
Advertorial mit freundlicher Unterstützung von Sanofi und Regeneron

Mit Asthma durchs Frühjahr: Aufatmen, auch wenn alles blüht

„Es belastet mich, wenn der Pollenflug stark ist und ich deshalb Atemnot habe. So fällt es mir schwer, den Frühling richtig zu genießen." Dieses Gefühl kennt Karola (75) schon seit ihrer Kindheit. So wie ihr geht es Millionen von Menschen mit Asthma und Pollenallergie, für die das Erwachen der Natur jedes Jahr eine herausfordernde Zeit einläutet. Wenn statt der ersten Sonnenstrahlen die ersten Pollen in der Nase kitzeln, ist das oft der Vorbote für Atembeschwerden. Eine wachsende Herausforderung sind auch die verschobenen Blütezeiten. Hasel und Erle sind oft schon im Winter aktiv, während Gräserpollen bis in den Herbst fliegen. Die Folge ist eine monatelange Belastung für die Atemwege, die Husten und Atemnot auslösen kann. Ein Grund zum Rückzug ist das aber nicht – vorausgesetzt, Heuschnupfen und Asthma werden konsequent und passend behandelt.

Warnsignale ernst nehmen

Eine Verschlechterung des Asthmas kündigt sich oft durch unscheinbare Zeichen an: der häufigere Griff zum Notfallspray, ein leichter Hustenreiz in der Nacht, ein Engegefühl in der Brust bei leichter Anstrengung oder das Gefühl, schneller außer Puste zu sein als gewohnt. Diese kleinen Signale des Körpers sind wichtige Vorboten. Wer sie bemerkt und rechtzeitig ärztlichen Rat einholt, kann oft schon mit einer Anpassung der Behandlung verhindern, dass daraus stärkere Beschwerden entstehen. Es ist wichtig, auf das eigene Körpergefühl zu hören und im Zweifel mit dem Arzt oder der Ärztin darüber zu sprechen.



Der Kölner Lungenfacharzt Dr. Justus de Zeeuw erklärt: „Nehmen Sie Ihre Medikamente richtig. Und wenn Sie bemerken, dass die Pollensaison für Sie anstrengend ist, gehen Sie zu Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin. Denn man kann die Therapie immer intensivieren – möglichst bis zur Beschwerdefreiheit." Karola, der es dank der passenden Medikation heute deutlich besser geht, möchte andere Betroffene ermutigen: „Ich würde jedem raten, sich so viele Informationen wie möglich zu suchen. Ob im Internet, bei der Krankenkasse oder beim Lungenfacharzt bzw. der Lungenfachärztin. Es gibt so viele Dinge, die einem helfen." So tut vielen Betroffenen der Austausch mit Gleichgesinnten, etwa in Selbsthilfegruppen, gut. Auch digitale Gesundheits-Apps, die an die Einnahme von Medikamenten erinnern oder den aktuellen Pollenflug anzeigen, können eine wertvolle Unterstützung im Alltag mit Asthma sein. Weitere hilfreiche Tipps gibt es z. B. unter: www.asthma-aktivisten.de.

Asthma im Griff: Wege zur Asthmakontrolle

Ziel jeder Asthmatherapie ist ein aktives Leben frei von Beschwerden. Doch was, wenn die Standardbehandlung bei schwerem Asthma nicht ausreicht? Hier eröffnen gezielte Therapien neue Wege. Sogenannte Biologika sind speziell entwickelte Medikamente, die nicht nur Symptome lindern können, sondern gezielt in die zugrunde liegenden Entzündungsprozesse eingreifen. Sie können die Lebensqualität von Menschen mit schwerem Asthma entscheidend verbessern. Betroffene sollten ihren Lungenfacharzt oder ihre Lungenfachärztin aktiv darauf ansprechen.

Eine erste Einschätzung zum eigenen Asthma-Status bietet ein einfacher Onlinetest, zum Beispiel unter: www.asthma-aktivisten.de.

MAT-DE-2600540-1.0-02/2026, Bild: Getty Images, Thomas Schermer

Mittagsschlaf „räumt im Gehirn auf“ und verbessert so die Lernfähigkeit danach

Foto: AdobeStock / MAKASIHMAS SIDNEY

Schon ein kurzer Mittagsschlaf kann dem Gehirn helfen, sich zu erholen und wieder aufnahmefähiger zu werden. Forschende des Universitätsklinikums Freiburg und der Universität Genf zeigten in einer im Fachjournal NeuroImage veröffentlichten Studie, dass bereits ein Mittagsschlaf ausreicht, um Verbindungen zwischen Nervenzellen so auszurichten, das danach neue Informationen besser abgespeichert werden können. Diese Effekte waren bislang nur nach einem erholsamen Nachtschlaf bekannt. Die jetzt publizierte Studie bestätigt, dass das menschliche Gehirn durch einen kurzen Schlaf gezielt entlastet und wieder in einen lernbereiteren Zustand versetzt werden kann – ein Vorgang, der insbesondere in Situationen mit hoher Leistungsanforderung hilfreich sein könnte.

„Die Ergebnisse zeigten, dass selbst nach einer kurzen mittäglichen Schlafphase das Gehirn wieder leistungsfähiger ist und Informationen besser aufnehmen kann“, so Studienleiter Prof. Dr. Christoph Nissen, der die Studie als Ärztlicher Leiter des Schlaflabors an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg durchführte.

Was Mittagsschlaf im Gehirn bewirkt

Unser Gehirn ist tagsüber durchgängig aktiv: Neue Eindrücke, Gedanken und Informationen werden verarbeitet, die Verbindungen zwischen Nervenzellen (Synapsen) verstärken sich dadurch. Diese verstärkten synaptischen Verbindungen sind eine wichtige neuronale Grundlage von Lernvorgängen. Sie führen aber auch zu einer Art Sättigung, so dass die weitere Lernfähigkeit des Gehirns tagsüber abnimmt. Schlaf hilft dabei, diese übermäßige Aktivität wieder herab zu regulieren – ohne die bisherigen gespeicherten Informationen zu verlieren. „Die Studie zeigte, dass dieser ‘synaptische Reset’ bereits nach einem Mittagsschlaf einsetzt und dass nachfolgend neue Informationen wieder besser im Gehirn abgespeichert und verarbeitet werden können“, so Nissen.

„Darüber hinaus hilft uns die Studie zu verstehen, wie wichtig auch kurze Schlafphasen tagsüber für die geistige Erholung sind“, erklärte Prof. Spiegelhalder,

Leiter der Sektion für Psychiatrische Schlafforschung und Schlafmedizin am Universitätsklinikum Freiburg. „Ein kurzer Schlaf zwischendurch kann helfen, wieder klarer zu denken und erneut konzentriert weiterzuarbeiten."

Studienablauf

Untersucht wurden 20 gesunde junge Erwachsene, die an zwei Nachmittagen entweder einen Mittagsschlaf einlegten oder wach blieben. Der Mittagsschlaf dauerte im Schnitt 45 Minuten. Da direkte Messungen an Synapsen bei gesunden Menschen nicht möglich sind, nutzte das Forschungsteam etablierte, nicht-invasive Verfahren wie die transkranielle Magnetstimulation (TMS) und die Aufzeichnung von Hirnströmen mit dem Elektroenzephalogramm (EEG), um Rückschlüsse auf den Zustand und die Flexibilität der Synapsen zu ziehen.

Die Ergebnisse belegten: Nach dem Mittagsschlaf war die durchschnittliche synaptische Aktivität im Gehirn reduziert – ein Zeichen für die erholsame Wirkung von Schlaf. Gleichzeitig war die Fähigkeit des Gehirns, neue Verbindungen zu bilden, deutlich verbessert. Das Gehirn war also besser aufnahmebereit für neue Lerninhalte als ohne den zwischenzeitlichen Mittagsschlaf.

Alltagsnutzen und Ausblick

Die Studie liefert eine biologische Erklärung dafür, warum Menschen nach einem Mittagsschlaf oft leistungsfähiger sind. Besonders in Berufen oder bei Tätigkeiten, die ein hohes Maß an geistiger oder körperlicher Leistung erfordern – etwa in der Musik, im Sport oder in sicherheitskritischen Bereichen – könnte ein kurzer Schlaf gezielt eingesetzt werden, um die Leistungsfähigkeit zu erhalten. „Ein Mittagsschlaf kann helfen, Konzentration und Leistungsfähigkeit auch unter hoher Belastung aufrechtzuerhalten", so Nissen.

Wichtig sei jedoch, betonen die Forschenden, dass gelegentliche Schlafprobleme nicht automatisch zu Leistungseinbußen führen. Insbesondere bei chronischen Schlafstörungen seien Schlaf-Wach-regulatorische Systeme im Wesentlichen intakt; vielmehr bestimmten Sorgen und Gedanken ein ungünstiges Schlaf-Wach-Verhalten. In solchen Situationen sei eine kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie sinnvoller als Schlafmittel, da letztere die natürlichen Erholungsprozesse des Gehirns langfristig stören und zu Abhängigkeitsentwicklungen führen könnten.

Quelle: Pressemeldung des Universitätsklinikums Freiburg/Breisgau vom 22. Januar 2026

Anzeige

ZURÜCK IN EINEN LEBENSWERTEN ALLTAG.

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

STRANDKLINIK
ST. PETER-ORDING
Wissen, was dem Menschen dient.

Fachklinik für Psychosomatik, Pneumologie und Orthopädie
Fritz-Wischer-Str. 3 | 25826 St. Peter-Ording | Tel. 04863 70601 | info@strandklinik-spo.de | www.strandklinik-spo.de

Tabakrauch in privaten Autos belastet mehr als 750.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland

Foto: AdobeStock / Maksym

Eine Sonderanalyse im Präventionsradar der Deutschen Angestelltenkrankenkasse (DAK) zeigt: Rauchen im Auto belastet mehr als 750.000 Kinder und Jugendliche. In Deutschland ist das Rauchen in öffentlichen Verkehrsmitteln verboten, im privaten Auto jedoch erlaubt. Die Folge: Jedes zehnte Schulkind (10,9 Prozent) ist „oft“ oder „sehr oft“ Tabakrauch im Auto ausgesetzt. Rund 36 weitere Prozent geben an, dass sie „manchmal“ oder „selten“ von Passivrauch betroffen sind. Jugendliche mit einem niedrigeren sozialen Status fahren häufiger in einem privaten Auto, in dem geraucht wird, als diejenigen aus höheren sozialen Schichten. Für den DAK-Präventionsradar hat das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) in Kiel im Schuljahr 2024/2025 mehr als 26.500 Schülerinnen und Schüler in 14 Bundesländern befragt. Die Daten zeigen: Schüler, die Passivrauch im Auto ausgesetzt sind, konsumieren häufiger selbst Nikotinprodukte. Experten warnen vor Gesundheitsrisiken und einer frühen Nikotinabhängigkeit junger Menschen. DAK-Vorstandschef Storm und Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin von der Decken fordern daher ein Rauchverbot im Auto bei Anwesenheit von Minderjährigen und werben um mehr Aufmerksamkeit im privaten Umfeld zum Schutz von Kindern und Jugendlichen.

„Tabakrauch kann auch für Menschen, die ihm nur passiv ausgesetzt sind, schwere negative gesundheitliche Folgen haben. Kinder sind besonders gefährdet“, sagt DAK-Vorstandschef Andreas Storm. „Angesichts der hohen Anzahl von Betroffenen sollten wir in Deutschland ein erweitertes Rauchverbot auch in privaten Autos umsetzen. Andere europäische Länder haben das Rauchen in diesen längst verboten, wenn Minderjährige und teilweise auch, wenn Schwangere im Auto mitfahren.“

Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Kerstin von der Decken sagt: „Es ist hinlänglich bekannt, dass *Passivrauchen die Gesundheit* gefährdet. Das gilt besonders in geschlossenen Fahrzeugen, wo die Rauchkonzentration oft sehr hoch ist. Es ist daher richtig, ein erweitertes Rauchverbot auch in privaten Autos einzuführen. Die Gesetzgebungskompetenz dafür liegt aber auf Bundesebene. Der Bundesrat hat sich wiederholt für eine entsprechende Erweiterung

Foto: DAK

Vorstandschef der drittgrößten Krankenkasse DAK, Andreas Storm

Foto: Land Schleswig-Holstein / Frank Peter

Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Kerstin von der Decken (CDU)

des Bundesnichtraucherschutzgesetzes eingesetzt. Zuletzt gab es im September 2025 einen Antrag, den Schleswig-Holstein unterstützte. Ziel ist es, das Rauchen in geschlossenen Fahrzeugen in Anwesenheit von Minderjährigen oder Schwangeren zu verbieten. Der Bund ist weiterhin gefordert, eine gesetzliche Änderung umzusetzen."

Befragung von mehr als 26.500 Schülern

Der DAK-Präventionsradar belegt, dass jeder zehnte Schüler im Alter von neun bis 17 Jahren „oft" oder „sehr oft" in einem Auto mitfährt, in dem geraucht wird. 10,9 Prozent der befragten Schüler machten entsprechende Angaben beim Präventionsradar 2025. Der DAK-Präventionsradar ist eine bundesweite Schulstudie zur Gesundheitslage von Kindern und Jugendlichen. Im Erhebungszeitraum von November 2024 bis Februar 2025 nahmen 26.586 Schülerinnen und Schüler aus 1.712 Klassen an 116 Schulen teil. Die *Online-Befragung* wurde im Klassenverband durchgeführt und erfasste unter anderem *Daten*

- zum Wohlbefinden,
- zum Gesundheitsverhalten und
- zu sozialen Faktoren.

Von den befragten Kindern und Jugendlichen machten 25.066 Angaben zum Thema Tabakrauch im Auto. 52,7 Prozent von ihnen sind „noch nie" in einem Privatfahrzeug mitgefahren, in dem geraucht wurde, 36,3 Prozent „manchmal" oder „selten".

Passivrauch bedingt unter anderem ein höheres Asthma-Risiko

„Unsere groß angelegte Schülerbefragung zeigt erstmals, wie viele von Ihnen in Deutschland tatsächlich betroffen und gefährdet sind," sagt Professor Reiner Hanewinkel, Leiter des IFT-Nord, das den DAK-Präventionsradar wissenschaftlich durchführt. „Kinder und Jugendliche, die Passivrauch ausgesetzt sind, leiden häufiger unter *Infektionen der oberen Atemwege, Mittelohrentzündung und Asthma als Gleichaltrige*, die keinem Tabakrauch ausgesetzt sind." In der Schwangerschaft kann das Einatmen des Tabakrauchs die gesunde Entwicklung des Embryos gefährden und möglicherweise ein niedrigeres Geburtsgewicht verursachen, betont Hanewinkel, der die Forderung nach einem Rauchverbot im Auto bei Anwesenheit Minderjähriger oder Schwangerer ausdrücklich unterstützt.

Schulkinder mit einem niedrigeren Sozialstatus sind häufiger betroffen

Die Auswertung der Daten zeigt, dass Schüler aus Familien mit einem hohen Sozialstatus seltener in einem Auto sitzen, in dem geraucht wird, als Gleichaltrige aus Familien mit einem niedrigerem Status. Zudem sind Mädchen und Jungen, die auf ein Gymnasium gehen, sind weniger häufig betroffen als die Schüler anderer Schulformen. Die Studie belegt außerdem, dass Jugendliche, die Passivrauch in privaten Autos ausgesetzt waren, häufiger selbst aktiv rauchen oder Nikotinprodukte nutzen.

