Frühjahr 2025
33. Jahrgang • 4,50 Euro

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht

- Videosprechstunden
- Husten: Das Wichtigste
- Neu: Leistungsbeträge der Pflegeversicherung
- Herpes-zoster-Impfung
- Wege zum Nichtrauchen

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

Raus mit dem Schleim!

Husten und starke Verschleimung ernst nehmen

Die Simeox-Anwendung erfolgt entspannt zu Hause ganz einfach im Sitzen oder Liegen für ca. 10-15 Minuten pro Einsatz.

Schleim in der Lunge ist häufig ein großes Problem bei COPD, Bronchiektasen, chronischer Bronchitis, schwerem Asthma und anderen chronischen Lungenerkrankungen. Der Schleim ist nicht nur störend und der damit verbundene Husten belastend – festsitzender Schleim kann auch zum Nährboden für Bakterien und Viren werden. Häufige Infektionen bis hin zu Krankenhausaufenthalten sind möglicherweise dessen Folge. Deshalb sollte dauerhaftes Husten und starke Verschleimung ernst genommen und im Zweifelsfall ärztlich behandelt werden.

Simeox – Eine wirksame Therapie gegen den Schleim

Wer dauerhaft von übermäßigem oder zähem Schleim in der Lunge betroffen ist, braucht eine wirksame Therapie, um den Schleim aus den Atemwegen zu befördern. Simeox wurde als Sekretmobilisationsgerät genau zu diesem Zweck entwickelt, um Patienten von ihrer Sekretlast zu befreien.

Simeox verflüssigt den Schleim aus den tiefen Bereichen der Lunge. Außerdem hilft das Gerät, das störende Sekret in die zentralen Bronchien zu transportieren, von wo es dann einfach abgehustet werden kann.

Die Simeox-Therapie wird von der Krankenkasse erstattet, wenn folgende Voraussetzungen zutreffen:

1. **Ich bin mit einer chronischen Lungenerkrankung in ärztlicher Behandlung** (COPD, Bronchiektasen, Chronische Bronchitis, schweres Asthma, PCD/Kartagener Syndrom, Mukoviszidose/CF, u.a.) ☑
2. Der **Schleim** in der Lunge bereitet mir **Probleme** und ich kann diesen schlecht abhusten ☑
3. Ich nutze bereits ein Gerät zur **Inhalation mit Kochsalzlösung** (Inhalationsgerät/ Vernebler – z.B. PariBoy) ☑
4. Ich besitze ein **PEP-Gerät** (Atemtherapie-Hilfsmittel mit und ohne Oszillation wie z.B. RC-Cornet, Flutter, GeloMuc, Acapella, Aerobika, PARI PEP, o.a.) ☑
5. **Kontraindikationen** liegen **nicht** vor* ☑

Wenn die o.g. Punkte alle auf Sie zutreffen, könnte Ihnen Simeox möglicherweise helfen. Rufen Sie uns gerne an unter 08025 - 925 9588 und informieren Sie sich über unsere Website.

PhysioAssist GmbH
Stadtplatz 10, 83714 Miesbach
E-Mail: kontakt@physio-assist.de
Telefon: 08025 - 925 95 88
www.physioassist.de

* Die vollständige Liste der Kontraindikationen finden Sie in der Bedienungsanleitung auf www.physioassist.de/fachinformationen/.

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

„Frühling lässt sein blaues Band / Wieder flattern durch die Lüfte; …“. So beginnt Eduard Mörike 1829 sein wohl berühmtestes Gedicht. Und damit sind wir bei unserem Lebenselixier Luft. Zwölf Atemzüge pro Minute machen wir durchschnittlich als Mensch. Mehr sind es nur bei großer Anstrengung, Aufregung, vielleicht auch bei Frühlingsgefühlen oder Schmerz. In 80 Lebensjahren, die wir alle wohl erreichen wollen, sind es rechnerisch 504 576 000 Atemzüge. Zum Atmungsmilliardär werden wir dadurch noch nicht. Entscheidend sind aber wohl nur der erste und der letzte.

Derzeit erleben wir einen der letzten Atemzüge der nur noch geschäftsführenden Bundesregierung. Da kommt die aktuelle repräsentative Befragung im Auftrag der Techniker Krankenkasse durch das Forschungsinstitut Forsa zum Gesundheitssystem gerade recht. Seit 2021 hat sich die Unzufriedenheit mit diesem glatt auf 30 Prozent verdreifacht. Nachvollziehbar, durch die ständig steigende finanzielle Belastung aller Versicherten, die zu 94 Prozent damit rechnen, dass die Krankenkassenbeiträge von derzeit über 17 Prozent zum Ende des Jahrzehnts auf 20 Prozent steigen werden. 73 Prozent aller Befragten befürworten stellenweise Reformen im Gesundheitssystem, 21 Prozent sehen sogar einen umfassenden Reformbedarf. Ihrer Meinung nach hat die Politik zu viele drängende Fragen einfach ausgesessen. Es geht nicht nur um die finanzielle Schieflage in der Kranken- und Pflegeversicherung, die Kostenexplosion bei den Arzneimitteln, Mängel in der Notfallversorgung, Wartezeiten auf Arzt- und Facharzttermine und die geplante Krankenhausreform. Hierzu ein Artikel zur Umsetzung aus NRW.

72 Prozent befürworten laut Umfrage eine Spezialisierung der Kliniklandschaft und, was nicht überrascht, eine Digitalisierung. Sie wird als Chance gesehen. Hier müssen wir endlich zur Spitzengruppe aufschließen. Die elektronische Patientenakte (ePA) möchten 75 Prozent. Wir hoffen, dass das 20-jährige Trauerspiel ihrer Entwicklung bis zur jetzigen Erprobung in drei Bundesländern endlich erfolgreich beendet wird.

Auch eine Videosprechstunde haben oder möchten bereits 68 Prozent laut der Umfrage nutzen. Zu beiden Themen finden Sie Beiträge in Ihrer Luftpost.

Im finalen Text der „Arbeitsgruppe Gesundheit und Pflege“ der wohl künftigen Koalitionspartner werden viele Mängel auf über zehn Seiten zum größten Teil benannt und mit teilweise sehr engagierten Terminsetzungen angegangen. Ob dies im Hochgefühl kurzfristig geschaffener finanzieller Spielräume geschah oder aus der Erkenntnis, dass der Druck der Verhältnisse und Zustände dies erzwingt, wird die Zukunft zeigen.

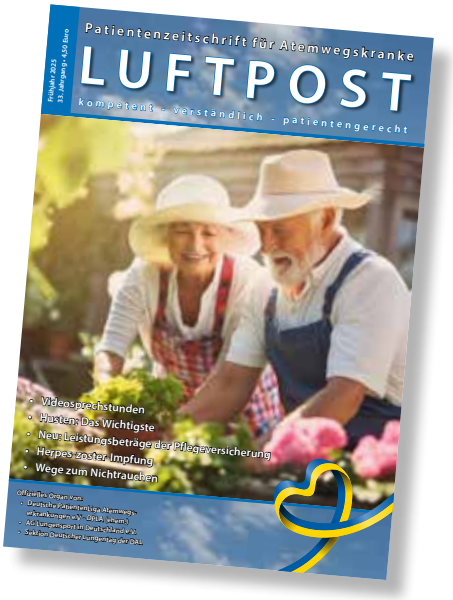
Daten von mehr als zwei Millionen Menschen aus 39 Ländern werteten Wissenschaftler der Uniklinik Hamburg-Eppendorf mit weiteren fast 120 Kollegen aus. Danach können wir alle gesünder und länger leben. Wir müssen nur fünf Risikofaktoren ab einem Lebensalter von 50 Jahren vermeiden: Nicht rauchen, für einen "normalen" Blutdruck sorgen, keine hohen Cholesterinwerte und keinen Diabetes haben und dabei ein gesundes Körpergewicht halten. Frauen ohne diese fünf Risikofaktoren leben dann im Schnitt 14,5 Jahre länger und bei besserer Gesundheit. Selbst Männer leben ohne diese Risikofaktoren 11,8 Jahre länger als ihre jeweiligen Geschlechtsgenossen mit diesen Risiken. Aber auch im höheren Alter lohnt sich eine entsprechende Verhaltensänderung. Wobei der "normale" Blutdruck alleine die meisten zusätzlichen gesünderen Lebensjahre verspricht. Damit sind wir beim Grundsatz des mündigen Patienten: Hilfe durch Selbsthilfe!