Quelle: Pressemeldung der DAK vom 6. Februar 2026

Schutz statt nur Entzündung:

Wie Sie sich vor Zecken schützen und Infektionsrisiken verringern

Foto: AdobeStock / Karina

Ob beim Spazieren im Wald, Sitzen im Park oder Spielen im Garten: Wann immer wir im Freien sind und die festen Wege verlassen, besteht das Risiko, sich eine Zecke „einzufangen". Diese blutsaugenden Spinnentiere können gefährliche Krankheiten wie Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME, Hirnhaut- bzw. Rückenmarksentzündung) und Lyme-Borreliose übertragen. Eine Infektion mit dem FSME-Virus kann als Hirn-, Hirnhaut- oder Rückenmarksentzündung auftreten und zu dauerhaften Spätfolgen wie Lähmungserscheinungen oder im Extremfall zum Tod führen.

Die durch Bakterien übertragene Borreliose kann nach einer mehrere Zentimeter großen "Wanderröte" das Nervensystem, die Haut oder die Gelenke befallen und zum Beispiel Seh- oder Hörstörungen, Lähmungen oder eine Entzündung des Herzens auslösen.

Zecken sind mittlerweile das ganze Jahr über aktiv und auch in Norddeutschland verbreitet. Die Apotheke vor Ort berät Eltern und Personen, die sich regelmäßig im Freien aufhalten, wie man sich wirksam schützt, was im Fall eines Zeckenstichs zu tun ist und wann eine FSME-Impfung besonders sinnvoll ist.

Nicht alle Zecken sind Überträger

Gefährdet sind alle, die sich draußen aufhalten. Auch Haustiere können Zecken, die an ihnen haften, mit ins Haus bringen. Später können die Parasiten dann auf den Menschen übergehen. Die häufigste Zeckenart in Deutschland ist der Gemeine Holzbock. Er ist mehrjährig und bereits ab etwa 7 bis 8 °C aktiv, bei milden Wintern nahezu das ganze Jahr über. Die höchste Aktivität ist in der Regel im Frühjahr und Herbst. Der Gemeine Holzbock lebt bevorzugt in feuchter, niedriger Vegetation wie Wiesen, Gärten, Parks oder an Waldrändern. Nur ein Teil der Zecken ist mit Krankheitserregern infiziert. In Endemiegebieten, also Regionen, in denen die Erreger dauerhaft und häufig vorkommen, tragen rund 0,1 bis 5 Prozent der Zecken das FSME-Virus in sich. Je nach Region kann die Durchseuchung auch höher liegen.

Mit Borrelien, die eine Borreliose (oder Lyme-Erkrankung) übertragenden Bakterien, sind je nach Region und Entwicklungsstadium der Tiere bis zu 35 Prozent der Zecken infiziert. Dennoch liegt das Risiko, Krankheitssymptome zu entwickeln lediglich bei 0,3 bis 1,4 Prozent aller Zeckenstiche, auch wenn die Infektion im Labor nach einem Zeckenstich bei bis zu 5,6 Prozent aller Betroffenen nachgewiesen werden kann. Generell hängt die Wahrscheinlichkeit einer Infektion von der jeweiligen Zeckenart, Andockdauer und geografischen Region sowie dem persönlichen Immunstatus ab.

Borrelien werden erst nach Stunden übertragen

Zecken sitzen meist in weniger als ein Meter Höhe im Gras oder Gebüsch. Sie springen nicht und lassen sich auch nicht von Bäumen fallen. Bevor es zum Stich kommt, krabbeln die Tiere längere Zeit auf dem Wirt herum, um eine ideale Hautstelle zu finden. Häufig sind geschützte, feuchte Körperstellen mit dünner Haut wie Haaransatz, Ohren, Hals, Achseln, Ellenbeugen, Bauchnabel, Genitalbereich oder Kniekehlen betroffen. Auch unter eng anliegender Kleidung oder Uhrenarmbändern fühlen sich Zecken sicher und stechen zu. Während FSME-Viren sofort beim Stich übertragen werden, erfolgt die Übertragung von Borrelien im Allgemeinen erst nach mehreren Stunden. Das Risiko einer Infektion steigt daher mit der Saugdauer. Da es keinen typischen Krankheitsverlauf gibt, ist eine Borreliose nicht immer leicht zu diagnostizieren. Das häufigste Krankheitsbild ist dabei die sogenannte Wanderröte, eine ringförmige Hautrötung meist rund um die Einstichstelle, die einige Tage und manchmal Wochen nach einem Zeckenstich auftreten kann.

Körper absuchen und Zecken schnell entfernen

Nach Aufenthalten in der Natur sollte jeder Mensch seinen Körper gründlich auf Zecken absuchen. Kinder sind aufgrund ihrer geringen Körpergröße häufiger an Kopf und Hals befallen. Wird eine Zecke entdeckt, sollte sie so früh wie möglich entfernt und sicher entsorgt werden. Je länger eine Zecke saugt, desto höher steigt das Borreliose-Risiko. Als Hilfsmittel eignet sich eine Zeckenkarte, Zeckenzange oder ein Zeckenhaken und, wenn diese nicht zur Hand sind, eine Pinzette, mit denen man die Zecke dicht an der Haut an ihrem Mundwerkzeug fassen und möglichst vorsichtig senkrecht herausziehen kann. Wenn kein geeignetes Werkzeug zur Hand ist, sollte das Tier schnellstmöglich mit den Fingernägeln entfernt werden, um den Übergang von Krankheitserregern zu verhindern. Zecken, die sich festgesaugt haben, sollten nicht gequetscht werden. Auch Methoden wie das Betropfen mit Öl oder Klebstoff sind ungeeignet, da sie die Zecke reizen und zum Erbrechen bringen können, sodass mehr infektiöser Speichel und andere Körperflüssigkeiten der Zecke in die Wunde gelangen.

Bei Symptomen sofort zum Arzt

Nach der Entfernung sollte die Einstichstelle desinfiziert, markiert und fotografiert sowie das Datum im Kalender eingetragen werden. Betroffene sollten zudem ihren Impfschutz gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) überprüfen und die Stichstelle in den folgenden Wochen beobachten. *Zeckenstiche zählen zu den geringfügigen Verletzungen, die einen Tetanusschutz erfordern*. Sollte der nicht vorhanden sein, empfiehlt sich eine Auffrischung.

Festgesaugte Zecke

Bisweilen kommt es zu einer lokalen Reizung. *Treten Symptome wie Fieber, Lymphknotenschwellungen, neurologische Beschwerden oder eine Wanderröte auf, ist sofort eine Arztpraxis* aufzusuchen. Dort wird entschieden, ob aufgrund der Symptome ein Antibiotikum gegen Borreliose gegeben werden muss. Die durch FSME-Viren verursachten Erkrankungen können nur symptomatisch behandelt werden.

Vorbeugung und Schutzmaßnahmen

Gerade in FSME-Risikogebieten ist die Vorbeugung besonders wichtig, da die infizierten Zecken das FSME-Virus in den Speicheldrüsen tragen und bereits kurz nach dem Stich übertragen. Ein wirksamer Zeckenschutz beginnt bei der Kleiderwahl. Die Kleidung sollte „geschlossen“ sein: feste Schuhe, lange Ärmel und Hosenbeine. Helle Stoffe erleichtern, die Zecken zu entdecken. Die Hosenbeine sollten in die Socken gesteckt werden. Wanderer sollten Pfade anstelle des Unterholzes bevorzugen. Nach dem Aufenthalt im Wald oder auf der Wiese ist Duschen sinnvoll. Als zusätzlicher Schutz eignen sich Wirkstoffe die Zecken durch ihren Geruch vertreiben (Repellents) z.B. Zitronen-Eukalyptus-Öl oder z.B. Autan, Anti-Brumm, deren Wirksamkeit gut belegt ist. Die Anwendung sollte an den Hauttyp, das Alter und die Dauer des Aufenthalts angepasst werden. Insbesondere bei Kindern und Schwangeren ist eine individuelle Beratung in der Apotheke vor Ort empfehlenswert. Der Schutz sollte je nach Produkt alle zwei bis vier Stunden erneut aufgetragen werden, jedoch nicht auf gereizte oder verletzte Haut. Bei Kombination mit Sonnenschutzmitteln gilt: *erst der Sonnenschutz, dann das Zeckenschutzmittel*. Manche Repellents können auch auf die Kleidung aufgetragen werden. Darüber hinaus kann es sinnvoll sein, vorhandene Haustiere mit geeigneten Repellents zu behandeln, damit sie keine Zecken einschleppen.

Quelle: Pressemitteilung der Apothekerkammer Niedersachsen vom 9. März 2026

Wichtige Leitlinie Ernährungsmedizin bei Krebserkrankungen aktualisiert:

Keine Empfehlung für „spezielle Krebsdiäten“

Foto: AdobeStock / exclusive-design

Die im wissenschaftlichen Leitlinienprogramm Krebsmedizin (Onkologie) aktualisierte Leitlinie „Klinische Ernährung in der Onkologie“ spricht sich gegen einschränkende Diäten bei Krebserkrankungen aus. Sogenannte Krebsdiäten und Fastenprogramme sind nicht geeignet, betonen die an der Leitlinie beteiligten ärztlichen Fachgesellschaften. Studien zeigten keinen Nutzen, aber ein Risiko für eine dadurch verursachte Mangelernährung – was bei Krebspatienten lebensgefährlich sein kann.

Als Folge eine Krebserkrankung und ihrer Behandlung verlieren viele Menschen oft stark an Gewicht – sie magern ab. Dann ist es besonders wichtig, einer Mangelernährung vorzubeugen. Denn der Ernährungszustand hat großen Einfluss auf den Erkrankungsverlauf und auf mögliche Therapien: „Wird nicht rechtzeitig gegengesteuert, drohen Komplikationen, Therapieversagen und im schlimmsten Fall der Tod durch Mangelernährung“, sagt Professorin Jutta Hübner vom Universitätsklinikum Jena. Gemeinsam mit Dr. Jann Arends (Universitätsklinikum Freiburg), und Professorin Diana Rubin (Vivantes Humboldt-Klinikum Berlin), leiteten sie die Aktualisierung dieser wissenschaftlichen Leitlinie.

Krebsdiäten und Fasten sind oft gefährlich

Von Krebserkrankungen Betroffene bekommen oft viele Ratschläge zu ihrer Ernährung. In insgesamt elf Empfehlungen bewertet die Leitlinie aktuell und kritisch besondere Ernährungsformen wie:

- *vegane*,
- *ketogene Ernährung* oder
- die sogenannte *Krebsdiät nach Breuß*

„Für eine vegetarische oder vegane Ernährung fehlen wissenschaftliche Belege für eine Empfehlung. Bis aussagekäftige Studien vorliegen, ist für Krebspatienten eine sorgfältige Planung zwingend erforderlich, um Mangelernährung zu vermeiden“, so Hübner. „Was sogenannte ‚Krebsdiäten‘ angeht: In der wissenschaftlichen Leitlinie wird von strikten Diätvorschriften abgeraten. Sie schränken die Ernährung ein und bergen damit das Risiko von Mangelernährung und Gewichtsverlust. Dazu zählen Fasten, ketogene Diäten sowie die Diäten nach Budwig und Breuß.“

Bislang belegten Studien für diese Ernährungsformen keinen positiven Nutzen – durch die Nahrungsein-

schränkungen besteht zusätzlich die Gefahr einer Mangelernährung.

Neu: Ernährungstherapie bei operativer Tumortherapie

Im Zuge der Überarbeitung der Leitlinie wurde ein zusätzliches Kapitel zur Ernährung bei operativer Tumortherapie aufgenommen. Diese neue Empfehlung sieht unter anderem vor, dass der Ernährungsstatus vor und nach größeren Krebsoperationen mehrfach erhoben wird. Patienten, die voraussichtlich über mehrere Tage nach der Operation keine feste Nahrung zu sich nehmen können, sollen umgehend künstlich ernährt werden. Für die Phase vor einer Operation empfiehlt die Leitlinie unter anderem, dass Patienten mit hohem Risiko – etwa bei starkem Gewichtsverlust innerhalb kurzer Zeit – zunächst eine stärkende Ernährungstherapie erhalten sollten, auch wenn sich dadurch der Operationstermin verschiebt.

Mitfühlende Kommunikation: Ernährung in der Palliativsituation

In der Palliativversorgung soll die Lebensqualität von Patienten mit nicht-heilbaren Krebserkrankungen verbessert oder erhalten werden – eine differenzierte Ernährungstherapie kann hierzu beitragen. Neu ist die Empfehlung, wiederholt zu prüfen, ob eine Ernährung über den Magen-Darm-Trakt z.B. über Sonde / Trinknahrung (enterale) oder direkt über die Blutbahn (parenterale) Ernährung noch dem Therapieziel entspricht. Diese Entscheidung soll regelmäßig gemeinsam mit den Betroffenen und Betreuenden überprüft und bei Bedarf neu entschieden werden.

„Entscheidet sich ein an Krebs erkrankter Mensch, die Nahrungsaufnahme zu beenden, kann das zu Konflikten mit den Angehörigen führen. Es ist eine schwierige Situation“, so Hübner. „Um diese psychischen und physischen Belastungen durch die unterschiedlichen Vorstellungen und Entscheidungen zu vermeiden, empfehlen wir in der Leitlinie, dass die behandelnden Ärzte vorausschauend, klar und einfühlsam gemeinsam mit den Beteiligten entscheiden.“ In der Zeit einer Palliativversorgung sollten bei Ernährungsstörungen stets qualifizierte Ernährungsfachkräfte hinzugezogen werden, lautet die Empfehlung aus der Leitlinie.

Ausblick: nächster Aktualisierungsschritt anstehend

Diese Leitlinie (S3) „Klinische Ernährung in der Onkologie“ wurde jetzt nach zehn Jahren aktualisiert – und in diesem Prozess erstmalig ins onkologische Leitlinienprogramm der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) überführt. Die Leitlinie entstand unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM), der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO) sowie der Deutschen Krankhausgesellschaft (DKG), vertreten durch die Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie und unter Mitwirkung von 43 weiteren Fachgesellschaften und Organisationen. Finanziert wurde die Erstellung der Leitlinie von der Deutschen Krebshilfe im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie.

Im nächsten Aktualisierungsschritt sollen weitere Themen wie die Ernährung bei Bestrahlungs- und systemischer Tumortherapie, allgemeine Ernährungsthemen oder das Screening auf Mangelernährung erneut aufgegriffen und umfassend überarbeitet werden.

Die neue S3-Leitlinie ist auf dieser Webseite unter https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/ernaehrung-und-ernaehrungsmedizin-in-der-onkologie oder im Leitlinien-Hub unter https://hub.leitlinienprogramm-onkologie.de/ abrufbar. Zudem sind die Inhalte in der kostenfreien Leitlinien-App integriert. Weitere Informationen unter: www.leitlinienprogramm-onkologie.de/app/

Das Leitlinienprogramm Onkologie

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer (wie behandelnde Ärzte) und Patienten zur bestmöglichen Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen. Sie stellen ein wesentliches Instrument zur Förderung von Qualität und Transparenz medizinischer Versorgung dar. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. und die Deutsche Krebshilfe haben sich mit dem im Februar 2008 gestarteten Leitlinienprogramm Onkologie das Ziel gesetzt, gemeinsam die Entwicklung und Fortschreibung sowie den Einsatz wissenschaftlich begründeter und praktikabler Leitlinien in der Krebsmedizin (Onkologie) zu fördern und zu unterstützen. Mittlerweile umfasst das Leitlinienprogramm 37 S3-Leitlinien, die zu einem großen Teil auch als laienverständliche Patientenleitlinien vorliegen.

Mehr unter: www.leitlinienprogramm-onkologie.de
Informationen unter: www.dgem.de
Informationen unter: www.dgho.de

Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM) vom 23. Februar 2026

Aus für den Pakt zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)

Ein gesundheitspolitischer Rückschritt

Foto: AdobeStock/ Tupungato

Die Ankündigung der Bundesregierung, den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) nicht fortzuführen, ist aus Sicht des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) ein gesundheitspolitischer Rückschritt – mit schwerwiegenden Folgen für die Gesundheit und Sicherheit der Bevölkerung.

Der BVÖGD bezieht sich dabei auf die Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs Dr. Georg Kippels (Bundesministerium für Gesundheit) auf eine Anfrage des Abgeordneten Johannes Wagner (Bündnis90/Grüne) zum ÖGD-Pakt.

Der Pakt hat in den vergangenen Jahren den gezielten Aufbau tragfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst ermöglicht: *zusätzliche Fachkräfte, moderne IT-Infrastruktur, neue digitale Anwendungen und verbesserte Arbeitsabläufe*. Ein Aus des Paktes kommt praktisch einer Rückabwicklung dieser mühsam aufgebauten Strukturen gleich.

Konkret drohen ein Aus für laufende und bereits konkret geplante Digitalisierungsprojekte, ein weitreichender Stellenabbau sowie der Verlust zentraler fachlicher und technischer Kompetenzen in den *Gesundheitsämtern*. Damit wird der Öffentlichen Gesundheitsdienst erneut geschwächt – obwohl seine strukturellen Defizite bereits vor der COVID-19-Pandemie bekannt waren. Der *Abbau* betrifft nicht nur die Gesundheitsämter, sondern auch Fort- und Weiterbildungseinrichtungen wie die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf sowie weitere Gesundheitsbehörden.

Besonders problematisch ist, dass diese Entscheidung in einer Zeit erfolgt, in der die *Anforderungen an den Öffentlichen Gesundheitsdienst weiter steigen*. Die aktuelle geopolitische Lage, einschließlich sicherheitspolitischer Spannungen und hybrider Bedrohungen, erhöht den Bedarf an belastbaren Strukturen im Bevölkerungs- und Katastrophenschutz. Gleichzeitig führen die Folgen des Klimawandels – etwa Hitzewellen, Extremwetterereignisse

Dr. Peter Schäfer, Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

oder neue gesundheitliche Risiken – zu neuen, dauerhaft wachsenden Aufgaben.

Mit dem Ende des Paktes wird die *Krisenfestigkeit des Gesundheitssystems erheblich beeinträchtigt*. Die COVID-19-Pandemie hat unmissverständlich gezeigt, wie entscheidend leistungsfähige, personell gut ausgestattete und digital vernetzte Gesundheitsämter für den Schutz der Bevölkerung sind.

Das Auslaufen des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist ein gesundheitspolitischer Rückschritt mit Ansage und steht in eklatantem Widerspruch zu den Empfehlungen des Sachverständigenrats Gesundheit und Pflege. In seinem Gutachten „Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung zukünftiger Krisen“ wird unmissverständlich deutlich: Ein *widerstandsfähiges deutsches Gesundheitssystem* ist ohne einen starken, handlungsfähigen Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht denkbar.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst wird darin ausdrücklich als *zentrale Säule des deutschen Gesundheitssystems* benannt, dessen Aufgaben wissenschaftlich fundiert und strukturell gestärkt werden müssen. Statt diese Erkenntnisse weiterhin konsequent umzusetzen, werden mit der Nichtverlängerung des Pakts mühsam aufgebaute Strukturen leichtfertig aufs Spiel gesetzt. Strukturen, die in der Pandemie unter hohem Einsatz entstanden sind und sich bewährt haben. Gerade in Krisenzeiten braucht Gesundheitsschutz Verlässlichkeit, Kontinuität und langfristige Planungssicherheit. Ohne stabile Rahmenbedingungen kann der Öffentliche Gesundheitsdienst seinen *gesetzlichen Auftrag* – von *Infektionsschutz über Prävention bis hin zu Bevölkerungsschutz und Krisenbewältigung* – nicht erfüllen. Wer jetzt Strukturen abbaut, schwächt nicht nur den Öffentlichen Gesundheitsdienst, sondern gefährdet die *Krisenfestigkeit des gesamten Gesundheitssystems*.

Der Pakt hat zudem ausdrücklich die Akademisierung des Fachs durch die Einrichtung von Professuren an medizinischen Fakultäten eingefordert, um Forschung, Lehre und Praxis dauerhaft zu stärken. Mit dem Auslaufen des Paktes droht der Wegfall dieser Strukturen und damit das Scheitern des Ziels einer nachhaltigen akademischen Verankerung des Öffentlichen Gesundheitswesens.

Die Gesundheit und Sicherheit der Bevölkerung dürfen nicht zur kurzfristigen Einspargröße werden!

Konkrete Folgen der Pakt-Abwicklung

- Enorm geschwächte Resilienz des Gesundheitswesens: Reduzierte Handlungsfähigkeit bei Pandemien, Ausbruchsgeschehen, Umwelt- und Klimarisiken, beim Bevölkerungsschutz und im Verteidigungsfall.
- Rückabwicklung aufgebauter Strukturen: Wegfall befristet finanzierter Stellen, Projektabbrüche und Verlust eingespielter Arbeitsstrukturen in den Gesundheitsämtern.
- Stellenabbau und Fachkräfteverlust: Abwanderung qualifizierten Personals, sinkende Attraktivität des ÖGD als Arbeitgeber und erneute personelle Unterbesetzung.
- Stopp von Digitalisierungsprojekten: Abbruch oder Verzögerung zentraler IT-Vorhaben, eingeschränkter Datenaustausch zwischen Bund, Ländern und Kreisen bzw. Kommunen.
- Einschränkungen im Infektionsschutz, zum Beispiel bei Präventionsmaßnahmen mit potenziellen Folgen für die Bevölkerung.
- Langfristige Risiken für die Bevölkerungsgesundheit: Weniger Prävention, schlechtere Früherkennung und geringerer Schutz insbesondere für besonders verletzliche Gruppen.

Quelle: Pressemitteilung des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD) vom 06.02.2026

Bundestag bringt verpflichtendes Ernährungsscreening in Krankenhäusern auf den Weg

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) begrüßt gesetzliche Verankerung zur Erkennung von Mangelernährung

Foto: AdobeStock / Vasily

Der Deutsche Bundestag hat erstmals eine verpflichtende systematische Erkennung von Mangelernährung in Krankenhäusern auf den Weg gebracht. Mit dem am 6. März verabschiedeten Anpassungsgesetz zur Krankenhausreform (KHAG) wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, verbindliche Qualitätsvorgaben für ein Ernährungsscreening bei stationären Patienten zu entwickeln. Der Beschluss fällt damit rund 20 Jahre nach der Veröffentlichung der „German Hospital Malnutrition Study", die bereits 2006 auf die medizinischen Folgen sowie Kosten einer Mangelernährung im Krankenhaus hingewiesen hatte.

Mangelernährung ist ein *häufig unterschätztes Problem im Klinikalltag*. Studien zeigen, dass bis zu 30 Prozent der Krankenhauspatienten, meist ältere Menschen, mangelernährt sind oder ein erhöhtes Risiko dafür haben. Die *Folgen* können gravierend sein:

- mehr Komplikationen nach Eingriffen,
- verzögerte Wundheilung,
- längere Krankenhausaufenthalte, und sogar
- eine erhöhte Sterblichkeit.

Gleichzeitig entstehen dem Gesundheitssystem jährlich *Mehrkosten in Milliardenhöhe*. „Trotz der schwerwiegenden Folgen wird Mangelernährung in vielen Kliniken noch immer nicht ausreichend adressiert", sagt Dr. Gert Bischoff, Präsident der DGEM. „Ein verpflichtendes Ernährungsscreening kann dazu beitragen, betroffene Patienten frühzeitig zu identifizieren und gezielt zu behandeln."

Gesetz schafft Grundlage für verpflichtendes Screening

Mit dem Krankenhausreformanpassungsgesetz verpflichtet der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss nun, bis Ende 2027 eine *Qualitätssicherungs-Richtlinie für Krankenhäuser* zu erarbeiten. Diese soll unter anderem Folgendes festlegen:

- Eine systematische Erkennung von Mangelernährung bei der Aufnahme ins Krankenhaus
- Anforderungen zur Vorhaltung von qualifiziertem Personal

Foto: DGEM

Dr. Gert Bischoff, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)

Foto: Deutscher Bundestag / Stephan Pilsinger/Tobias Koch

Bundestagsabgeordnete Dr. Stephan Pilsinger

- Vorgaben für eine strukturierte Therapieplanung bei festgestellter Mangelernährung

Der Bundestagsabgeordnete Dr. Stephan Pilsinger (CSU), stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit, betont die Bedeutung der Regelung: „Erstmals schaffen wir in diesem Gesetz die Voraussetzungen dafür, dass Mangelernährung bei Krankenhaus-Patienten schon bei der Einweisung festgestellt und während des Klinikaufenthalts auch gezielt behandelt werden kann. Dafür haben wir im jetzt beschlossenen Anpassungsgesetz zur Krankenhausreform (KHAG) im jetzt beschlossenenden Anpassungsgesetz für die Krankenhausreform festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bis Ende 2027 eine entsprechende Qualitätsrichtlinie beschließen muss, an das sich das ärztliche und pflegerische Klinik-Personal dann auch halten muss. Damit gehen wir ein bisheriges großes Problem in der Patientenversorgung an, das leider kaum gesehen und lange Zeit unterschätzt wurde."

Breite Unterstützung aus der Fachwelt

Die gesetzliche Regelung ist das Ergebnis jahrelanger fachlicher und politischer Diskussionen. Bereits 2023 hatten 25 medizinische Fachgesellschaften – darunter die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS), die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und viele weitere – in einer gemeinsamen Stellungnahme zur Krankenhausreform gefordert, die ernährungsmedizinische Versorgung stärker zu berücksichtigen. Auch im parlamentarischen Verfahren wurde die Bedeutung des Themas hervorgehoben. Für die Fachgesellschaft der Ernährungsmediziner nahm Professor Dr. Matthias Pirlich, Vizepräsident der ärztlichen Organisation und niedergelassener Ernährungsmediziner in Berlin, als Sachverständiger an einer Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages teil. „Die breite Unterstützung aus vielen medizinischen Disziplinen zeigte, dass Mangelernährung kein Randthema ist", sagte Pirlich. „Sie betrifft Patienten quer durch alle Fachbereiche."

Umsetzung ist nun Aufgabe des G-BA

In den kommenden fast zwei Jahren wird der Gemeinsame Bundesausschuss konkrete Vorgaben für die Umsetzung in der täglichen Behandlung entwickeln. Die betroffene Fachgesellschaft der Ernährungsmediziner kündigte an, diesen Prozess fachlich zu begleiten. „Unser Ziel ist eine praxistaugliche und wissenschaftlich fundierte Richtlinie, die in allen Krankenhäusern umgesetzt werden soll", so Bischoff. „Damit wird dann die ernährungsmedizinische Versorgung nachhaltig verbessert und Komplikationen für viele Patienten vermieden."

Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) vom 10.03.26

HANSE-Studie liefert neue Erkenntnisse für ein gezieltes Lungenkrebs-Screening ab April 2026

Foto: AdobeStock / grape_vein

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Juni 2025 den Weg für ein bundesweites Lungenkrebs-Screening freigemacht. Ab April 2026 sollen gesetzlich Versicherte, die über viele Jahre hinweg stark geraucht haben, jährlich eine Niedrigdosis-Computertomografie (LDCT) als Früherkennungsuntersuchung in Anspruch nehmen können. Ziel der neuen Leistung der gesetzlichen Krankenkassen ist es, Lungenkrebs deutlich früher zu entdecken und dadurch die Behandlungschancen erheblich zu verbessern.

Dieser Beschluss ist ein Meilenstein der vorbeugenden Medizin und geht maßgeblich auf wissenschaftliche Erkenntnisse aus Deutschland zurück. Die HANSE-Studie war eine der ausschlaggebenden Untersuchungen, die den G-BA dazu veranlasst haben, die Lungenkrebs-Früherkennung als künftig neue "Kassenleistung" zu etablieren. Die jetzt veröffentlichten Ergebnisse knüpfen daran an und liefern wertvolle Hinweise zur optimalen Gestaltung des Programms.

An Lungenkrebs erkranken in Deutschland jährlich mehr als 50.000 Menschen. Damit ist das auch Bronchial- oder Lungenkarzinom genannte Krankheitsbild bei Frauen die dritthäufigste und bei Männern die zweithäufigste Krebsart. Hauptursache ist das Rauchen: Je länger und intensiver ein Mensch geraucht hat, desto höher ist das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken. Da dieser oft erst spät Symptome verursacht, wird er häufig erst in späten Stadien entdeckt – mit entsprechend schlechteren Behandlungsmöglichkeiten. Wird Lungenkrebs hingegen früh erkannt, bestehen durch operative Eingriffe sowie Immun- und Chemotherapie deutlich bessere Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung.

Klinische Studien untersuchen die Wirksamkeit des Lungenkrebs-Screenings

In den vergangenen Jahren haben internationale Studien gezeigt, dass eine Computertomografie (CT)-gestützte Früherkennung dazu beitragen kann, Lungenkrebs früher zu entdecken. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Frage, welche Gruppen vom Screening profitieren und wie sich Risikogruppen möglichst präzise identifizieren lassen. Denn während Menschen mit hohem Risiko unbedingt teilnehmen sollten, gilt es bei Personen mit geringem Risiko unnötige Strahlenbelastungen zu vermeiden – auch aus ökonomischen Gründen.

An diesem Punkt setzt die vom Deutschen Zentrum für Lungenforschung (DZL) initiierte HANSE-Studie an. Forschende der LungenClinic Grosshansdorf, des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein in Lübeck (beide DZL-Standort ARCN) und der Medizinischen Hochschule Hannover (DZL-Standort BREATH) überprüften gemeinsam mit AstraZeneca die Machbarkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit eines deutschlandweiten Lungenkrebs-Screenings. Die Ergebnisse wurden jetzt im Fachjournal Lancet Oncology veröffentlicht.