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen noch viele Millionen Atemzüge bei bester Gesundheit.

Mit luftigen Grüßen

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

Inhalt



Aktuelles

5 Klarheit bei Videosprechstunden
6 So beugen Sie der echten Grippe vor
8 Schlafapnoe-Patienten können aufatmen
10 Neuer Krankenhausplan in NRW
13 Künftig: Bessere COPD-Therapie
14 Beratung und Behandlung zur Erreichung von Tabak- und Nikotinabstinenz in Deutschland

Zu Ihrer Information

20 Tipps für den Arztbesuch
24 Häufig: Bluthochdruck, Brustschmerz und Herzklopfen bei Long-COVID
25 Stellungnahme zum Vortrag des Chaos Computer Clubs zur elektronischen Patientenakte für Alle
26 Neue Leistungsbeträge der Pflegeversicherung
28 Was sind funktionelle Bewegungsstörungen (FBS)
29 Helfen Darmbakterien bald bei der Krebstherapie?
30 Lungenärzte fordern Verkaufsstopp für Einweg-E-Zigaretten auch in Deutschland
32 Faktenblätter Herpes-zoster-Impfung
34 Warum besonders Menschen mit Diabetes auf ihre Nieren achten sollten
35 Dessertmagen entsteht im Gehirn
36 KI erkennt Herzalterung im EKG und warnt frühzeitig vor Herz-Kreislauf-Risiken

Selbsthilfe

38 Husten - Das Wichtigste in Kürze
40 Warum Medikamente nicht ins Bad oder in die Küche gehören

Rubrik

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

Anzeige

Klarheit bei Videosprechstunden

KBV und GKV-Spitzenverband einigen sich

Foto: AdobeStock/agenturfotografin

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) haben eine neue Vereinbarung für den Einsatz der Videosprechstunde geschlossen. Damit setzen sie den Auftrag des Gesetzgebers um, die Qualität in der Videosprechstunde und insbesondere auch die Gewährleistung der Anschlussversorgung zu regeln. Die gesetzliche Grundlage wurde dafür im Digitalgesetz geschaffen.

Dr. Sibylle Steiner, Mitglied des Vorstands der Kassenärtzlichen Bundesvereinigung, erklärt: „Mit der Vereinbarung setzen wir zum einen gesetzliche Vorgaben um, zum anderen stärken wir die Qualität der Videosprechstunde. Terminvermittlungsdienste müssen nach *medizinischen Kriterien* und nicht nach Leistungswünschen *priorisieren* dürfen. Zudem ist es ganz im Sinne der Patientinnen und Patienten, wenn auch die Anschlussversorgung gewährleistet wird. Letztlich also kommt unsere gemeinsame Vereinbarung allen Beteiligten zugute."

Stefanie Stoff-Ahnis, stellvertretende Vorstandsvorsitzendes der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), betonte: „Diese Vereinbarung ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Patientenversorgung. Patientinnen und Patienten erhalten durch Videosprechstunden mit *wohnortnahen Ärztinnen und Ärzten* und *Vorgaben für eine strukturierte Anschlussversorgung* eine hochwertige telemedizinische Betreuung. Zudem stellen wir einen gleichberechtigten Zugang für alle gesetzlich Versicherten zu telemedizinischen Leistungen sicher, da Termine für Videosprechstunden *nur nach medizinischer Priorität* vergeben werden dürfen."

Im Wesentlichen regelt die Vereinbarung die folgenden Punkte:

- Wenn Patientinnen und Patienten über Vermittlungsportale Videosprechstunden angeboten werden, so ist vor Durchführung der Videosprechstunden ein Ersteinschätzungsverfahren zu durchlaufen. Auf Basis dieses Verfahrens wird die *medizinische Dringlichkeit* der benötigten Behandlung eingeschätzt.

- Die Angebote von Portalen sollen (jenseits des Bereitschaftsdienstes) *regionalisiert* sein, das bedeutet, dass vorrangig Videosprechstunden zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und Patientinnen und Patienten durchgeführt werden sollen, die sich *in räumlicher Nähe* zueinander finden.

- Patientinnen und Patienten, deren *Versorgungsbedarf* in einer Videosprechstunde *nicht vollständig* begegnet werden kann, erhalten von der behandelnden Vertragsärztin oder Vertragsärzten eine strukturierte Anschlussversorgung (z.B. Angebot eines *zeitnahen Präsenztermins* in der Praxis).

- Vermittlungsportale für Videosprechstunden müssen *Termine* für Videosprechstunden *ausschließlich nach medizinischen Kriterien* (nicht z.B. anhand der Kostenträgerschaft oder nach Leistungswünschen) priorisieren.

Quelle: Pressemeldung der BAG Selbsthilfe vom 21.02.2025

So beugen Sie der echten Grippe vor

Impfung, Abstand und Hygiene

Foto: AdobeStock / Yakobchuk Olena

Frühlingszeit ist Grippe- und Erkältungszeit: Doch anders als eine Erkältung ist die echte Grippe eine ernstzunehmende Erkrankung, vor allem für Menschen mit einem höheren Risiko für schwere Krankheitsverläufe. Der beste Schutz ist die Grippeimpfung. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt sie insbesondere für Ältere ab 60 Jahren, chronisch Kranke, Schwangere und medizinisches Personal. Ob Sie zu den Menschen gehören, denen die STIKO eine Grippeimpfung empfiehlt, erfahren Sie online mit dem „Grippe-Impfcheck" der BZgA.

Dr. Johannes Nießen, Kommissarischer Leiter der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Errichtungsbeauftragter eines Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BiÖG): „Unterschätzen Sie die Grippe nicht. Sie kann vor allem für ältere Menschen gefährlich sein, da das Immunsystem im Alter anfälliger wird. Auch Grunderkrankungen wie Asthma, Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen das Risiko für einen schweren Verlauf. Die Grippeimpfung kann insbesondere schwere Krankheitsverläufe verhindern. Die BZgA informiert auf ihren Internetseiten über die Impfung und über weitere Maßnahmen, die helfen, eine Ansteckung zu vermeiden."

Ob Sie zu den Menschen gehören, denen die STIKO eine Grippeimpfung empfiehlt, erfahren Sie online mit dem „Grippe-Impfcheck" der BZgA unter https://www.impfen-info.de/grippeimpfung/grippe-impfcheck. Mit der Beantwortung von Fragen zum Alter, zu möglichen Risikofaktoren wie Vorerkrankungen, Schwangerschaft, Medikamenteneinnahme oder Kontakten zu gefährdeten Personen erhalten Sie eine persönliche Impfempfehlung. Zudem gibt es Tipps und Links zu weiterführenden Informationen.

Weitere Impfchecks bietet die BZgA unter https://www.impfen-info.de/impfchecks. Eine Impfung gegen andere Atemwegserreger, wie das Coronavirus oder das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV), kann gleichzeitig mit der Grippeimpfung an einem Termin erfolgen. Parallel ist auch die Impfung gegen Pneumokokken oder Keuchhusten (Pertussis) möglich.

Weitere Tipps zur Vorbeugung

Grippeviren und weitere Erreger von Atemwegsinfektionen können über Tröpfcheninfektion beim Sprechen, Husten oder Niesen, aber auch über Hände und Oberflächen übertragen werden. Folgende Tipps mindern das Ansteckungsrisiko:

- Halten Sie Abstand zu Personen mit Symptomen einer akuten Atemwegserkrankung.
- In der Erkältungs- bzw. Grippesaison kann in Innenräumen das Tragen einer Maske sinnvoll sein – insbesondere, wenn Sie zu einer Personengruppe mit erhöhtem gesundheitlichen Risiko zählen.
- Personen mit Symptomen einer Atemwegserkrankung sollten zum Schutz anderer eine Maske tragen.