Das Team analysierte, wie zuverlässig ein LDCT-Screening Lungenkrebs erkennt, wenn die Auswahl der Teilnehmenden auf einem umfassenden Risikomodell basiert. Untersucht wurde nach einem wissenschaftlichen Punktesystem, das neben Alter und Rauchhistorie unter anderem auch Bildungsstand, Körpergewicht, das Vorliegen einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), frühere Krebserkrankungen und familiäre Lungenkrebsfälle berücksichtigt. Zum Vergleich dienten die Kriterien (NELSON), die die Grundlage des kommenden

gesetzlichen deutschen Screeningprogrammes bilden und sich ausschließlich auf Alter und Zahl der Zigaretten (Packungsjahre) stützen. Alle Personen, die nach einem der beiden Modelle als Hochrisikopatienten galten, erhielten im Abstand von einem Jahr zwei LDCT-Untersuchungen. Verdachtsfälle wurden interdisziplinär besprochen und bei Bestätigung umgehend behandelt.

Erweiterter Kriterienkatalog erkennt fast 20 Prozent mehr Krebsfälle

Die Ergebnisse sprechen eine klare Sprache: In einer früheren Gruppe (PLCOm2012) wurden bei rund 4.200 aktuellen oder ehemaligen Rauchenden 108 Lungenkrebsfälle gefunden. In der ähnlich großen NELSON-Gruppe gab es 85 Krebsdiagnosen. Das entspricht 19,4 Prozent mehr entdeckte Erkrankungen – bei nur rund 6 Prozent mehr zu untersuchenden Personen. „Wenn wir den umfassenderen PLCOm2012-Score mit einem definierten Schwellenwert zugrunde legen, müssen wir zwar etwa 6 Prozent mehr Personen screenen, finden aber deutlich mehr Lungenkrebsfälle", erläutert Prof. Martin Reck, Chefarzt des Onkologischen Schwerpunkts an der LungenClinic Grosshansdorf und Co-Autor der Studie. „Das macht das Screening effizienter, wir müssen also weniger CT-Untersuchungen durchführen, um einen Fall von Lungenkrebs zu diagnostizieren."

Frauen profitieren besonders – aktueller Kriterienkatalog greift zu kurz

Die Daten zeigen zudem, dass insbesondere Frauen vom erweiterten Ansatz profitieren würden. In der HANSE-Studie wurde bei 2,6 Prozent der untesuchten Frauen eine Lungenkrebsdiagnose gestellt – deutlich mehr als die 1,8 Prozent im Vergleich bei den Männer. Dennoch erfüllen viele Frauen die derzeit vorgesehenen Einschlusskriterien nicht. „Viele der Frauen in unserer Studie rauchen aktiv, haben über ihr Leben hinweg aber weniger Zigaretten geraucht als die Männer und erreichen damit nicht die aktuell in Deutschland geltende Einschluss-Schwelle", erklärt Dr. Sabine Bohnet, Leiterin des Lungenkrebszentrums am Campus Lübeck des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) und Co-Autorin der Studie. „Außerdem haben sie häufiger Lungenkrebs in der Familie, eine eigene Krebsvorgeschichte oder eine zusätzliche COPD-Diagnose. Wir gehen davon aus, dass diese Risikofaktoren bei Frauen schwerer ins Gewicht fallen als bei Männern. Leider werden sie von dem aktuell geltenden Kriterienkatalog nicht abgefragt."

Forschende sehen Anpassungsbedarf – „Sonst übersehen wir wichtige Risikogruppen"

Das Ziel des neuen Früherkennungsprogrammes ist es, die Sterblichkeit durch Lungenkrebs durch frühere Diagnosen und damit eine frühere Therapie in früheren Krankheitsstadien zu senken. Die Ergebnisse der HANSE-Studie zeigen jedoch, dass die derzeit vorgesehenen Kriterien wichtige Risikogruppen nicht erfassen könnten „Unsere Studie hat gezeigt, dass es möglich, aber auch nötig ist, die Einschlusskriterien für das Screening basierend auf den Ergebnissen der HANSE-Studie zu ändern", resümiert Prof. Jens Vogel-Claussen, Direktor der Klinik für Radiologie der Charité und Studienleiter der Untersuchung. „Sonst übersehen wir wichtige Risikogruppen."

Die Forschenden betonen, dass die Einführung des LDCT-Screenings ein großer Fortschritt in der Lungenkrebsvorsorge ist. Dank der neuen Daten liegen nun wichtige Impulse für die Weiterentwicklung des Programms vor. Die HANSE-Studie unterstreicht nicht nur die hohe Umsetzbarkeit des Screenings in der Versorgung, sondern liefert auch zentrale wissenschaftliche Argumente dafür, das Programm künftig präziser, geschlechtergerechter und wirkungsvoller zu gestalten.

Über die HANSE-Studie

Die HANSE-Studie ist eine von den Forschenden selbst initiierte Studie. Verglichen wurden die NELSON-Einschlusskriterien mit einem PLCOm2012-Score, der einem Sechs-Jahres-Risiko für das Auftreten von Lungenkrebs von mindestens 1,58 Prozent entspricht. Die Teilnehmenden wurden an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein am Campus Lübeck und der LungenClinic Grosshansdorf rekrutiert. Die drei Standorte sind von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierte Lungenkrebszentren. Gefördert wurde die Studie durch das DZL und im Rahmen der Lung Ambition Alliance durch AstraZeneca. Die HANSE-Studie wird fortgesetzt: Zwischen Herbst 2025 und Sommer 2026 erhalten bereits eingeschlossene Teilnehmende mit hohem Lungenkrebsrisiko ein weiteres CT-Screening. Darüber hinaus wird erstmals untersucht, ob sich Biomarker im Blut identifizieren lassen, die künftig eine noch frühere Diagnose von Lungenkrebs ermöglichen könnten. Ziel ist es, die Präzision und Wirksamkeit des Screenings weiter zu verbessern.

Originalpublikation: Vogel-Claussen J, et. al.. Effectiveness of NELSON versus PLCOm2012 lung cancer screening eligibility criteria in Germany (HANSE): a prospective cohort study. Lancet Oncol. 2025 Nov 10

Quellen: Früherkennung von Lungenkrebs: Zusätzliche Kriterien könnten mehr Fälle aufdecken: Charité – Universitätsmedizin Berlin - ARCN | Lungenkrebsvorsorge wird Kassenleistung: HANSE-Studie definiert, wer teilnehmen sollte - Lungenkrebs-Früherkennung für Raucherinnen und Raucher – Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) vom 21.11.2025

Medizinische Selbsttests für zu Hause

– Das ist zu beachten

Foto: AdobeStock / Syda Productions

Habe ich Corona, eine Grippe oder bin ich erkältet? Medizinische Tests für zu Hause versprechen schnelle Antworten. Aber wie zuverlässig sind sie? Wie wende ich sie an und wie gehe ich mit den Ergebnissen um? Die Stiftung Gesundheitswissen informiert über den richtigen Umgang mit medizinischen Zuhause-Tests.

Wer Schnupfen und Husten hat, sollte sich auskurieren und versuchen, keine anderen Menschen anzustecken. Dabei hilft es, einige Hygieneregeln zu beachten, wie regelmäßiges Händewaschen, Abstand halten oder Husten und Niesen in die Armbeuge. Um eine Infektion mit Atemwegserregern wie Corona- oder Grippeviren abzuklären, können sogenannte Selbsttests hilfreich sein. Diese sind in Apotheken, Drogeriemärkten oder im Supermarkt erhältlich, versprechen ein schnelles Ergebnis und sind in der Regel einfach anzuwenden: Man entnimmt entsprechend der Anleitung beispielsweise einen Abstrich aus der Nase oder dem Rachenraum und bringt diesen auf der Testkassette auf. Nach wenigen Minuten erscheint das Ergebnis. Der Test ist positiv, wenn in beiden Anzeigefenstern ein farbiger Strich zu sehen ist. Aber wie zuverlässig sind diese Tests?

Achtung: Kein Test ist zu 100 Prozent zuverlässig

Wer einschätzen möchte, wie zuverlässig das Testergebnis mit dem eigenen Schnelltest wirklich ist, kann einen Blick in die Gebrauchsinformation werfen. Dort gibt der Hersteller an, wie gut der Test zwischen positiven und negativen Ergebnissen unterscheiden kann oder mit welcher Wahrscheinlichkeit der Zustand oder die Erkrankung bei einem positiven Testergebnis wirklich vorliegt bzw. bei einem negativen Ergebnis eben nicht vorliegt.

Die richtige Anwendung erhöht die Zuverlässigkeit

Um ein möglichst zuverlässiges Testergebnis zu erhalten, sollten folgende Dinge vor der Anwendung beachtet werden:

- **Zeitpunkt**: Ist es noch zu früh für einen Test? Bei den meisten Infektionskrankheiten z. B. muss zunächst die Inkubationszeit abgewartet werden. Die Inkubationszeit ist der Zeitraum zwischen der Ansteckung mit dem Krankheitserreger und dem Auftreten erster Symptome. Sie variiert je nach Krankheit. Bei der Grippe z. B. beträgt die Inkubationszeit meist ein bis zwei Tage, bei COVID-19 liegt

sie je nach Virusvariante zwischen zwei und 14 Tagen.

- **Gebrauchsanleitung**: Um Fehler bei der Anwendung zu vermeiden, sollte man die Gebrauchsanleitung vorher sorgfältig durchlesen.

- **Probe**: Diese sollte so entnommen werden, wie in der Anleitung beschrieben ist. Corona-Tests z.B. können ein falsch-negatives Ergebnis liefern, wenn der Nasen-Rachen-Abstrich mit der falschen Technik durchgeführt wurde.

- **Verfallsdatum**: Nicht nur die Haltbarkeit von Medikamenten kann ablaufen, dies gilt auch für Selbst-Tests.

- **Lagerung**: Einige Tests müssen z. B. vor Wärme oder Feuchtigkeit geschützt werden, daher ist es eine richtig Lagerung wichtig.

- **Weitere Einflüsse**: Manche Tests werden durch bestimmte Medikamente, Lebensmittel oder Nahrungsergänzungsmittel beeinflusst. Dies ist zu beachten.

Wann ist ein Zuhause-Tests sinnvoll?

Es gibt inzwischen eine Vielzahl an medizinischen Selbsttests: Neben Schnelltests auf Infektionen mit Atemwegserregern gibt es auch welche für Infektionskrankheiten wie HIV oder genetische Tests, die ein erhöhtes Risiko auf bestimmte Krankheiten offenbaren sollen. Der wohl bekannteste Schnelltest ist wahrscheinlich der Schwangerschaftstest. Generell haben Zuhause-Tests den Vorteil, dass man sie in geschützter Privatsphäre durchführen kann. Bei bestimmten Erkrankungen können sie auch helfen, die Krankheit selbstständig zu managen. So helfen Blutzuckermessungen bei Diabetes. Doch nicht jeder Selbsttest ist sinnvoll und aussagekräftig oder deren Hersteller seriös. Ist das Ergebnis z. B. nicht eindeutig oder fällt es nicht aus wie erhofft, kann das psychisch sehr belastend sein, verunsichern oder Angst auslösen. Daher ist bei Tests auf Erkrankungen ein klärender Besuch beim Arzt angezeigt.

Quelle:
Pressemeldung der Stiftung Gesundheitswissen vom 15.11.2025

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke
LUFTPOST
kompetent - verständlich - patientengerecht

Die Ausgaben der Luftpost können Sie kostenlos herunterladen:

www.sp-medien.de/Luftpost

SP Medienservice
Verlag, Druck & Werbung
Email: sp@sp-medien.de · Internet: www.sp-medien.de

Stuhltest oder Darmspiegelung?

Medizinische Fachgesellschaft klärt über Vor- und Nachteile der Methoden zur Darmkrebsvorsorge auf

Foto: AdobeStock / omaset

Darmkrebs gehört in Deutschland zu den häufigsten bösartigen Tumorerkrankungen: Rund 60.000 Menschen erkranken jährlich, etwa 24.000 sterben daran jährlich. Dabei gilt Darmkrebs als nahezu vermeidbar – wenn seine Vorstufen rechtzeitig erkannt werden. Ob immunologischer Stuhltest oder Darmspiegelung: Beide Methoden retten Leben. Anlässlich des Tages der Krebsvorsorge rief die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) dazu auf, die verfügbaren Angebote konsequenter zu nutzen und erläutert Vor- und Nachteile der Verfahren.

Laut aktueller Leitlinie „Kolorektales Karzinom" (S3) senkt die Teilnahme an der gesetzlichen Darmkrebsvorsorge das Erkrankungsrisiko um bis zu 80 Prozent. Die Versicherten haben dabei die Wahl:

- Die *Darmspiegelung* (Koloskopie): *Männer und Frauen* haben *ab einem Alter von 50 Jahren* alle zehn Jahre gesetzlichen Anspruch auf eine Darmspiegelung. Bei Vorliegen bestimmter Risikofaktoren ist eine Koloskopie auch schon in jüngerem Alter sinnvoll.
- Der *immunologische Stuhltest* (iFOBT) kann alternativ zur Darmspiegelung *ab einem Alter von 50 alle zwei Jahre* durchgeführt werden, kommt davor aber auch schon im Rahmen des allgemeinen Gesundheits-Check-ups zum Einsatz.

Beide Verfahren verfolgen ein gemeinsames Ziel: Gutartige Gewebsneubildungen (Adenome oder Polypen) – also Krebsvorstufen – aufzuspüren und rechtzeitig zu entfernen, bevor sie entarten.

Stuhltest: niedrigschwellig, aber nur bei Regelmäßigkeit effektiv

„Der Stuhltest ist auch zu Hause durchführbar. Er ist einfach, aber empfindlich genug, um Blut im Stuhl zu erkennen, das von kleinen Tumoren oder Adenomen stammen kann", erklärt Professor Dr. med. Leopold Ludwig, niedergelassener Gastroenterologe in Ulm und stellvertretender Vorsitzender des Bundes niedergelassener Gastroenterologen (bng). Der Test ist damit auch für Menschen geeignet, die Hemmungen vor einer Darmspiegelung haben. Ludwig betont: „Der Stuhltest (immunologisch, iFOBT) entdeckt etwa 30 bis 40 Prozent der größeren Adenome und über 70 Prozent der einwachsenden Karzinome, sollte dafür aber regelmäßig wiederholt werden." Ein *positives Testergebnis* (Blut im Stuhl) erfordert *zwingend eine nachfolgende Darmspiegelung* zur Abklärung.

Darmspiegelung: der Goldstandard mit therapeutischem Potenzial

Bei der Darmspiegelung (Koloskopie) wird der gesamte Dickdarm mithilfe eines flexiblen Endoskops untersucht. Während der Untersuchung können Polypen schmerzfrei entfernt werden. Die Untersuchung erfolgt auf Wunsch

in Kurznarkose und dauert etwa 20 bis 30 Minuten. „Die Koloskopie erkennt nicht nur frühe Tumoren – sie verhindert aktiv Krebs, weil wir Polypen direkt während der Untersuchung schmerzfrei und risikoarm entfernen können“, sagt Professor Dr. med. Ulrike Denzer, Universitätsklinikum Gießen und Marburg. Die aktuelle Leitlinie (S3) belegt: Durch die *Koloskopie* lässt sich das *Risiko*, an *Darmkrebs zu erkranken, um bis zu 80 Prozent senken*. Ihre Einmaligkeit bei hoher Wirksamkeit macht sie aus fachlicher Sicht zur effektivsten Vorsorgemaßnahme. Dennoch nehmen aktuell nur etwa 20 Prozent aller Berechtigten eine Darmspiegelung in Anspruch.

Aufklärung und Motivation: Die wichtigste Aufgabe

„Wir müssen die Menschen motivieren – die beste Methode ist immer die, die tatsächlich gemacht wird“, sagt Professor Dr. med. Birgit Terjung, Mediensprecherin der DGVS aus Bonn. Angst vor der Untersuchung, Unsicherheit bei der Entscheidung oder fehlendes Wissen – all das seien vermeidbare Hürden. „*Darmkrebs entwickelt sich über Jahre*. Die *Früherkennung* gibt uns die *Chance*, rechtzeitig zu handeln – ob per Test oder Koloskopie.“

Die DGVS fordert daher eine klare Kommunikation in der Hausarztpraxis oder im Rahmen von gynäkologischen oder urologischen Vorsorgeuntersuchungen, eine regelhafte Risikoerhebung auch im jüngeren Lebensalter und die Abgabe zielgruppengerechter Informationsmaterialien (z.B. von der Deutschen Krebshilfe und der Stiftung Lebensblicke).

Quelle:
Leitlinie: Kolorektales Karzinom - Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS) vom 26.11.2025

Weiterführende Informationen:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/frueherkennung-vorsorge/fragen-zur-darmkrebs-vorsorge.html

https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/krebsarten/darmkrebs/

https://stiftung-lebensblicke.de

https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/erwachsene/krebsfrueherkennung/darmkrebs-screening/

Anzeige

OXYCARE GmbH Medical Group
MEMBER OF SOS oxygene
SEIT 1999
FON +49(0)421 48 99 66 · www.oxycare.eu
THERE IS NO CARE LIKE OXYCARE

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

Sekretolyse

Hustenassistent: mit Vibrationsmodus, für Erwachsene und Kinder
Sofort lieferbar
Sekret mobilisieren und leichter abhusten

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

Sauerstoffversorgung

– Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

Aktion Compact 525KS inkl. GRATIS Fingerpulsoxymeter OXY310
615,00 € *

- Zen-O, mit 2 l/min Dauerflow
- SimplyGo Mini, ab 2,3 kg
- Inogen Rove 4, ab 1,4 kg
- Inogen Rove 6, ab 2,15 kg
- Freestyle Comfort
- Eclipse 5, mit 2 l/min Dauerflow

Inogen Rove 4 ab 1.995,00 € *

Inhalation & Atemtherapie

Nasennebenhöhlenentzündungen/ Ohrenschmerzen ?

- Pureneb AEROSONIC+

durch die 100 Hz Schall-Vibration entsteht ein in Schwingung versetztes Aerosol, das die feinen Engstellen passiert und bis in die Nasennebenhöhlen/ Ohren (eustachische Röhre) gelangt, sodass das Medikament direkt am Ort der Entzündung wirken kann.

Kein Gaumen-Schließ-Manöver notwendig
Durch die gleichzeitige Behandlung beider Naseneingänge mittels speziellem Nasenaufsatz ist beim Pureneb **kein Schließen des Gaumensegels notwendig**.

Ein Gerät, viele Anwendungsmöglichkeiten – das Pureneb kann noch mehr!
Egal ob Sinusitis, Mittelohrentzündung oder Erkrankungen der unteren Atemwege (z.B. Bronchitis/COPD): **Als Kombi-Inhalationsgerät kann das Pureneb für alle Erkrankungen der Atemwege eingesetzt werden.**

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

RC-FIT Sonderpreis 79,90 € *

Finger-Pulsoxymeter OXY 310
29,95 €

*solange der Vorrat reicht

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

Abbildungen können abweichen. Preisänderungen/Druckfehler vorbehalten.

Weltweit erste Leitlinie (S3) zur Nachsorge bei Lungentransplantationen bietet erstmals klare Orientierung

Foto: AdobeStock / Mitogen

Mit jährlich nur etwa 300 Eingriffen bundesweit zählt die Lungentransplantation in Deutschland zu den seltenen medizinischen Verfahren. Umso bedeutsamer ist nun eine Weltpremiere: Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) wurde erstmals eine S3-Leitlinie zur Nachsorge bei erwachsenen Menschen nach einer Lungentransplantation veröffentlicht. Diese neue Leitlinie bietet, basieren auf überprüfbaren wissenschaftlichen Belegen, praxisorientierte Orientierungen für alle ärztlich Beteiligten – insbesondere für die Pneumologen – in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

„Es ist weltweit die erste Leitlinie, die sich strukturiert und wissenschaftsbasiert mit der Nachsorge von Lungentransplantierten befasst", erklärt Professor Jens Gottlieb, stellvertretender Direktor der Klinik für Pneumologie und Infektiologie an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und Beauftragter der DGP. Gemeinsam mit Professor Nikolaus Kneidinger, Leiter der Klinischen Abteilung für Pneumologie der Medizinischen Universität Graz, hat er die Leitlinienerstellung koordiniert. „Wir schließen damit eine erhebliche Lücke in der klinischen Versorgung und Nachsorge." Beteiligt waren an der Erstellung insgesamt 15 Fachgesellschaften und Organisationen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Im Blickpunkt: ein strukturierter Nachsorgeplan

Ziel der Leitlinie war ein strukturierter Nachsorgeplan, der auf den Erfahrungen der größten Transplantationszentren im deutschsprachigen Raum basiert – darunter in München, Wien und Hannover. Der Ablauf regelt im einzelnen, welche Kontrolluntersuchungen und in welchen zeitlichen Abständen erfolgen sollten: Von wöchentlichen Untersuchungen unmittelbar nach der Transplantation bis zu jährlichen Kontrollen ab dem zweiten Jahr. „Bisher gab es einen entsprechend strukturierten Plan nur nach anderen Organtransplantationen, etwa für das Herz", so Gottlieb. Der Plan sieht unter anderem regelmäßige Lungenfunktionsprüfungen, Bronchoskopien, Schulungen und Screenings auf Komplikationen wie Diabetes oder Hautkrebs vor – selbst das Risiko eines Rückfalls zum Rauchen ist Teil der Nachsorgestrategie.

12 Empfehlungen auf wissenschaftlicher Basis

Neben Tipps für die Praxis basierend auf den Erkenntnissen der Experten enthält die Leitlinie 12 wissen-

Foto: Medizinische Universität Graz

Univ.-Prof. Dr. Nikolaus Kneidinger, Universitätsprofessor Innere Medizin und Pneumologie der Medizinischen Universität Graz

Foto: MHH

Prof. Dr. med. Jens Gottlieb, stellvertretender Direktor der Klinik für Pneumologie und Infektiologie an der Medizinischen Hochschule Hannover

schaftlich überprüfte Empfehlungen. Sie betreffen zentrale Aspekte der medizinischen Versorgung, etwa die Auswahl und Steuerung der Immunsuppression, die Vorbeugung gegen Zytomegalievirus-Infektionen[1] (CMV) und Lungenentzündung (Pneumocystis-Pneumonien)[2] sowie Strategien zur Vorbeugung von chronischem Transplantatversagen. Auch ausgewählte begleitende Erkrankungen wie eine Osteoporose werden berücksichtigt. „Das ist in dieser Breite und Tiefe bislang einzigartig für die Nachsorge nach einer Lungentransplantation", sagen die beiden Koordinatoren.

Ziel war die Verbesserung der Langzeitergebnisse

Hintergrund für dies Leitlinienprojekt war auch der hohe medizinische Handlungsbedarf: Im Vergleich zu anderen Organtransplantationen sind die Überlebensraten nach Lungentransplantation niedrig. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate liegt laut internationalen Erhebungen bei rund 60 Prozent – deutlich niedriger als nach Herz- (75 Prozent), Leber- (65 Prozent) oder Nierentransplantationen (90 Prozent). „Unser Ziel ist klar: Wir wollen die langfristigen Ergebnisse nach einer Lungentransplantation verbessern", erklärt Professor Gottlieb. „Eine strukturierte Nachsorge ist dabei ein zentraler Hebel. Und weil es sich hierbei um ein sehr komplexes und aufwendiges Verfahren handelt, ist die enge Kooperation von Pneumologen und Transplantationsmedizinern unerlässlich."

Internationale Aufmerksamkeit bereits jetzt

Obwohl die Leitlinie zunächst für den deutschsprachigen Raum entwickelt wurde, zeichnet sich ein großes internationales Interesse ab. Eine englischsprachige Kurzfassung der neuen Leitlinie ist in Vorbereitung und soll im renommierten Fachjournal "Respiration" erscheinen.

Die S3-Leitlinie DACH-Leitlinie: Nachsorge von Erwachsenen nach Lungentransplantation ist ab sofort im AWMF-Leitlinienregister online verfügbar: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-033

Quelle:
Pressemeldung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)

1 Das Zytomegalievirus, kurz CMV, ist ein Virus, das zu den Herpesviren gehört. Gefährlich ist eine CMV-Infektion für Menschen mit geschwächtem Immunsystem z.B. nach Transplantationen. Hier kann eine CMV-Infektion tödlich enden.

2 Bei der Pneumocystis-Lungenentzündung ist der Erreger ein Pilz für eine Infektion, die nur bei einem geschwächten Immunsystem (wie nach einer Lungentransplantation) vorkommen kann..

Dialyse-Shunts als gefäßmedizinische Herausforderung

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG) fordert Qualitätsstandards für Dialyse-Zugänge bei schweren Nierenfunktionsstörungen

Foto: AdobeStock / Tyler Olson

Einen Zugang für die Blutwäsche (Dialyse) zu schaffen und zu erhalten ist eine anspruchsvolle gefäßchirurgische Aufgabe. Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG) setzt sich dafür ein, dass dieser lebensnotwendige Eingriff und das weitere Shunt-Management in spezialisierten und zertifizierten Zentren erfolgen. Nur dort sei eine bestmögliche Behandlung rund um die Uhr und auf hohem fachlichen Niveau möglich. Über Qualitätsstandards, das neue Shunt-Register sowie die notwendigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sprach eine Expertin aufeiner Online-Pressekonferenz der Fachgesellschaft.

Mehr als 100.000 Menschen sind laut den Daten der gesetzlichen Krankenkassen wegen einer schweren Nierenfunktionsstörung aktuell mehrmals pro Woche dialysepflichtig und das mit steigender Tendenz. Weil ihre Nieren die wichtige Aufgabe der Blutreinigung und Entwässerung nicht mehr erfüllen, hängt das Überleben davon ab, dass ihr Blut auf anderem Wege gereinigt wird. „In Deutschland erfolgt die erforderliche Blutwäsche zu gut 95 Prozent durch die sogenannte Hämodialyse. Bei dieser wird das Blut aus dem Körper heraus, durch eine künstliche Niere zur Blutwäsche geleitet und anschließend wieder in den Körper zurückgeführt“, erläuterte Professor Dr. Wilma Schierling, Leiterin Hochschulambulanz der Abteilung für Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Regensburg. „Hierfür muss ein spezieller Gefäßzugang geschaffen werden. Im optimalen Fall ist dies ein so genannter Shunt, bei dem eine Arterie meist im Unterarm direkt mit einer naheliegenden Vene kurzgeschlossen wird, um ausreichend Blut für die Dialyse abzugreifen und wieder zurückzuführen.“

Komplikationen und Risiken der Shunt-Anlage

Wie gut und wie lange ein solcher Shunt funktioniert, hängt wesentlich von der Expertise des ausführenden Zentrums ab. Häufige Komplikationen sind eine Verengung oder der Verschluss des Shunts, durch den dann zu wenig oder kein Blut mehr fließt, oder aber ein zu hoher Blutfluss, der das Herz belastet und zu einer Minderdurchblutung der Hand führt. Eine gefürchtete Komplikation sind auch Infektionen, die bis zur Sepsis reichen können. Diese sind bei einem aus Eigengewebe geformten Shunt recht selten, bei künstlichen Prothesenshunts dagegen häufiger; bei diesen wird auch eine höhere Verschlussrate beobachtet. Das höchste Infektionsrisiko besteht bei einem Dialysekatheter, der mit seiner Spitze im rechten Vorhof des Herzens platziert und durch die Haut nach

außen geführt wird. „Ein Katheter gilt deshalb als letzte Option in der Dialyseversorgung, wenn die Anlage eines Shunts nicht möglich ist“, erläuterte Schierling.

Das Deutsche Shuntregister: ein Werkzeug für mehr Sicherheit

Schon allein ständig von einer Dialyse abhängig zu sein, belastet die Betroffenen körperlich und zeitlich erheblich. Jede Komplikation, allen voran der Shuntverschluss, bedeutet eine zusätzliche Belastung und geht oft mit einer notfallmäßigen stationären Behandlung einher. „Unser Ziel ist es daher, die Komplikationsrate so gering wie möglich zu halten“, betonte die Expertin. Eine wichtige Einrichtung zur Qualitätssicherung hat die Fachgesellschaft im vergangenen Jahr gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften begonnen: Das Deutsche Shuntregister. Hier wird jeder bundesweite neue Dialysezugang erfasst. Künftig werden so auch wissenschaftliche Analysen zur Ergebnisqualität möglich. Bereits seit einigen Jahren arbeitet die DGG außerdem mit den Fachgesellschaften für Angiologie, Nephrologie und Radiologie zusammen und zertifiziert „Interdisziplinäre Zentren für Dialysezugänge“. Bislang haben bundesweit 39 Einrichtungen dieses Zertifikat erhalten – bei Weitem nicht genug, denn von einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung ist Deutschland damit weit entfernt.

Politische Unterstützung und faire Vergütung gefordert

Damit das Netz ausgebaut werden kann und nicht im Gegenteil Mitglieder verliert, wünscht sich die DGG auch politische Unterstützung. „Was die Krankenhausreform für die Shuntversorgung bringen wird, bleibt abzuwarten“, sagte der Präsident der Fachgesellschaft Professor Dr. med. Farzin Adili, Darmstadt. Die Tendenz gehe jedoch dahin, dass Eingriffe für einen Dialysezugang nur noch ambulant vorgesehen seien – was in der Praxis nicht realistisch sei. „Einheitlich gesichterte Kriterien, die eine stationäre Behandlung rechtfertigen, fehlen jedoch.“ Insgesamt müsse die Vergütung der hochkomplexen Eingriffe dringend verbessert werden. Erste Zentren, die sich auf das Legen von Dialysezugängen spezialisiert hätten, würden aufgrund mangelnder Kostenerstattung bereits schließen – ein Trend, den umzukehren es hoffentlich noch nicht zu spät sei.