- Wer Symptome einer akuten Atemwegsinfektion hat, sollte drei bis fünf Tage und bis zur deutlichen Besserung der Symptomatik zu Hause bleiben.
- Während dieser Zeit sollte der direkte Kontakt zu Personen, insbesondere solchen, die ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe haben, möglichst vermieden werden.
- Lüften Sie geschlossene Räume regelmäßig.
- Regelmäßiges und gründliches Händewaschen mit Seife verhindert die Weitergabe von Krankheitserregern über die Hände.
- Mit den Händen nicht Mund, Nase oder Augen berühren – sonst können Krankheitserreger über die Schleimhäute in den Körper gelangen.
- Verwenden Sie beim Husten und Niesen ein Taschentuch oder halten Sie die Armbeuge vor Mund und Nase und wenden sich von anderen Personen ab.

Weiterführende Informationen der BZgA zum Thema:

- Antworten auf alle gängigen Fragen rund um das Thema Grippeimpfung: https://www.impfen-info.de/grippeimpfung
- Informationsmaterialien zur Grippeschutzimpfung – auch in Fremdsprachen – wie Broschüren und Poster können unter https://www.impfen-info.de/mediathek/printmaterialien/grippeimpfung/ abgerufen oder unter https://shop.bzga.de/alle-kategorien/impfungen-und-persoenlicher-infektionsschut… kostenfrei im BZgA-Shop bestellt werden.
- Der Erregersteckbrief „Grippe“ informiert zur Erkrankung und Schutzmöglichkeiten durch Impfen und Hygiene in sechs Sprachen unter: https://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/grippe-influenza/
- Informationen zu Influenza-Impfstoffen sind beim Paul-Ehrlich-Institut (PEI), dem Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, abrufbar: https://www.pei.de/influenza-impfstoffe
- Mit der Kampagne „Wir kommen der Grippe zuvor“ rufen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Robert Koch-Institut (RKI) zur jährlichen Grippeschutzimpfung auf. Pressemotive gibt es unter https://www.bzga.de/presse/pressemotive/impfaufklaerung-und-hygiene/

Bestellung der kostenlosen BZgA-Materialien unter:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 50819 Köln, https://shop.bzga.de/
E-Mail: bestellung@bzga.de

Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vom 10. Januar 2025

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)

Sauerstoffversorgung

– Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

Aktion EverFlo inkl. GRATIS Fingerpulsoxymeter OXY310 629,00 € *

- **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 6 ab 1.898,00 € *

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.

2,5 Millionen Schlafapnoe-Patienten können aufatmen

Patientensicherheit durch neue Rechtslage (MPBetreibV) verbessert

„Patientengeräte dürfen im Rahmen einer vereinzelten Hilfestellung, durch klinisches Personal (Benutzer) betrieben und benutzt werden". Der neue Flyer „Schlafapnoepatient im Krankenhaus" informiert Schlafapnoe-Patienten über die neue Rechtslage. Dies ist notwendig, damit sich die Patienten auf die Behandlung in einer Gesundheitseinrichtung vorbereiten können.

Bei Patienten mit einer Schlafapnoe besteht ein hohes Risiko, dass es vor oder nach einer Operation zu Komplikationen kommt. Insbesondere dann, wenn in der Gesundheitseinrichtung z.B. ökonomische Gesichtspunkte zu Lasten der Patientensicherheit im Vordergrund stehen. Das perioperative Risiko (um die Operation herum) ist reduziert, wenn die Gesundheitseinrichtung die aktuellen Veröffentlichungen und Leitlinien nicht beachtet.

Leider können Schlafapnoe-Patienten nicht immer davon ausgehen, dass die aktuellen Standards berücksichtigt werden.

Wie sollte ich mich auf einen Krankenhausaufenthalt oder eine OP vorbereiten?

Sie sind schon im Schlaflabor und von Ihrem Gerätelieferanten (Homecare-Versorger) über die Notwendigkeit der regelmäßigen Therapie mit Ihrem Schlafapnoe-Therapiegerät informiert worden.

Dies ist sehr wichtig, da eine unbehandelte Schlafapnoe mit vielen ernstzunehmenden Gesundheitsproblemen im direkten Zusammenhang steht.

Ohne Therapie steigt das *Risiko* z. B. für:

- Bluthochdruck
- Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche)
- Schlaganfall
- Herzrhythmusstörungen
- Typ-2-Diabetes
- Demenz.

Sogar die Lebenserwartung kann erheblich reduziert sein! Nur durch die regelmäßige Nutzung Ihres Schlafapnoe-Therapiegerätes oder eines anderen Therapieverfahrens wie z. B. der Schlafapnoe-Schiene (Unterkieferprotrusionsschiene) oder der Stimulationstherapie (Zungenschrittmacher) können Sie die Risiken reduzieren!

Mit dem Schlafapnoe-Therapiegerät ins Krankenhaus

Wenn Sie zu einer stationären Heilbehandlung oder einer Operation eine Gesundheitseinrichtung, z.B. ein Krankenhaus, aufsuchen müssen, ist es wichtig, die Therapie der Schlafapnoe dort nicht zu unterbrechen!

Was ist im Krankenhaus anders als zuhause?

Patienten mit einer Schlafapnoe haben, unabhängig von der Art des Eingriffs, ein *erhöhtes Risiko* für Komplikationen des Herz-Kreislaufsystems und der Atemwege. In den aktuellen Leitlinien und Übersichtsarbeiten werden folgende *Komplikationen nach* einer *Operation* beschrieben:

- Lungenkomplikationen
- Abfall der Sauerstoffsättigung (O_2)
- Herzrhythmusstörungen
- Blutdruckanstieg oder -abfall
- Herzkreislaufstillstand
- Durchgangssyndrom
- erneute Intubation und ungeplante Verlegung auf eine Intensivstation.

Die Risiken erhöhen sich durch die Wirkung oder Nachwirkung der im Rahmen der Operation erforderlichen Medikamente.

Um die Risiken zu reduzieren sollte die Therapie der Schlafapnoe so früh wie möglich nach der OP weitergeführt werden

Im Normalfall werden Sie Ihr Gerät auch im Krankenhaus selbst bedienen und sich die Maske selbst aufsetzen. Dies ist aber nicht immer möglich, denn vor oder nach Operationen sind Sie häufig in Ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt. Wenn dann kein Klinikgerät verfügbar ist, sind Sie darauf angewiesen, dass die Pflegefachkräfte Ihnen die Maske aufsetzen und Ihr Schlafapnoe-Therapiegerät (CPAP-Gerät) bedienen.

Die Therapieunterstützung ist nicht die Regel. Sie sollte von Ihnen eingefordert werden!

Lassen Sie sich nicht durch pauschale Äußerungen wie: „Sie benötigen kein Schlafapnoe-Therapiegerät, Sie bekommen ja Sauerstoff" von Ihrer Forderung nach einer Therapieunterstützung abbringen.

INFO: In einer Atempause nützt Ihnen der Sauerstoff nicht viel. Sauerstoff kann keinesfalls ein Schlafapnoe-Therapiegerät ersetzen, sondern nur ergänzen!

VOR der Aufnahme ins Krankenhaus:

- Fragen Sie bei den behandelnden Krankenhausärzten nach, ob Sie Ihr Schlafapnoe-Therapiegerät mitbringen dürfen.
- Fragen Sie, ob die Therapie mit Ihrem oder einem Klinikgerät – im Falle Ihrer Handlungsunfähigkeit, z. B. im Schlaf nach einer Narkose – durchgeführt wird.
- Wenn Ihnen das nicht zugesichert wird, suchen Sie sich (in Absprache mit Ihrem Hausarzt) ein anderes Krankenhaus !
- Bitten Sie den einweisenden Arzt, Ihre behandlungsbedürftige Schlafapnoe neben der Einweisungsdiagnose auf der Ein-/Überweisung zu vermerken.
- Nehmen Sie Schlafapnoe-Therapiegerät, Atemluftanfeuchter, Atemmaske und alle Gebrauchsanweisungen sowie den Gerätepass mit ins Krankenhaus.
- Sorgen Sie dafür, dass die Therapiedaten in Ihrem Gerätepass auf dem neuesten Stand sind.
- Achten Sie auf einen technisch und hygienisch einwandfreien Zustand Ihres Gerätes. Fragen Sie ggf. Ihren Gerätelieferanten (Homecare-Versorger)!
- Von Ihrem Gerätelieferanten sollten Sie sich für Ihr Gerät einen Sauerstoffadapter sowie ein Sauerstoff-Sicherheitsventil beschaffen. Beides kann erforderlich sein, um Ihnen nach der Operation zusätzlich zum Schlafapnoe-Therapiegerät Sauerstoff zu geben.
- Für Rückfragen der Klinik vergessen Sie nicht:
  - Kontaktdaten und Telefonnummer Ihres Gerätelieferanten (Hotline 24-Std.-Service)
  - Kontaktdaten „Ihres“ Schlaflabors

NACH der Aufnahme im Krankenhaus:

- Bringen Sie unbedingt ein eigenes Namensschild sowie den Patientenaufkleber des Krankenhauses an Ihrem Schlafapnoe-Therapiegerät an.
- Informieren Sie im Aufnahmegespräch Pflegefachkraft, Stationsarzt und ggf. den Anästhesisten, dass Sie Schlafapnoepatient sind und Ihr Schlafapnoe-Therapiegerät mitgebracht haben.
- Übergeben Sie diesen Flyer an: Stationsleitung, Stationsarzt, Anästhesist.
- Verlangen Sie, dass ihr Schlafapnoe-Therapiegerät oder ein Klinikgerät im Falle Ihrer Handlungsunfähigkeit eingesetzt werden soll!
- Übergeben Sie dem Anästhesisten im Narkose-Gespräch eine Kopie Ihres aktuellen Gerätepasses und vermerken Sie „Gerätepass übergeben“ auf dem Narkosefragebogen.
- Fragen Sie den Anästhesisten, ob auf ein Beruhigungsmittel (Prämedikation) vor der Operation verzichtet werden kann.
- Deaktivieren Sie selbst die Rampe (Softstart). Informieren Sie Anästhesisten und Pflegefachkräfte, dass die Autostartfunktion bei Sauerstoffzufuhr deaktiviert werden muss.

Neue Rechtslage 2025

Schlafapnoe-Therapiegeräte fallen nicht mehr unter die Anlage 1. der Medizinproduktevertreiber-Verordnung (MPBetreibV).

„Patientengeräte dürfen, im Rahmen einer vereinzelten Hilfestellung, durch klinisches Personal (Benutzer) eingesetzt werden“.

Weitere Informationen auf der Homepage:
www.schlafapnoe-Selbsthilfegruppe.de

Quelle:
Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe
Wilhelmshaven-Friesland
Weserstraße 8, 26382 Wilhelmshaven
Kontakt: Reinhard Wagner, 0176 555 93 652
E-Mail: w.agner@t-online.de

Anzeige

Gesundheitsminister Laumann (NRW):

Mit dem neuen Krankenhausplan stellen wir die Krankenhauslandschaft in NRW zukunftsfähig und solide auf

Foto: AdobeStock / upixa

Die nordrhein-westfälische Landesregierung hat eines ihrer wichtigsten Vorhaben erfolgreich abgeschlossen: Mit dem nun erfolgten Versand der Feststellungsbescheide an ihre Krankenhäuser, wurde ihr künftiges Leistungsspektrum verbindlich festgelegt. Damit ist in diesem Bundesland das Krankenhausplanungsverfahren beendet. Es steht nun im Detail endgültig fest, welches Krankenhaus zukünftig welche Leistungen anbieten kann und zu welchen Veränderungen es bei den Krankenhäusern kommen wird.

Um den Krankenhäusern ausreichend Zeit für die Umsetzung der nötigen Veränderungen zu geben, treten die Regelungen der neuen Krankenhausplanung Dienstag, 1. April 2025, in Kraft. Darüber hinaus wird es für bestimmte Leistungsgruppen, zum Beispiel in der Kardiologie und der Orthopädie, Übergangsfristen bis Mittwoch, 31. Dezember 2025, geben. Denn gerade bei Leistungen mit hohen Fallzahlen oder einer besonderen Notfallrelevanz wird der erforderliche Aufbau von Kapazitäten Zeit in Anspruch nehmen.

In einer gemeinsamen Pressekonferenz in Düsseldorf haben Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann und maßgebliche Akteure der Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen die Ergebnisse des Planungsverfahrens vorgestellt: Der neue Plan führt zu den dringend notwendigen Strukturveränderungen in der nordrhein-westfälischen Krankenhauslandschaft, während gleichzeitig die Qualität der Versorgung und die ortsnahe Notfallversorgung weiter sichergestellt sind.

Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann: „Ich freue mich sehr, dass wir heute mitteilen können, dass die neue Krankenhausplanung für Nordrhein-Westfalen steht. Mit dem neuen Krankenhausplan stellen wir die Krankenhauslandschaft in unserem Land durch notwendige, tiefgreifende Strukturveränderungen auf ein zukunftsfähiges und solides Fundament. Der neue Plan wirkt dem ruinösen Wettbewerb der Krankenhäuser um Fallzahlen und Personal entgegen, indem vor allem bei hoch komplexen Leistungen Doppel- und Mehrfachvorhaltungen abgebaut werden. Gleichzeitig stellt der neue Plan sicher, dass

NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann

die Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen die bestmögliche Versorgung erhalten und die Grund- und Notfallversorgung überall im Land gut erreichbar ist. Denn es ist der erste Krankenhausplan bundesweit, der anhand von klaren Qualitätsstandards für die verschiedenen Krankenhausleistungen und eindeutigen Erreichbarkeitsvorgaben für die Notfallversorgung erstellt wurde."

Und weiter: „Der gesamte rund sechsjährige Prozess – von der Entwicklung der Planungssystematik bis zum heutigen Tag – wurde von allen relevanten Akteuren der nordrhein-westfälischen Krankenhauslandschaft gemeinsam gestaltet. Das zeigt, wie groß die Unterstützung für diese grundlegende Strukturreform ist. Den neuen Krankenhausplan zu erstellen war eine enorme Kraftanstrengung für alle Beteiligten. Für das große Engagement aller Beteiligten möchte ich mich ausdrücklich und herzlich bedanken."

„Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser stehen nun vor einer Phase, in der vielerorts deutliche und teils auch schmerzhafte Veränderungen umgesetzt werden müssen. Wir sind zum Wandel bereit", sagt Sascha Klein, Vize-Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW). „Es wird nun drauf ankommen, dass in diesem Prozess der Anspruch an ein lernendes System auch mit Leben gefüllt wird. Das wird immer dann flexible Antworten erfordern, wenn die Veränderungen ein Krankenhaus unbeabsichtigt in eine wirtschaftliche Schieflage bringen. Denn das ist unser NRW-Ansatz, der sich von der Krankenhausreform des Bundes unterscheidet: Der Bedarf in den Regionen muss Maßstab für die Planung sein. Nicht der von unten weg rasierende Algorithmus vom grünen Tisch in Berlin, sondern der sorgsame Blick auf den Versorgungsbedarf in den Regionen prägt diese Planung. Das ist Ausdruck einer gemeinsamen Verantwortung für die Patientinnen und Patienten hier in NRW." Zugleich unterstreicht KGNW-Vize-Präsident Klein die Bedeutung der vom Land bereitgestellten rund 2,5 Milliarden Euro für die Umsetzung der Krankenhausplanung: „Mit diesen Investitionsmitteln wird der Einstieg in die Umsetzung dieser Krankenhausplanung ermöglicht. Und es ist ein wichtiges Signal, dass dieses Budget auch in Zeiten knapper Landeshaushalte unberührt bleibt. Entscheidend für eine stabile Krankenhausversorgung ist es aber auch, dass für die Transformationskosten, die durch die Schließung von Abteilungen und ganzen Standorten entstehen, eine finanzielle Lösung gefunden wird. Das können die durch die historische Defizitkrise geschwächten Träger nicht aus eigener Kraft tragen."