Quelle:
Pressemeldung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGN), Patienteninformation zur Nierenersatztherapie vom 16.10.2025

Anzeige

Stellungnahme des Unparteiischen Vorsitzenden

des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur 2. / 3. Lesung des Krankenhausreformanpassungsgesetzes (KHAG) im Deutschen Bundestag

Foto: G-Ba

Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG)

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,
ich möchte mit diesem Brief angesichts der Dringlichkeit und der unabsehbaren Folgen einiger diskutierter Änderungsanträge für die Patientensicherheit und die Qualität der Patientenversorgung auf folgende besonders problematische Diskussionspunkte hinweisen:

Standortdefinition (erg. eines Krankenhauses):

Wenn der Standortbegriff auf über zwei Kilometer ausgedehnt wird, so könnten die für eine komplexe Differentialdiagnostik und Behandlung eines schwerverletzten oder schwerkranken Menschen zwingend notwendigen und zeitkritisch unmittelbar verfügbaren Ausstattungen im Extremfall auf zwei oder drei Häuser verteilt sein, die einen Standort bilden, aber fünf, zehn oder 15 Kilometer voneinander entfernt sind. **Wie soll das ohne Patientengefährdung bewerkstelligt werden, wenn ein Hin- und Her-Transport aufgrund der lebensbedrohlichen Erkrankung einer Patientin oder eines Patienten weder logistisch noch zeitlich möglich ist? Dies kann in besonders kritischen Fällen das Leben von Patienten gefährden.**

Selbst außerhalb solcher Notsituationen wäre es ein nicht vertretbarer Rückschritt, wenn eine multimorbide Patientin oder ein multimorbider Patient für ein MRT in eine fünf Kilometer entfernte Klinik und für eine interventionelle kardiologische Diagnostik in eine weitere, vielleicht 15 Kilometer entfernte Klinik transportiert werden müsste, nur weil diese drei Häuser als ein Standort im Rechtssinne gelten und deshalb eine Leistungsgruppe abbilden, die sie in der Versorgungsrealität nicht tatsächlich auch qualitativ niemals zu erfüllen vermögen.

PPP (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik)-Richtlinie

Ähnliches gilt für die stationäre Psychiatrie. Die der PPP-Richtlinie zugrunde liegenden **Personalzahlen sind leider nicht sehr ambitioniert**, da uns bei der Beschlussfassung keine brauchbaren Personalbemessungssysteme vorlagen. Deshalb wurden im Wesentlichen die Personalvorgaben der alten Bundes-Psychiatrie-Personalverordnung aus dem Jahr 1990 fortgeschrieben und durch erweiterte Anrechnungsmöglichkeiten noch aufgeweicht.

Seit sechs Jahren ist diese Richtlinie sanktionslos in Kraft, so dass sich viele Träger nur äußerst zurückhaltend bemühen, selbst diese wenig ambitionierten Personalvorgaben zu erfüllen. Das können und dürfen wir, auch mit Blick auf die Träger, die sich erfolgreich um die Erfüllung der Anforderungen bemüht haben, nicht hinnehmen oder gar belohnen.

Gerade in der Psychiatrie ist eine angemessene personelle Ausstattung in allen Berufsgruppen entscheidend, um eine gute Behandlung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und durch direkte Ansprache, Betreuungsangebote, Beschäftigungstherapie, Psychotherapie und viele andere Angebote eine Genesung zu befördern.

Wenn all dies nicht einmal perspektivisch auch mit einer Nichtvergütung für real nicht vorhandenes Personal als erstrebenswertes Ziel angesehen wird, das es zu erreichen gilt, **dann wird die psychiatrische Versorgung um Jahrzehnte zurückgeworfen**. Bereits bei der Erstfassung der PPP-Richtlinie wurde mir von Fachgesellschaften der Vorwurf gemacht, dass wir im Wesentlichen nur den unzureichenden Stand der früheren Psychiatrie-Personalverordnung fortschreiben. Wenn jetzt, nach weiteren sechs Jahren, auch noch die sogenannten „Sanktionen" aufgehoben werden, dann fallen wir noch weit dahinter zurück. Das wäre fatal.

Zu den beiden Punkten im Einzelnen:

I. Standortdefinition

In der Anhörung wurde konkret angeregt, den bestehenden **Standortbegriff (zwei Kilometer) so zu verändern, dass räumlich deutlich getrennte Einrichtungen, die z. B. fünf Kilometer oder mehr voneinander entfernt sind, als ein gemeinsamer Krankenhausstandort gelten können.** Diese Überlegungen wurden insbesondere mit dem Hinweis auf Kooperationen bei Leistungsgruppen begründet. Aus meiner Sicht ist jedoch klarzustellen, dass eine solche Ausweitung des Standortbegriffes zum einen nicht notwendig ist und sich zum anderen nicht auf Leistungsgruppen beschränken ließe, sondern zwangsläufig alle standortbezogenen Regelungsbereiche betreffen würde.

Auf der ersten Ebene ist hervorzuheben, dass der Gesetzentwurf bereits sehr weitgehende Kooperationsmöglichkeiten vorsieht, um Qualitätsanforderungen von Leistungsgruppen zu erfüllen. Diese Regelungen erlauben es bereits jetzt, zentrale personelle oder technische Voraussetzungen nicht mehr vollständig am jeweiligen

Foto: vea Pletschmann/G-BA

Behandlungsort vorzuhalten. **Schon diese bestehenden Kooperationsmöglichkeiten sehe ich aus fachlicher Sicht kritisch**, da die Gefahr besteht, dass Qualitätsanforderungen nur formal erfüllt werden, ohne dass die entsprechende Qualität tatsächlich vor Ort für die jeweilige Behandlung verfügbar ist. Darauf habe ich in der Anhörung bereits hingewiesen.

In der Anhörung wurde – noch über die schon bestehenden hochproblematischen Kooperationsregelungen hinaus – zusätzlich angeregt, den Krankenhausstandort räumlich weiter zu fassen und somit Einrichtungen in mehreren Kilometern Entfernung als einen gemeinsamen Standort zu behandeln. **Diese zweite Ebene geht jedoch weit über die Leistungsgruppen hinaus und hätte automatisch fatale und patientengefährdende Auswirkungen auf sämtliche standortbezogenen Regelungsbereiche.** Genau hierin liegt der Kern des Problems.

Für die Nachvollziehbarkeit der damit verbundenen Konsequenzen ist es entscheidend, die Bedeutung der Standortdefinition zu kennen. Ein **Krankenhausstandort ist als klar abgegrenzter Ort definiert**, an dem die für die Versorgung erforderlichen personellen, technischen und organisatorischen Voraussetzungen **gleichzeitig und unmittelbar verfügbar sein müssen**. Die Standortdefinition des § 2a KHG wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergü-

tung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) eingeführt, da sich die Versorgungseinheiten eines Krankenhauses nicht immer alle an einem Ort befinden. In der Begründung des Gesetzesentwurfs der Bundesregierung zum PsychVVG vom 12. August 2016 (BT-Drs. 18/9528) heißt es hierzu auszugsweise:

> *„Die Definition eines Krankenhausstandortes ist insbesondere erforderlich bei Krankenhäusern, deren Versorgungseinheiten sich nicht alle räumlich an einem Ort befinden. Die gesetzlichen Regelungen der Qualitätssicherung, der Berücksichtigung von ermächtigten Einrichtungen bei der Bedarfsplanung oder der Abrechnung von Zu- und Abschlägen müssen aber einen klaren Bezugspunkt zum Standort haben. Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V werden regelmäßig standortbezogen festgelegt und auch der strukturierte Qualitätsbericht ist nach den Vorgaben des G-BA standortbezogen zu erstellen. Gerade für die Qualitätssicherung ist es zum Zwecke der Transparenz von besonderer Bedeutung, nachvollziehen zu können, ob der einzelne Standort oder nur der gesamte Krankenhausträger die vorgegebenen Qualitätsanforderungen einhält. Eine Abgrenzung ist insbesondere aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie einweisenden Ärztinnen und Ärzte sinnvoll."*

Dies schließt die Prüfungen des Medizinischen Dienstes mit ein, die gemäß § 275a Absatz 1 SGB V in zugelassenen Krankenhäusern standortbezogen durchzuführen sind.

Die Zwei-Kilometer-Regel dient weder der Versorgungsplanung noch der Betrachtung der Erreichbarkeit, **sondern markiert einzig und allein die äußerste Grenze dessen, was noch als funktionale Einheit im Sinne eines tatsächlichen Standorts gelten kann** – beispielsweise bei großen Flächenstandorten mit mehreren Gebäuden. So ist auch die Zwei-Kilometer-Regelung entstanden: Man hat seinerzeit die Entfernungen auf dem größten zusammenhängenden Klinikkomplex gemessen – dies waren zwei Kilometer von einem Ende des Geländes zum anderen – und dies als Einheit der Standortdefinition zugrunde gelegt, die damit keinesfalls willkürlich festgelegt wurde! **Sie soll verhindern, dass räumlich getrennte Einrichtungen allein durch organisatorische Konstruktionen künstlich zu einem Standort „zusammengezogen" werden.** Wird diese Grenze überschritten und Einrichtungen in einem Abstand von fünf Kilometern oder mehr als ein Standort behandelt, wird der Standortbegriff **inhaltlich entleert**. Es handelt sich dann nicht mehr um einen tatsächlichen Standort im räumlichen Sinne, sondern um eine Kooperationsfiktion, die sich auf alle standortbezogenen Regelungsbereiche sowie eine qualitativ hochwertige Versorgung auswirkt.

Besonders deutlich wird dies bei den **Notfallstufen**. Jede Notfallstufe setzt voraus, dass bestimmte Strukturen am Krankenhausstandort selbst vorgehalten werden, beispielsweise zwingend eine Intensivstation. **Würde der Standortbegriff ausgedehnt, könnte ein Krankenhaus insgesamt als notfallgeeignet – oder sogar höherstufig – eingestuft werden, obwohl zentrale Strukturen wie die Intensivstation nicht am Leistungsort, sondern lediglich mehrere Kilometer entfernt vorhanden sind.** Eine Entfernung von fünf Kilometern oder mehr bedeutet in der Versorgungspraxis keine unmittelbare Verfügbarkeit, sondern einen zusätzlichen Transport schwerstkranker Patienten mit Zeitverlust und deutlich erhöhtem Risiko. Dies ist einfach unvertretbar und stellt eine Patientengefährdung dar.

Um es nochmals auf den Punkt zu bringen: Die unverantwortliche Ausdehnung des Standortbegriffs kann im Einzelfall das Überleben der Patientinnen und Patienten gefährden.

Die Absurdität großer Entfernungen zeigt sich auch bei den **OPS-Komplexcodes**[1]. Diese setzen voraus, dass definierte personelle und organisatorische Strukturen an einem Standort gleichzeitig vorhanden sind. Werden mehrere Kilometer entfernte Einrichtungen als ein Standort gezählt, können diese Voraussetzungen zwar rechnerisch zusammengeführt werden. **In der realen Behandlungssituation sind sie jedoch nie gemeinsam am tatsächlichen Leistungsort verfügbar. Die strukturellen Anforderungen wären somit erfüllt, ohne dass die intendierte und für den Behandlungserfolg unabdingbare Qualitätswirkung eintritt.**

Auch die zum Schutz der Patienten festgelegten **Mindestmengenregelungen** sind bei einer Ausdehnung des Standortbegriffs in hohem Maße betroffen. Diese sollen Qualität durch Bündelung von Erfahrung an einem Standort bei planbaren Behandlungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnis nachweisbar ist, sichern. Bei einer Ausdehnung des Standortbegriffs könnten die Fallzahlen jedoch auf mehrere räumlich getrennte Teams verteilt werden. Die Mindestmenge würde formal erreicht, ohne dass die notwendige Routine und Behandlungserfahrung tatsächlich an einem einzelnen Standort der tatsächlichen Leistungserbringung vorhanden ist.

Deshalb handelt es sich bei der Ausdehnung des Standortbegriffs nicht um eine Detailfrage oder eine sinnvolle Flexibilisierung, sondern um einen **grundlegenden Systembruch**. Neben den bereits bestehenden sehr großzügigen Kooperationsmöglichkeiten bei Leistungsgruppen würde der Standortbegriff somit so weit aufgeweicht, dass Kooperationen auch in Bereichen zugelassen würden, für die sie nicht vorgesehen sind – beispielsweise bei Notfallstufen, OPS-Komplexanforderungen, Mindestmengen und Qualitätssicherungsregelungen. **Wird diese Grenze überschritten, verlieren zentrale Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen ihre Schutzwirkung. Es ist daher zwingend erforderlich, an der klaren und engen Definition des Krankenhausstandorts festzuhalten.** Entfernungen von fünf Kilometern oder mehr stellen keinen einheitlichen Standort dar, sondern wirken sich im Ergebnis wie eine Kooperation aus. Für begründete, fachlich vertretbare Einzelfälle bedarf es der generellen Erweiterung der Standortdefinition im Übrigen auch nicht, denn nach genauer Prüfung der Gegebenheiten ist auch schon heute die Möglichkeit eröffnet, im Einvernehmen mit den Krankenkassen Ausnahmen zuzulassen.

II. PPP-Richtlinie (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie)

Ein weiterer in der Anhörung angesprochener Punkt betrifft die finanziellen Folgen bei Nichterfüllung der Anforderungen der PPP-Richtlinie des G-BA. Dabei wurde der Eindruck erweckt, es handele sich um sachlich nicht gerechtfertigte Sanktionen. Diese Einordnung ist nicht zutreffend.

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-Richtlinie) sieht keine Strafzahlungen vor. Es gibt weder Bußgelder noch zusätzliche Zahlungspflichten. Die Rechtsfolge einer Nichterfüllung ist vielmehr ein äußerst moderat ausgestalteter Vergütungsabschlag, also ein reduzierter Vergütungsanspruch.

Konkret entspricht der Vergütungsabschlag nur dem rechnerischen Anteil der eingesparten Personalkosten, die auf die nicht besetzten Personalstellen entfallen. Gerade diese Ausgestaltung zeigt, dass kein strafender Mechanismus im Sinne einer Sanktion beabsichtigt ist. Wäre eine Sanktion im eigentlichen Sinne gewollt, müsste der vollständige Erlös entzogen oder eine zusätzliche Zahlungspflicht begründet werden. Beides ist nicht vorgesehen.

Hinzu kommt, dass die PPP-Richtlinie bereits heute ein Höchstmaß an Flexibilität bietet. Dazu zählen umfangreiche Anrechnungsmöglichkeiten zwischen Berufsgruppen sowie Übergangs- und Staffelungsregelungen. Zudem sind die Mindestanforderungen lediglich im Quartalsdurchschnitt zu erfüllen.

Ein Verzicht auf die moderaten Vergütungsabschläge würde die PPP-Richtlinie faktisch wirkungslos machen. Ohne vergütungsrechtliche Konsequenzen bei Nichterfüllung gäbe es keinen wirksamen Mechanismus, um selbst Mindeststandards der Personalausstattung durchzusetzen. Dies würde die Qualitätssicherung im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich erheblich schwächen und sie deutlich hinter bereits bestehende Regelungen in anderen Versorgungsbereichen zurückfallen lassen. Aus meiner Sicht ist die bestehende Regelung verhältnismäßig, sachgerecht und erforderlich, um Mindestanforderungen wirksam abzusichern. **Dies wurde auch jüngst ausdrücklich vom Bundessozialgericht bestätigt.**

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, ich bitte Sie herzlich – ganz persönlich als Vorsitzender und ohne Abstimmung mit den Mitgliedern des G-BA-Plenums –, im Rahmen der weiteren Beratungen zum KHAG diese für die Krankenhausversorgung elementaren Punkte sorgfältig abzuwägen, um Schaden von Patientinnen und Patienten abzuwenden.

Mit freundlichen Grüßen
Prof. Josef Hecken

Anmerkung der Redaktion:
Das Krankenhausanpassungsgesetz (KHAG) soll am 6. März 2026 zur 2./3. Lesung im Deutschen Bundestag kommen.