Die Veränderungen in der Krankenhauslandschaft im Überblick

Der Krankenhausplan NRW zielt vor allem darauf ab, *Doppel- und Mehrfachvorhaltungen in räumlicher Nähe abzubauen*. Das gilt insbesondere für die Leistungsgruppen, die gut planbar sind, beispielsweise in der *Orthopädie*.

Beispiel Endoprothetik Knie:
214 Krankenhaus-Anträge landesweit
– 136 Genehmigungen (= minus 36 Prozent)

Beispiel Endoprothetik Hüfte:
236 Krankenhaus-Anträge landesweit
– 137 Genehmigungen (= minus 42 Prozent)

Das gilt aber auch für Bereiche, in denen eine *hochspezialisierte* Versorgung und *große Expertise* nötig sind, beispielsweise der Krebsbehandlung. Hier ist eine Konzentration auf weniger Krankenhausstandorte mit mehr Erfahrung und Expertise dringend erforderlich, um für die Patientinnen und Patienten die bestmögliche Behandlung anbieten zu können. Daher wurden nicht allen Krankenhäusern, die Anträge für diese Leistungsbereiche gestellt haben, die entsprechenden Leistungsgruppen zugewiesen.

Beispiel Behandlung von Leberkrebs:
113 Krankenhaus-Anträge landesweit
– 29 Genehmigungen (= minus 74 Prozent)

Beispiel Behandlung von Speiseröhrenkrebs:
71 Krankenhaus-Anträge landesweit
– 26 Genehmigungen (= minus 63 Prozent)

Gleichzeitig gibt es Bereiche, die stark *notfallrelevant* sind, bei denen eine Konzentration nicht oder nur eingeschränkt möglich sind. Ein Beispiel hierfür sind *kardiologische* Angebote.

Beispiel Interventionelle Kardiologie:
165 Krankenhaus-Anträge landesweit
– 141 Genehmigungen (= minus 15 Prozent)

Im Bereich der Behandlung von *Kindern* und *Jugendlichen* wurde in der Regel *allen Anträgen* zugestimmt, die die Mindestkriterien erfüllen. So sind beispielsweise die Bedarfe in der psychiatrischen und *psychosomatischen Versorgung* – auch als Folge der Coronapandemie – deutlich *gestiegen*. Den Anträgen in diesem Leistungsbereich wurde daher teils in vollem Umfang und teils im Rahmen der bestehenden Auslastung nachgekommen. Damit geht der neue Krankenhausplan bei der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sogar über die Bedarfsprognose hinaus.

Die Ergebnisse der Krankenhausplanung sind im Detail einsehbar unter: **https://www.mags.nrw/startseite/gesundheit/krankenhausplanung-nrw/ergebnisse-der-krankenhausplanung-nrw**

Finanzielle Unterstützung

Die Landesregierung unterstützt die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser bei den notwendigen Strukturveränderungen und Investitionen mit erheblichen zusätzlichen Finanzmitteln. Für Maßnahmen zur Umsetzung des neuen Krankenhausplans werden in dieser Wahlperiode rund 2,5 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt werden.

Die ersten *Förderbescheide* in Höhe von rund *409 Millionen Euro* hat Gesundheitsminister Laumann bereits Anfang Dezember an acht nordrhein-westfälische Krankenhäuser überreicht. Die verbleibende *Fördersumme von rund 2,1 Milliarden Euro* wird in den kommenden Jahren für weitere notwendige Strukturveränderung und Investitionen an die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser vergeben.

Weitere Informationen zur neuen Krankenhausplanung sind verfügbar unter:
www.mags.nrw/krankenhausplanung-nordrhein-westfalen

Quelle:
Monitor Versorgungsforschung
vom 19. Dezember 2024

Künftig: Bessere COPD-Therapie für 6,8 Millionen Menschen

Jetzt am Lungenemphysemregister beteiligen

Foto: AdobeStock / Miha Creative

Rund 6,8 Millionen Menschen leiden in Deutschland an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Hauptursache ist in 90 Prozent der Fälle: Rauchen. Eine häufige Folge ist ein Lungenemphysem – eine endgültige Zerstörung der Lungenbläschen, die in der Folge zu Sauerstoffmangel und Atemnot führt. Um die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten zu verbessern, wurde – mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) – das Lungenemphysemregister ins Leben gerufen.

„Jede Person, die sich mit interventioneller COPD-Therapie beschäftigt, darf und sollte bei uns mitzumachen", wirbt Mitgründer und Vorstandsmitglied Privatdozent Dr. Ralf-Harto Hübner. Mehr Informationen unter: **https://www.lungenemphysemregister.de/**

„Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit im *Lungenemphysemregister* (LE-Register) konnten wir eine ganzheitliche Behandlung entwickeln, die alle individuellen Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten berücksichtigt", freut sich Hübner, Oberarzt und Standortleiter der Klinik für Pneumologie, Beatmungsmedizin und Intensivmedizin mit dem Arbeitsbereich Schlafmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin. Seit Gründung sind mittlerweile 46 Kliniken, die auf die interventionelle Therapie von Lungenemphysemen spezialisiert sind, aus zwölf Bundesländern Mitglied. Gemeinsam wurden so schon 1.100 Datensätze zusammengetragen.

Erster Übersichtsartikel jetzt veröffentlicht: Qualitätsstandards und Zertifizierung

Ziel des Registers ist es, die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener COPD und Lungenemphysem – bei interventioneller Emphysemtherapie – deutlich zu verbessern. „Deswegen freue ich mich, wenn möglichst alle das Lungenemphysemregister kennen", sagt Hübner. „Die Idee war und ist, ein von Herstellern unabhängiges Qualitätssicherungsinstrument aufzubauen. Auch ist es unser Wunsch, alle Expertinnen und Experten als Team zu vernetzen", sagt Hübner, der auch Sprecher der Arbeitsgruppe Endoskopie in der DGP ist. Inzwischen tauschen sich spezialisierte Internisten, Pneumologen und Thoraxchirurgen über das neue Register aus.

Neu erschienen ist jetzt ein erster Übersichtsbeitrag unter dem Titel „Das Lungenemphysemregister e.V.: Verbesserung der Versorgungsqualität bei interventioneller Emphysemtherapie und Gesundheitsmanagement für Patienten mit fortgeschrittener COPD und Lungenemphysem" in der Zeitschrift Pneumologie. Dargestellt wird darin unter anderem: Durch die Vernetzung von Expertinnen und Experten, die Entwicklung spezifischer Qualitätsstandards und die Zertifizierung von Zentren trägt dieses Register zur wissenschaftlichen Weiterentwicklung und Optimierung der hochspezialisierten Therapien bei.

In Zukunft: Fächerübergreifende Projekte und innovative Therapieansätze

Die Erkenntnisse des Registers sollen zukünftig auch nationalen und internationalen Expertengruppen zugänglich gemacht werden, um die Behandlung weiter verbessern zu können. „Der Fokus des Registers wird jedoch zunächst auf der Analyse und Nutzung praxisnaher klinischer Daten basieren", erklärt Ralf-Harto Hübner. Langfristig wird die Zusammenarbeit mit Partnern der Universitäten und Forschungseinrichtungen angestrebt werden, um ergänzend fächerübergreifende Projekte zu beginnen. „Auf der Basis der gewonnenen klinischen Erkenntnisse möchten wir zukünftig gezielte Fragestellungen zur Entstehung einer COPD untersuchen können", überlegt der Mediziner „und neuartige Therapieansätze in Untersuchungen entwickeln."

Quelle: Pressemeldung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) vom 27. März 2025

Wege zum Nichtrauchen:

Beratung und Behandlung zur Erreichung von Tabak- und Nikotinabstinenz in Deutschland

Foto: AdobeStock / Aleksej

1. Präambel

Das Aktionsbündnis Nichtrauchen e.V. (ABNR), ein Zusammenschluss aus zwanzig bundesweit im Bereich der Tabakkontrolle und der Förderung des Nichtrauchens tätigen Gesundheitsorganisationen, hat eine Arbeitsgruppe von Expertinnen und Experten aus relevanten Gesundheitsorganisationen, der Krebsprävention sowie aus Wissenschaft und Praxis einberufen, um ein Konzept für den Aufbau flächendeckender evidenzbasierter Rauchstopp-Angebote in Deutschland zu erarbeiten.

Das Konzept dient als Anregung für die strukturelle Umsetzung der mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung eingeleiteten Änderungen des §34 SGB V. Es beinhaltet den uneingeschränkten Zugang zu evidenzbasierten Präventions- sowie Behandlungsangeboten für alle Konsumierenden von Tabak- und (nicht pharmazeutischen) Nikotinprodukten und ist nicht beschränkt auf Konsumierende mit einem schädlichen oder abhängigen Konsum gemäß ICD 10 F17.x.

Evidenzbasierte Maßnahmen zur Reduktion der Prävalenz des Konsums von Tabak- und Nikotinprodukten umfassen präventive Maßnahmen der Aufklärung und Motivierung zu einem Konsumstopp sowie therapeutische Angebote zur Beendigung des Tabak- bzw. Nikotinkonsums, deren Ausgestaltung abhängig von der Schwere und individuellen Ausprägung der Problemlage sein sollte. Das vorliegende Papier fokussiert auf Angebote zur Beendigung des Tabak- und/oder Nikotinkonsums.

Der Aufbau und die Implementierung evidenzbasierter Präventions- und Behandlungsangebote für den dargestellten Personenkreis ist ein Beitrag zur Umsetzung der in Artikel 14 Nr. 2 des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs eingegangenen Verpflichtungen „Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und der Auf-gabe des Tabakkonsums“1

2. Zielgruppen für Rauchstopp-Angebote

Trotz einer weiterhin hohen Tabakrauch- und Nikotinkonsumprävalenz und den in der S3-Leitlinie der AWMF “Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening,

Diagnostik und Behandlung” niedergelegten Behandlungsstandards ist die Anzahl der in Deutschland unternommenen Rauchstoppversuche, im internationalen Vergleich gesehen, gering.

Voraussetzungen für eine Verbesserung dieser Situation sind Strukturen (i) für die dauerhafte Etablierung evidenzbasierter Behandlungsangebote für die Erreichung von Tabak- bzw. Nikotinabstinenz mit entsprechend qualifiziertem Personal sowie (ii) eine Kostenerstattung für die dafür erbrachten Leistungen im Rahmen von Ansprache, Screening, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge.

In der o.g. S3-Leitlinie werden zudem Besonderheiten der Beratung und Behandlung zur Erreichung von Tabak- und Nikotinabstinenz für spezifische Gruppen wie

- ältere und minderjährige Menschen,
- Schwangere,
- Menschen mit chronischen somatischen Erkrankungen und
- Menschen mit psychischen Störungen

adressiert. Damit wird empirischen Belegen und klinischen Erfahrungen Rechnung getragen, wonach beispielsweise alters- und geschlechtsspezifische Aspekte, zum einen die Erreichbarkeit für Angebote der Tabak- und Nikotinbehandlung, und zum anderen auch den Erfolg von Beratung und Behandlung moderieren. Auch weichen die Empfehlungen für die Anwendung pharmakologischer Unterstützung, etwa bei Schwangeren, von den Standardempfehlungen ab. Die Überlappung von Merkmalen wie beispielsweise „Schwangerschaft und psychische Erkrankung“ oder „Ältersein und chronische Erkrankung“ stellen somit besondere Anforderungen an die Motivierung zum Rauchstopp und die Inanspruchnahme evidenzbasierter Angebote zur Erreichung von Tabak- und Nikotinabstinenz.

Derzeitig werden Angebote nur von einer Minderheit der Tabak- und Nikotinkonsumierenden in Anspruch genommen. Eine Untersuchung der 18- bis 64-jährigen Bevölkerung einer norddeutschen Region aus dem Jahre 1996 ergab, dassselbst unter gegenwärtigen Raucherinnen und Rauchern, die bereits einen Reduktions- oder Aufhörversuch unternommen hatten, nur 14 % Unterstützungsangebote in irgendeiner Form (z. B. Nikotinersatztherapie) jemals im Leben genutzt hatten. Daten der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA, 2016 bis 2019) zeigen 20 Jahre später eine Inanspruchnahme von 13 % für Deutschland.

Um die Inanspruchnahme evidenzbasierter Angebote zur Erreichung von Tabak- und Nikotinabstinenz zu erhöhen, sollten diese proaktiv an alle Tabak- und Nikotinkonsumierenden herangetragen werden, d.h. alle Konsumierenden erhalten Informationen und den entsprechenden Zugang zu Beratung und/oder Behandlungsangeboten. Dazu gehört, dass entsprechend der S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“7 alle Personen, die Leistungen der Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, systematisch und in geeigneter Weise nach dem Konsum von Tabak- und Nikotinprodukten gefragt werden. Die WHO empfiehlt in ihrer aktuellen Guideline zur Tabakentwöhnung an dieser Stelle eine routinemäßige Kurzintervention.

Hohe Erreichungs- und Teilnahmeraten für Beratungs- und/oder Behandlungsangebote zur Erreichung von Tabak—und Nikotinabstinenz tragen dazu bei, dass sich die Chancengleichheit für Gesundheit in der Bevölkerung Deutschlands erhöht. Dies setzt jedoch voraus, dass die Angebote auch unabhängig vom individuellen Sozialstatus wirksam sind. In der letzten Dekade ist die Senkung der Prävalenz des Tabak- und Nikotinkonsums in Deutschland nachweislich auf die Reduktion der Raucherrate in Bevölkerungsgruppen mit einem höheren Sozialstatus zurückzuführen. Das bedeutet, dass Rauchende mit einem niedrigeren Sozialstatus mit den verfügbaren Angeboten bislang weniger gut erreicht wurden. Dies ist in der Folge mit einer Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit in Deutschland verbunden.

3. Modularisierung

In der S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“ wird die Versorgung aller Tabak- und Nikotin-Konsumierenden adressiert. Die dort aufgeführten evidenzbasierten Interventionen unterscheiden sich jedoch im Hinblick auf Umfang, Intensität und demzufolge auch in ihrem Impact.

Mit einer Kurzberatung kann, unabhängig von der Motivation für eine Tabak- bzw. Nikotinabstinenz, ein Großteil der Tabak- und/oder Nikotin-Konsumierenden erreicht werden. Die Effektivität im Hinblick auf die Erreichung der Abstinenz liegt jedoch deutlich unter einer personell und zeitlich aufwendigeren kombinierten Behandlung aus Psychotherapie und pharmakologischer Unterstützung. Dafür ist die Erreichungsrate von Rauchenden mit so einer Kombinationsbehandlung deutlich geringer, denn sie setzt eine bereits bestehende Motivation für die Konumbeendigung voraus und ist zudem an die Verfügbarkeit eines entsprechenden Angebots gebunden.

Das deutsche Gesundheitswesen verfügt über ein Netz aus Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung. Diese sind Voraussetzung für die Etablierung

modularer Beratungs- und Behandlungsangebote, z. B. im Hinblick auf die Problemschwere der Abhängigkeit, die Motivation für den Konsumstopp und/oder die Berücksichtigung von Vorerkrankungen. Ein modulares Angebot umfasst:

- das Screening,
- die wiederholte Ansprache des Tabak- und/ oder Nikotinkonsums (z. B. bei Wiedervorstellung),
- die Motivierung und Beratung zur Erreichung der Tabak- und/oder Nikotinabstinenz sowie
- motivations- bzw. bedarfsabhängig die Überweisung in bzw. Durchführung einer verhaltenstherapeutischen und pharmakologisch unterstützten Behandlung, einschließlich Nachsorge und Rückfallmanagement.

Neben internet- und telefongestützten Angeboten besteht die Möglichkeit der Behandlung Rauchender mit digitalen Anwendungen (DIGA). Diese sind nachweislich wirksam und ressourcenschonend und ihr Einsatz wird auch durch die WHO10 empfohlen. Im Gegensatz zu anderen Therapieangeboten werden die Kosten für ärztlich verordnete DIGAs von der Gesetzlichen Krankenversicherung vollständig übernommen. Dies trägt potenziell, nämlich unter der Voraussetzung der Erreichung der entsprechenden Bevölkerungsgruppen mit diesem Angebot, dazu bei, die weiter oben ausgeführte sozioökonomische Benachteiligung zu verringern.