Dieses Schreiben an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages nimmt persönlich engagiert die Probleme der bisher bekannten geplanten gesetzlichen Krankenhausreform auf. Diese würde wesentliche Verbesserungen der "menschenunwürdigen Bedingungen in den psychiatrischen Anstalten" und in der psychiatrischen Versorung vor der Psychiatriereform von 1975 rückgängig machen. Und dies nach einem halben Jahrhundert in diesem Jahr!

[1] OPS-Komplexcodes: Sie regeln die Prüfung von Strukturmerkmalen im Krankenhaus durch den medizinischen Dienst (MD) für die EInhaltung von Qualitätsmerkmalen.

Blasenentzündung, grippaler Infekt, Lungenentzündung?

Blutvergiftung (Sepsis) hat viele Ursachen

Foto: AdobeStock / Shawn Hempel

Sepsis (auch „Blutvergiftung“ genannt) ist die schwerste Verlaufsform einer Infektion und endet unbehandelt immer tödlich. Mindestens 230.000 Menschen erkranken jährlich in Deutschland an Sepsis, mindestens 85.000 versterben daran. Es versterben doppelt so viele Menschen im Krankenhaus an einer Sepsis wie an Schlaganfall und Herzinfarkt gemeinsam. Dabei wäre ein großer Teil der Erkrankungen und Todesfälle vermeidbar. Vorbeugung, Früherkennung und eine schnellstmögliche Behandlung sind entscheidend, damit weniger Menschen an Sepsis erkranken und daran versterben. Wusstest du, dass Sepsis in jeder Lebenssituation und in jedem Alter auftreten kann? Daher ist es umso wichtiger, das Bewusstsein für diese lebensbedrohliche Erkrankung zu schärfen.

Was sind die Symptome einer Sepsis?

Sepsis entsteht immer aus einer Infektion. Wenn du oder deine Angehörigen eine Infektion z. B. mit Fieber (kann auftreten, muss aber nicht) und Schüttelfrost haben und zudem eines oder mehrere der folgenden Symptome feststellen, könnte es sich um eine Sepsis handeln:

- starke Schmerzen, ein nie gekanntes Krankheitsgefühl
- Verwirrtheit, Wesensveränderung
- Atemnot, Kurzatmigkeit
- Herzrasen
- niedriger Blutdruck
- kalte, feuchte, fleckige Haut

Du bist dir unsicher?

Dann mache jetzt den Sepsis-Check.

Sepsis-Checkliste

Könnte ich oder mein Umfeld besonders gefährdet sein?

Sepsis kann jede:n treffen. Bestimmte Menschen haben aber ein erhöhtes Risiko. Dazu gehören:

- Menschen mit chronischen Erkrankungen, z. B. der Lunge, Leber oder des Herzens
- Menschen mit geschwächtem Immunsystem, z. B. Diabetes-, Krebs-, Dialyse- oder AIDS-Patient:innen
- Menschen ohne Milz
- Menschen über 60
- Schwangere Frauen und Mütter nach der Geburt
- Früh-, Neugeborene und Kinder mit fehlenden Impfungen, wie z. B. gegen Grippe, Pneumokokken oder COVID-19
- Menschen, die unter einer Mangelernährung leiden
- Menschen, die abhängig von Drogen oder Alkohol sind
- Menschen bei denen eine Operation noch nicht lange her ist (unter 4 Wochen)
- Menschen mit einer künstlichen Herzklappe oder Gelenken
- Menschen, die schon einmal an einer Sepsis erkrankt waren

Wie kann ich mich vor einer Sepsis schützen?

Der beste Weg, sich vor einer Sepsis zu schützen, ist die *Verhinderung von Infektionen* und deren *konsequente Behandlung*. Besonders kleine Kinder und Menschen über 60 Jahre sollten unbedingt den Impfempfehlungen der Gesundheitsbehörden (Ständige Impfkommission, STIKO) folgen.

Um die von einer Sepsis ausgehende Bedrohung zu verringern, hilft es, wenn du dich mit dem Thema Sepsis auseinandersetzt, die Symptome kennst und diese einordnen kannst. Wende dich im Zweifel immer an deine Ärztin oder deinen Arzt und frage nach: „Könnte es Sepsis sein?"

Quellen:

Deutsche Sepsis-Gesellschaft (DSG)

Die Deutsche Sepsis-Gesellschaft (DSG) ist eine medizinische Fachgesellschaft, die das Verständnis für das Krankheitsbild Sepsis sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der medizinischen Fachwelt bilden und schärfen will. Um dies zu erreichen, wurden 2010 die überarbeiteten S-2k-Leitlinien zur Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis publiziert, die Veröffentlichung der S-3-Leitlinien erfolgte 2020. Außerdem organisiert die DSG alle zwei Jahr einen internationalen Kongresses – das Weimar Sepsis Update.

DSG
Deutsche Sepsis-Gesellschaft

Deutsche Sepsis-Gesellschaft e.V.
Waldenserstraße 2-4, 10551 Berlin
Email: geschaeftsstelle@sepsis-gesellschaft.de

Deutsche Sepsis-Hilfe e.V.

Die Deutsche Sepsis-Hilfe e.V. ist ein Zusammenschluss von Sepsis-Betroffenen, Angehörigen und Unterstützern, der 2007 gegründet wurde und sich für Begleitung, Information und Selbsthilfe einsetzt.

deutsche
SEPSIS-HILFE e.V.

Deutsche Sepsis-Hilfe e.V.
Waldenserstraße 2-4, 10551 Berlin
Tel: 0700 / 73774 700, Mail: info@sepsis-hilfe.org
Internet: www.sepsis-hilfe.org

Liste der spezialisierten Kliniken in Deutschland

Universitätsklinikum Jena
– Center for Sepsis Control and Care (CSCC)
Am Klinikum 1, 07747 Jena
www.uniklinikum-jena.de/cscc/
Das CSCC ist eines der führenden Sepsis-Zentren in Deutschland und verbindet spezialisierte Patientenversorgung mit klinischer Sepsisforschung.

Universitätsklinikum Dresden & KLINIK BAVARIA Kreischa – Comprehensive Sepsis Center
An der Wolfsschlucht 1–2, 01731 Kreischa
www.klinik-bavaria.de/medizinische-bereiche/comprehensive-sepsis-center
Spezialisierung insbesondere auf schwere Sepsisverläufe und Sepsisfolgen, interdisziplinärer Ansatz.

Universitätsklinikum Würzburg
– Medizinische Klinik I
Oberdürrbacher Straße 6, 97080 Würzburg
www.ukw.de/medizinische-klinik-i/intensiv-und-notfallmedizin/schwerpunkte/sepsis/
Ausdrücklich ausgewiesener Schwerpunkt Sepsis mit intensivmedizinischer Behandlung.

Universitätsklinikum Heidelberg
– Sepsis-Therapie & Intensivmedizin
Im Neuenheimer Feld 420, 69120 Heidelberg
www.klinikum.uni-heidelberg.de
Beteiligung an bundesweiten Sepsis-Therapie-Studien (z. B. DigiSep), starke infektiologische und intensivmedizinische Expertise.

Charité – Universitätsmedizin Berlin
(Intensivmedizinischer Sepsis-Schwerpunkt)
Anschrift: Charitéplatz 1, 10117 Berlin
www.charite.de
Beteiligung an spezialisierten Sepsis-Studienzentren, hohe Fallzahlen in der Intensivmedizin.

Universitätsklinikum Freiburg
– Intensiv- und Infektionsmedizin
Hugstetter Straße 55, 79106 Freiburg im Breisgau
www.uniklinik-freiburg.de
Teilnehmendes Zentrum an strukturierten Sepsis-Therapieprogrammen und Studien.

Sana Kliniken AG (Verbund)
– Sepsis-Initiative (mehrere Standorte)
Zentrale: Oskar-Messter-Straße 24, 85737 Ismaning
www.sana.de/sepsis-initiative
Sanaweit implementiertes, standardisiertes Programm zur Früherkennung und Behandlung der Sepsis.

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

– Bewerter und Wächter der Qualität im deutschen Gesundheitswesen

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) in Berlin

Ob Krankenhausbehandlung, Operation oder medizinische Nachsorge: Patientinnen und Patienten müssen darauf vertrauen können, dass medizinische Leistungen in Deutschland auf hohem Niveau erbracht werden. Eine zentrale Rolle bei der Sicherung und Transparenz hoher Versorgungsqualität spielt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) in Berlin.

Gesetzlich verankertes Qualitätsinstitut

Das IQTIG ist das *zentrale Institut für die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung* im deutschen Gesundheitswesen. Es arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dem obersten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern. Die rechtliche Grundlage der Arbeit des IQTIG ist in § 137a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Danach ist das *Institut fachlich und wissenschaftlich unabhängig*; weder Politik noch Verbände oder Leistungserbringer (wie z.B. Ärzte) dürfen Einfluss auf seine inhaltlichen Arbeitsergebnisse nehmen.

Gegründet wurde das IQTIG im Jahr 2015. Es hat seinen Sitz in Berlin und ist als Stiftung des privaten Rechts organisiert. Seine *Aufgabe* ist es, den G-BA mit *wissenschaftlich fundierten Entscheidungsgrundlagen* für Maßnahmen der Qualitätssicherung zu unterstützen.

Entwicklung und Durchführung von Qualitätssicherungsverfahren

Im Mittelpunkt der Arbeit dieses Institutes steht die *Entwicklung* sogenannter *Qualitätssicherungsverfahren*. Dabei handelt es sich um methodisch definierte Verfahren, mit denen die *Qualität medizinischer Versorgung*

- messbar,
- vergleichbar und
- bewertbar

gemacht wird. *Grundlage dafür sind Qualitätsindikatoren*, die etwa

- Struktur-,
- Prozess- oder
- Ergebnisqualität

abbilden. Anhand dieser Indikatoren kann z.B. beurteilt werden, *wie häufig Komplikationen* auftreten oder ob bestimmte *Behandlungsstandards eingehalten* werden.

Das Institut entwickelt diese Verfahren im *Auftrag des G-BA* und ist zugleich an ihrer praktischen Durchführung beteiligt. Die Datengrundlage bilden unter anderem Dokumentationen der Leistungserbringer wie der Ärzte, Sozialdaten der Krankenkassen sowie Patientenbefragungen. Dabei gilt das Prinzip der Datensparsamkeit: Der Dokumentationsaufwand soll so gering wie möglich gehalten werden, ohne die Aussagekraft der Qualitätsmessung zu beeinträchtigen.

Transparenz durch Berichte und Veröffentlichungen

Ein zentrales Ziel des Instituts ist es, *Transparenz der Qualität der medizinischen Versorgung* herzustellen. Die *Ergebnisse* der Qualitätssicherung werden deshalb *regelmäßig veröffentlicht* und der Öffentlichkeit *kostenfrei zugänglich* gemacht. Zu den wichtigsten Publikationen zählt der *Bundesqualitätsbericht*, der jährlich die Ergebnisse der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zusammenfasst. Ergänzend veröffentlicht das IQTIG einen *Qualitätsreport*, der die Ergebnisse der einzelnen Qualitätssicherungsverfahren ausführlich darstellt und fachlich einordnet.

Diese Veröffentlichungen sollen nicht nur Fachkreisen dienen, sondern auch *Patientinnen und Patienten eine Orientierung* bieten. Ziel ist es, Qualitätsunterschiede sichtbar zu machen und damit sowohl *informierte Entscheidungen zu ermöglichen* als auch *Anreize zur Qualitätsverbesserung* bei den Leistungserbringern zu setzen.

Rolle im Gesundheitssystem

Das IQTIG versteht sich nicht als Kontrollbehörde, sondern als *wissenschaftlicher Dienstleister* der Selbstverwaltung. Es trifft selbst keine Entscheidungen mit unmittelbaren Konsequenzen für Krankenhäuser oder Arztpraxen. Vielmehr bereitet es Daten und Analysen auf, auf deren Grundlage der G-BA über verbindliche Regelungen entscheidet.

Darüber hinaus unterstützt das Institut auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bei qualitätsbezogenen Fragestellungen. In den vergangenen Jahren war das IQTIG unter anderem an der Bereitstellung von Qualitätsdaten für den *Bundes-Klinik-Atlas* beteiligt, der Bürgerinnen und Bürgern eine bessere Orientierung im Krankenhausangebot ermöglichen soll.

Fazit

Mit seiner Arbeit leistet das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen einen zentralen Beitrag zur *systematischen Messung, Bewertung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität* in Deutschland. Durch wissenschaftlich fundierte Verfahren und eine transparente Veröffentlichung der Ergebnisse trägt das Institut dazu bei, Qualität im Gesundheitswesen sichtbar zu machen – für Patientinnen und Patienten ebenso wie für die Akteure der medizinischen Versorgung.

Quelle: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), www.iqtig.org

Institutsleiter Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, MBA, Foto: IQTIG / Oliver Betke

Vita Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, MBA

Karrierestationen von Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke

Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke MBA (Jahrgang 1954) hat in Regensburg und München Medizin studiert. 2009 bis 2011 absolvierte er einen MBA-Studiengang im Gesundheitsmanagement an der Hochschule Osnabrück. Prof. Heidecke hatte von 2001 bis 2020 den Lehrstuhl für Allgemeine und Viszeralchirurgie an der Universität Greifswald inne und leitete bis zum Jahr 2018 die Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie.

Seit 2018 führte er die Klinik kommissarisch weiter, weil er zusätzlich das Amt des ärztlichen Vorstands der Universitätsmedizin Greifswald übernahm und ab 2019 auch den Vorsitz des Vorstands.

Erfahrungen von Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke in der externen Qualitätssicherung

Herr Prof. Heidecke war unter anderem Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), Beisitzer im Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) und war acht Jahre lang Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Qualität, Sicherheit und Versorgungsforschung in der Chirurgie (CAQSV). Qualitätssicherung und Patientensicherheit standen auch im Fokus seiner Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) von 2014 bis 2015.

Kann Staub vom Bauernhof die Lunge schützen?

Foto: AdobeStock / Martin

Seit Jahrzehnten beobachten Forschende etwas Auffälliges: Kinder, die auf traditionellen Bauernhöfen aufwachsen, entwickeln deutlich seltener Allergien oder Asthma als Kinder in Städten. Was genau schützt ihre Lungen? Vor Jahren fand Frau Prof. Erika von Mutius am Institut für Asthma- und Allergieforscherin des Helmholtz Institut München und Wissenschaftlerin im Deutschen Zentrum für Lungenforschung, ein überraschendes Ergebnis: Staub vom Bauernhof und nicht gewöhnlicher Hausstaub, sondern seine spezielle Zusammensetzung aus Stäuben aus Ställen – genauer gesagt aus Kuhställen – konnte schützen. In einer darauf folgenden Studie haben nun die Autoren Önder Yildirim und Erika von Mutius gemeinsam mit Kollegen weiterer Standorte die molekularen Grundlagen dieses Schutzes gefunden. Ihre Ergebnisse zeigen, das bestimmte Umweltreize das Immunsystem der Menschen umprogrammieren und es so gegen allergische Entzündungen und Erkrankungen besonders im Kindesalter „abhärten".