4. Leistungsinhalte

Die im Folgenden beschriebenen Leistungsinhalte basieren auf den Empfehlungen der o. g. S3-Leitlinie. Erfahrungen aus ambulanten, stationären, rehabilitativen und weiteren Versorgungssettings fließen in die folgenden Leistungsformulierungen ein. Die Leistungen zur Behandlung zur Erreichung von Tabak- und Nikotinabstinenz beinhalten 5 Schwerpunktbereiche:

Ausführungen zu den genannten Schwerpunktbereichen:

1. Anbahnungsgespräch
2. Diagnosestellung und Deskription des Tabak- und Nikotinkonsumverhaltens
3. Eruierung, Planung und Festlegung der Behandlungsschritte
4. Verordnung von Behandlung (z. B. face-to-face; Verhaltenstherapie und pharmakologische Unterstützung oder digital; DIGA)
5. Nachsorge

Zu 1. Anbahnungsgespräch:
In einem Vorgespräch erfolgen allgemeine Informationen zu Behandlungsoptionen, um Tabak- und Nikotinabstinenz zu erreichen. Je nach Motivation werden Rahmenbedingungen, z. B. Behandlungsformate (Einzel- oder Gruppensetting), Kommunikationskanäle des Angebots (persönlich, telefonisch, digital), Behandlungsinhalte, Rückfall und Nachsorge thematisiert.

Zu 2. Diagnosestellung und Deskription des Tabak- und Nikotinkonsumverhaltens:
Im Rahmen der Diagnostik werden die konsumierten Produkte, Konsummuster, -häufigkeit, -menge und -dauer im Gespräch erfragt, um ein vollumfängliches Bild der pathologischen Symptome, die körperlicher, psychischer und sozialer Natur sein können, zu erhalten. Diagnostische Instrumente wie der FTCD (Fagerström Test for Cigarette Dependence), die CDS (Cigarette Dependence Scale), die NDSS (Nicotine Dependence Syndrome Scale) oder der HSI (Heaviness of Smoking Index) kommen in der Diagnostik zur Einschätzung des Schweregrads der Abhängigkeit zum Einsatz. Die Einordnung nach der ICD-10 (F17.1- .9) adressiert die verschiedenen Stufen der körperlichen und psychischen Abhängigkeit des Tabak- und Nikotinkonsums. In der entstehenden ICD-11 wird zukünftig zusätzlich riskanter Konsum kategorisiert. Für den biochemischen Nachweis des Tabak- und Nikotinkonsums stehen Verfahren wie die Bestimmung des Kotiningehaltes (z. B. im Urin oder im Speichel) und des Kohlenmonoxidgehaltes in der Ausatemluft (CO-Messung) zu Verfügung.

Zu 3. Eruierung des Bedarfs und der Bedürfnisse des Tabak- und Nikotinkonsumenten, Festlegung und Planung der Behandlung:
In einem Beratungsgespräch mit einer geschulten Fachkraft werden Aspekte wie die Bedeutung der Diagnose (psychische und physische Abhängigkeit), Konsumgewohnheiten und die Motivation für den Konsumstopp (z.B. durch die Anwendung von Strategien der Motivierenden Gesprächsführung (MI)) und/ oder eine verhaltenstherapeutische und pharmakologisch unterstützte Behandlung besprochen. Das der aktuellen Motivationslage angepasste Vorgehen wird gemeinsam festgelegt.

Geschulte Fachkräfte können sein: ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, SozialpädagogInnen/ SozialarbeiterInnen, Pflegefachkräfte, Hebammen und Geburtshelfer sowie Medizinische Fachangestellte.

Kriterien zur Diagnosestellung sind nach S3-Leitlinie:
Rauchstatus/Konsumstatus, Tabakprodukt/Nikotinprodukt, Umfang des Konsums, Bewertung von

Tabakabhängigkeit, Auswertung früherer Aufhör-Versuche, Entzugssymptome bei früheren Aufhörversuchen, Motivation zum Rauchstopp, Allgemeine Anamnese (Begleiterkrankungen, Medikation u.a.), Zeichen von Angst und Depression, Schwangerschaft, Stillzeit, Kontrazeption, Bestimmung Kohlenmonoxid und/ oder Kotinin.

Das Beratungssetting sollte örtlich und zeitlich niederschwellig erreichbar sein. Die Beratung im telefonischen oder digitalen Setting ist möglich.

Zu 4. Beratung und Behandlung zur Erreichung von Tabak- und Nikotinabsttinenz:
Die Beratung und Behandlung wird von einer geschulten Fachkraft entlang dem
im Gespräch entwickelten Behandlungsschema durchgeführt:

- Motivationsbehandlung (z. B. Motivierende Gesprächsführung oder Risiko-Feedback)
- Telefonische Beratung
- Kurzintervention
- Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen (DIGA)
- Empfehlung von Selbsthilfematerialien
- verhaltenstherapeutisch angelehnte Beratung und Behandlung, einschließlich pharmakologischer Unterstützung (z. B. Nikotinersatzprodukte)

Das Beratungs- bzw. Behandlungssetting sollte, wie auch die Settings der vorherigen Schritte, örtlich und zeitlich niederschwellig erreichbar sein. Bei Indikation einer pharmakologisch oder digital unterstützenden Therapie ist ärztliches Fachpersonal hinzuzuziehen und ein face-to-face Setting notwendig.

Die Ansprache und Motivierung für die Erreichung von Tabak- und Nikotinabstinenz während eines stationären Aufenthaltes sollte ausgebaut werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Fortsetzung der Maßnahmen nach der Entlassung für mindestens einen Monat um nachhaltige Erfolge zu erzielen.

Für den in die stationäre Versorgung 2016 eingeführten Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 9-501 „Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung“ mit den Elementen standardisierte Erfassung der Rauchanamnese, Motivation, Aufklärung über medikamentöse Unterstützung und Anmeldung für ein poststationäres ambulantes Tabakentwöhnungsprogramm fehlt bislang ein entsprechendes Vergütungsäquivalent.

Mit der „Verordnung über die Zulässigkeit der Anwendung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs bei rauchenden Personen“ vom 15.05.2024 hat der Gesetzgeber die rechtlichen Grundlagen für die Einführung eines nationalen Screening-Programms für aktuell Rauchende und solche, die den Rauchkonsum innerhalb der letzten 10 Jahre beendet haben und die folgend genannten Kriterien erfüllen: Alter 50 bis 75 Jahre, mindestens 25 Raucherjahre und mindestens 15 Packungsjahre, geschaffen. Aktuell läuft das Beratungsverfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die Behandlung rauchender Screening-Teilnehmender mit einem evidenzbasierten und qualifiziert überbrachten Angebots zur Erreichung von Tabak- und Nikotinabstinenz sollte in die Qualitätskriterien des Screening-Programms mit aufgenommen werden.

Zu 5. Nachsorge
Die Nachsorge beinhaltet die Kontaktaufnahme (persönlich, telefonisch, schriftlich oder digital) zum Behandelten in größer werdenden Zeitabständen, um erreichte Ergebnisse der Tabak- und Nikotinbehandlung zu konsolidieren und er-folgt durch qualifiziertes Personal über mindestens sechs Monate.

5. Eingliederung in Versorgungsstrukturen, Netzwerkentwicklung

Entscheidend ist, dass in einer Landschaft der Unterversorgung von Rauchenden mit Behandlungsangeboten zur Erreichung von Tabak- und Nikotinabstinenz ein synergistisches Netzwerk von evidenzbasierten und qualifizierten Angeboten nach SGB entsteht. Die Implementierung der Angebote erfolgt in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung (ärztliche und psychotherapeutische Praxen, ambulante und stationäre Versorgung, Rehabilitation, aufsuchende Gesundheitsversorgung, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitsmedizin, Suchtberatung und falls gesetzlich umgesetzt, in Gesundheitskiosken). Die Angebotsstruktur sollte alle verfügbaren Kommunikationskanäle und -formate bespielen, um Niedrigschwelligkeit zu gewährleisten und somit, neben der Erreichungsrate, die Erfolgsrate zu erhöhen.