Das Immunsystem beeinflussen, bevor es mit Allergien überreagiert

Mögliche Effekte:

- deutlich reduzierte Entzündungen der Lunge
- weniger Schleimbildung, wie typisch beim Asthma
- stark abgeschwächte allergische Reaktionen

Im Blickpunkt standen die "Fresszellen" (Makrophagen). Diese Zellen spielen normalerweise eine zentrale Rolle bei der Aktivierung oder Verhinderung allergischer Reaktionen. Der Staub vom Bauernhof veränderte sie jedoch um: Sie produzierten weniger einen körpereigenen Botenstoff , der spezieller Blutzellen anzieht und regulieren so Entzündungen. Dadurchgelangen weniger Allegene an bestimmte Blutzellen, womit ein entscheidender Schritt der allergischen Reaktion reduziert wird.

Wie verändert Staub vom Bauernhof das Immunsystem?

Der Schlüssel liegt in der Veränderung der Immunzellen in der Lunge. Normalerweise präsentieren spezialisierte Zellen Allergene und bewirken so eine Entzündungsreaktion. Der Bauernhofstaub verändert diesen Ablauf. So senden die entzündungsfördernden Zellen keine starken Allergiesignale mehr. Diese Veränderungen lassen die DNA unverändert. Önder Yildirim erklärte dazu: „Unsere Arbeit zeigt, dass nicht alle Umweltreize schädlich sind. Wir haben entschlüsselt, wie positive Umweltsignale die Gesundheit schützen und die Immunkompetenz stärken. Was wir beim Asthmareaktionen lernen, könnte die Vorbeugung vieler chronischer Lungenerkrankungen verändern – z.B. auch bei COPD und der Lungenfibrose."

Vom Bauernhof zur Krankheitsvorbeugung

Asthma und Allergien betreffen weltweit Hunderte Millionen Menschen. Die meisten Behandlungen setzen erst an, wenn die Erkrankung bereits besteht. Unsere Forschung zeigt einen anderen Weg: vorbeugen statt behandeln. Die nächste Aufgabe ist, die genauen Schutzfaktoren im Bauernhofstaub zu identifizieren. Könnten einzelne mikrobielle Moleküle isoliert und sicher als Inhalation oder Nasenspray vorbeugend eingesetzt werden? Es geht nicht darum, dass alle Kinder auf Bauernhöfen leben müssen. Ziel ist es, die schützenden Umweltbestandteile zu finden und sie zur Vorbeugung einzusetzen. Professorin von Mutius fasst es so zusammen: „Wenn wir verstehen, wie die Umwelt z.B. auf einem Bauernhof unser Immunsystem stärkt, können wir chronische Krankheiten nicht nur behandeln, sondern möglicherweise verhindern. "

Quelle: Pressemitteiung des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL) 3. März 2026 -

Originalpublikation: Dragunas G, Klotz M, Chen S et al. A beneficial environment promotes immune resilience through epigenetic regulation. Sci Adv. 2026 Feb 27

Angebot: Yoga für chronische Lungenerkrankungen an der Thoraxklinik Heidelberg

Foto: AdobeStock/ Vlachsiav Yakobchuk

Viele Menschen leiden mittlerweile an chronischen Lungenerkrankungen. COPD, Asthma bronchiale, Long Covid Syndrom, Lungenfibrose und Lungeninfektionen sind zwar sehr unterschiedliche Erkrankungen, haben aber ähnliche Symptome. Husten, Luftnot, ständige Müdigkeit und Erschöpfung können den Alltag – vor allem beim Belastung – erheblich beeinflussen und führen auf Dauer zu einer deutlichen Leistungsminderung. Dieser Abwärtsspirale müssen Aktivitäten entgegengesetzt werden, damit Kräfte wieder aufgebaut werden.

Häufig sagt man wenn man müde und erschöpft ist, müsse man sich erst einmal ausruhen. Das stimmt. Bei chronischen Erkrankungen ist es aber sinnvoll durch Aktivitäten neue Kräfte zu gewinnen. Dies gilt für den Alltag, gleichermaßen wie für einen Yogakurs oder Konzentrationsübungen.

In den angebotenen Kursen ist es daher sehr wichtig, nicht einfach eine Technik zu erlernen. Das WIE ist entscheidend. Ein weiterer Schwerpunkt ist das Erlernen von Kenntnissen zur eigenen Erkrankung als Hilfe zur Selbsthilfe. Eine chronische Erkrankung ist keine einfache Erkältung. Sie wird lebensbestimmend. Es geht um den bewussten Umgang mit der eigenen Erkrankung. Unser Kurs richtet sich an alle Patienten mit einer chronischen Lungenerkrankung, wie die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder eine Lungenfibrose. Die eigene Beweglich oder das Alter spielen keine Rolle. Yogaerfahrungen oder Kenntnisse werden nicht vorausgesetzt.

Im Kurs werden Übungen praktiziert, die den Atem erleichtern und freier machen. Selbstverständlich sind ein Austausch über das eigene Krankheitserleben und hilfreiche Tipps und Bewältigungstechniken eingeschlossen.

Yoga bei chronischen Erkrankungen der Lunge
An der Thoraxklinik Heidelberg
Röntgenstrasse 1, 69126 Heidelberg

Kontakt & Anmeldung
Linda Waßmuth
liwamuth@posteo.de
Tel. 0176 23246227
www.yoga-und-gesundheit.info

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

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

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

Redaktionsleitung und Druckfreigabe:
Dr. med. Michael Köhler (V.i.S.d.P.)

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

Bildnachweise:
Titelbild: AdobeStock / Maria
Alle Bilder von den Autoren, wenn nicht anders angegeben

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

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

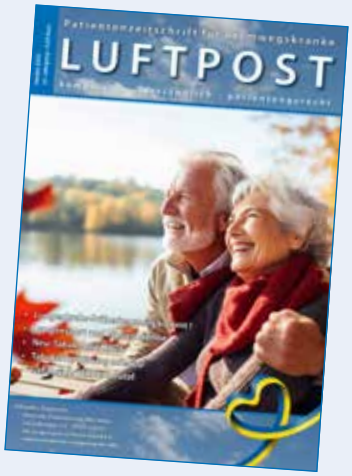
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden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

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

Einzelpreis pro Heft:
Deutschland 4,50 Euro
Ausland 8,00 Euro

kompetent · verständlich · patientengerecht

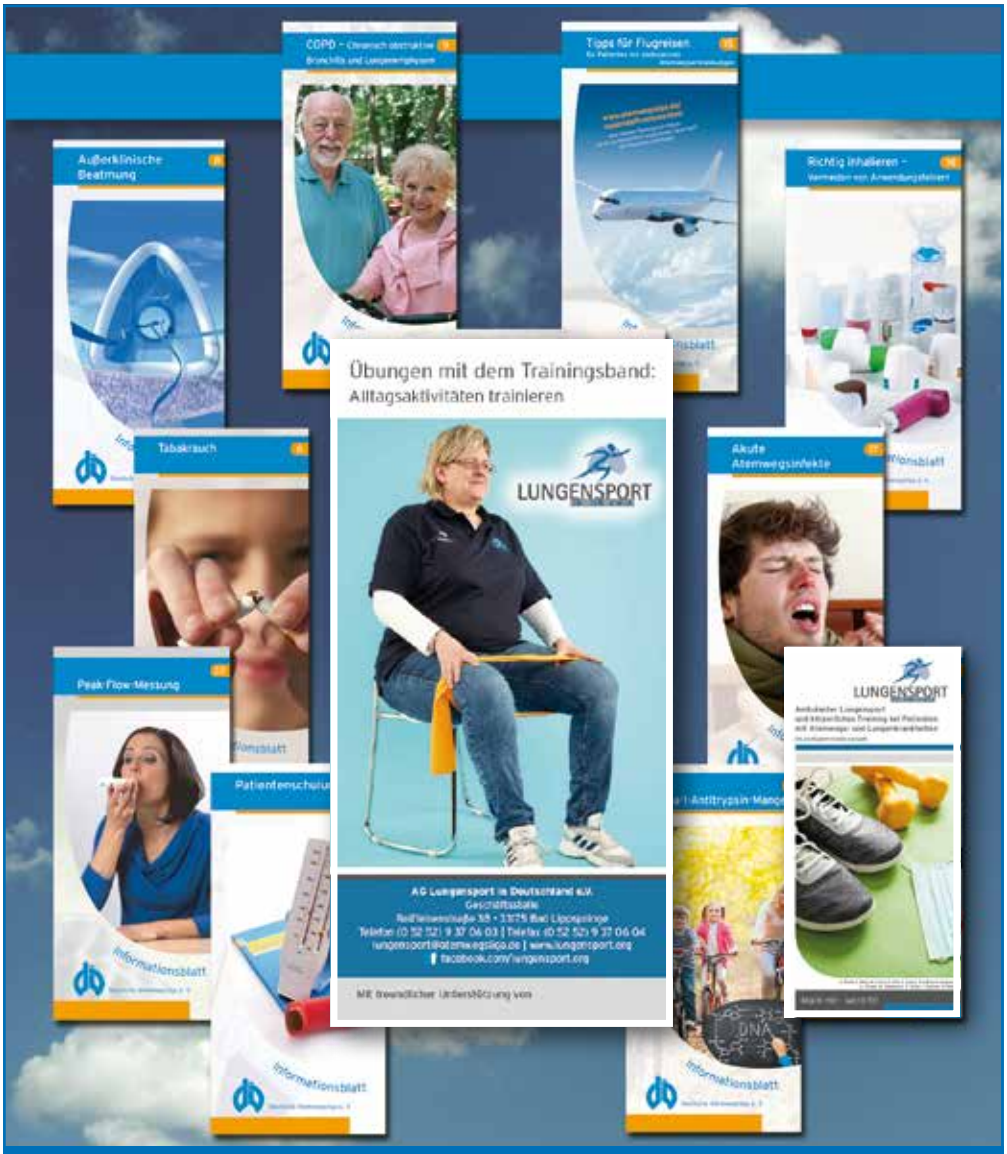
Diese und viele weitere Informationen sind kostenlos online erhältlich.



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

Besonders nach einer Reha oder dem wöchentlichen Lungensport ist es wichtig, täglich selbst ein Fitnesstraining durchzuführen.

Hierzu gibt der Leporello "Übungen mit dem Trainingsband" praktische Anleitungen, nützliche Tipps und zeigt in instruktiven Bildern Übungen zur Sturzvorbeugung, dem An- und Ausziehen, dem Aufstehen, etc.



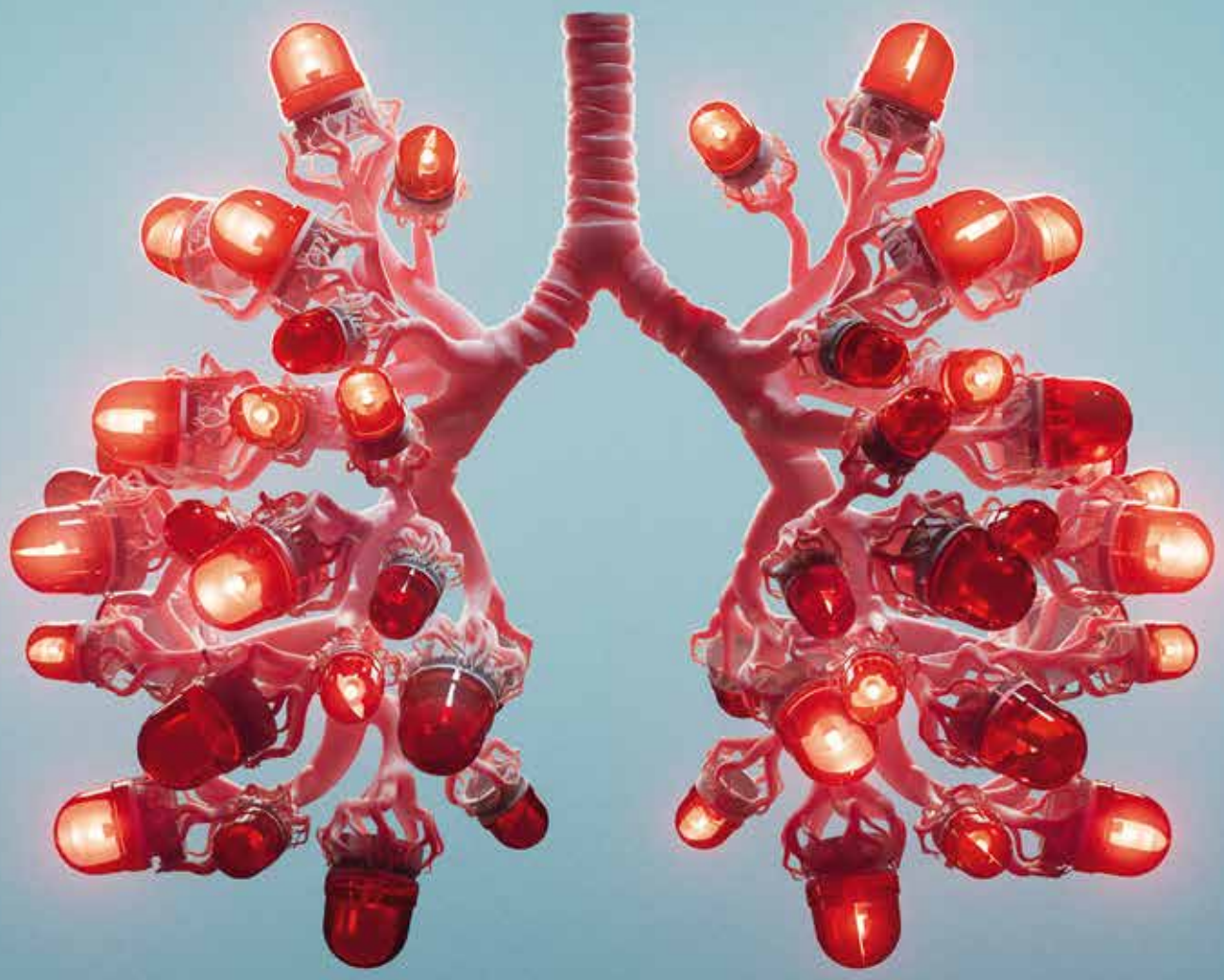
Der Leporello "Übungen mit dem Trainingsband" zeigt praktisch aufstellbar auf zehn Seiten gutbebilderte, vielfältige Übungen zur Bewältigung alltäglicher Situationen.

Dieser kann gegen eine Schutzgebühr von 0,75 Euro bei der Geschäftsstelle der AG Lungensport bestellt werden.

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

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

Die RSV-SAISON ist noch nicht vorbei: Jetzt ist der Moment für Ihren Schutz!



STIKO-Empfehlung

RSV ist eine hochansteckende Atemwegserkrankung. Das Infektionsrisiko ist meist bis in den April am höchsten. Für Personen ab 60 Jahren mit schweren Vorerkrankungen sowie für alle ab 75 besteht ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf. **Die STIKO empfiehlt** eine Impfung für diese Risikogruppen.

Sprechen Sie jetzt mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt über Ihren RSV-Impfschutz.
rsv-schutz.de

GSK

© 2025 GSK Unternehmensgruppe oder deren Lizenzgeber, NP-DE-AVU-ADVR-250026; 12/2025