Um Behandlungsangebote zur Erreichung von Tabak- und Nikotinabstinenz bestmöglich zu personalisieren, ist die Kenntnis der Lebenssituation des Einzelnen wichtig. Die WHO empfiehlt, eine Auswahl an verhaltensbezogenen Behandlungsoptionen anzubieten. Eine Modularisierung der verschiedenen Leistungsangebote, z.B. mit orts- und zeitangepassten Wahlmöglichkeiten der Inanspruchnahme (persönlich, telefonisch, digital)

erscheint zeitgemäß und kann durch ein Netzwerk der verschiedenen Anbieter umgesetzt werden. Die Netzwerkbildung zielt darauf ab, diejenigen Leistungsanteile, die nicht aus eigenen Ressourcen vorgehalten werden können, den Beratenden/Behandelten trotzdem anzubieten und dadurch zugänglich zu machen.

6. Qualitätssicherung und Evaluation

6.1. Qualitätssicherung

A1) Strukturqualität

Ein zentraler Aspekt ist die Niedrigschwelligkeit aller Angebote. Diese sollten grundsätzlich kostenfrei sein.

Das Leistungsangebot und Beratungssetting für die oben beschriebenen Leistungen (Kapitel 3) in Form von persönlicher, telefonischer und digitaler Beratung werden angeboten oder durch Netzwerkzugang ermöglicht. Dabei steht die „Komm-Struktur" im Vordergrund. Bestehende Zugangshürden müssen gesenkt werden, um die individuelle Inanspruchnahme zu erhöhen. Unter anderem sollten Angebote mit hoher gesellschaftlicher Durchdringung (beispielsweise durch Kennzeichnung der Anbieter, Öffentlichkeitsarbeit, etc.) bekannt sein. Die zum Einsatz kommenden digitalen Medien und Verfahren sollten qualitätsgeprüft sein.

Beratungen/ Behandlungen müssen dokumentiert werden; auf Wunsch sollte anonym beraten werden. Die Leistungen sollten nach Bedarf und ggf. mehrfach oder über einen längeren Zeitraum hinweg möglich sein. Räumlichkeiten sollten die für eine Beratung und Behandlung erforderliche Vertraulichkeit gewährleisten. Der Zugang sollte barrierefrei sein.

Die notwendige personelle Ausstattung umfasst alle Beratungsfachkräfte (ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, SozialpädagogInnen/SozialarbeiterInnen, Hebammen/Geburtshelfer, Pflegefachkräfte, Medizinische Fachangestellte). Diese sollten über eine Befähigung zur Umsetzung der Angebote zur Erreichung der Tabak- und Nikotinabstinenz verfügen (Kapitel 3). Die personellen Kapazitäten richten sich an der Inanspruchnahme der Angebotsstruktur aus.

A2) Prozessqualität

Ein geeignetes EDV-gestütztes Dokumentationssystem stellt die Basis- und Verlaufsdokumentation sicher. Dort sind fortlaufend Stammdaten der Behandelten sowie erbrachte Leistungen zu erfassen. Ein bundesweit einheitlicher Basisdatensatz sollte innerhalb datenschutzrechtlicher Vorgaben (z. B. schriftliche Einwilligung des Ratsuchenden) erhoben werden. Die Daten sollen mindestens einmal jährlich einrichtungsbezogen ausgewertet und bspw. im Rahmen eines Jahresberichts oder auf der Internet-Homepage der Einrichtungen veröffentlicht werden.

Ein Qualitätsmanagement-Handbuch, das sich an einer standardisierten Vorgabe orientiert, soll vorliegen. Dieses soll auch eine schriftlich ausgearbeitete Beratungs- und Behandlungskonzeption, Überlegungen für ein verbindliches Beschwerdemanagement und Anweisungen für den Umgang mit medizinischen und psychiatrischen Notfällen (Krisenmanagement) enthalten.

6.2. Evaluation

Die kontinuierliche Evaluation der in der Gesundheitsversorgung bereitgestellten Angebote zur Erreichung der Tabak- und Nikotinabstinenz ist zentral, um ein bedarfsgerechtes Angebot vorzuhalten. Leitend sollte die Perspektive der Inanspruchnehmenden sein (z. B. Akzeptanz, Erreichbarkeit der und Zufriedenheit mit den Angeboten), die Erreichungsraten für die Angebote sowie die Erfolgsraten. Zur Evaluation gehört auch die Bewertung der Finanzierungsmechanismen hinsichtlich ihrer Funktionalität (z. B. Niedrigschwelligkeit). Ziel sollte auch sein, dem Gesetzgeber notwendige (gesetzliche) Anpassungsbedarfe aufzuzeigen, um die Versorgung von Tabak- und Nikotinkonsumierenden zu verbessern. Eine darüberhinausgehende wissenschaftliche Nutzung der Daten durch Forschungseinrichtungen (Voraussetzung ist die Industrieunabhängigkeit) sollte ermöglicht werden.

Berlin, 11.12.2024

Foto: Uni Greifswald

Prof. Dr. Sabina Ulbricht
Vorstandsvorsitzende des
Aktionsbündnises Nichtrauchen e.V.

Advertorial mit freundlicher Unterstützung von Sanofi und Regneron

Einmal tief durchatmen, bitte!

Wege zu mehr Luft und Leichtigkeit im Asthma-Alltag

Die Luft ist die ständige Begleiterin unseres Lebens – unsichtbar, doch unverzichtbar. Für viele ist sie selbstverständlich und bleibt im Alltag kaum bemerkt, doch wer Asthma (und Allergien) hat, weiß, dass sie zur täglichen Herausforderung werden kann. Denn Allergene wie Pollen, Staub und Schimmelsporen, sogenannte Trigger, können Asthma-Symptome verstärken und die Atmung erschweren. Aber das muss nicht so bleiben: Einfache Maßnahmen können dabei helfen, die Luft im Alltag, und damit auch die Lebensqualität, deutlich zu verbessern.

Asthma und Allergien – ein verhängnisvolles Wechselspiel

Asthma und Allergien hängen häufig eng miteinander zusammen, da beide Erkrankungen auf eine Überempfindlichkeit des Immunsystems zurückzuführen sind. Bei einer Allergie reagiert das Immunsystem übermäßig auf ansonsten harmlose Stoffe wie Pollen, Staub oder Tierhaare. Diese Reaktion kann zu Entzündungen und Schwellungen der Schleimhäute in den Atemwegen führen. Bei Menschen mit Asthma sind diese Atemwege ohnehin empfindlich und verengen sich durch die allergischen Reize zusätzlich. Allergene, die durch die Luft schwirren, können also nicht nur eine allergische Reaktion, sondern auch Asthmasymptome wie Husten, Atemnot und ein Engegefühl in der Brust auslösen.

Schon gewusst? Wer trotz laufender Therapie unter Asthma-Beschwerden leidet, ganz gleich welcher Asthma-Form sie zugrunde liegen, sollte frühzeitig den behandelnden Lungenfacharzt oder die behandelnde Lungenfachärztin aufsuchen. Denn heute gibt es fortschrittliche Behandlungsmöglichkeiten, die ein aktives und beschwerdefreies Leben mit Asthma durchaus möglich machen.

5 Tipps, um besser durchzuatmen

1. **Medikation:** Asthma lässt sich heutzutage gut behandeln, meist mit einer Kombination aus Medikamenten und praktischen Maßnahmen. Medikamente wie Inhalatoren oder Biologika können die Entzündungen in den Atemwegen langfristig reduzieren. Sogenannte Antihistaminika helfen, die allergischen Reaktionen zu mildern.

2. **Rauchstopp:** Rauchen (egal ob E-Zigarette oder klassische Zigarette) reizt nicht nur die Atemwege, sondern kann auch Entzündungen verstärken, was Asthma-Symptome deutlich verschlechtert. Außerdem schädigt es die Lunge langfristig und macht die Atemwege anfälliger für Infektionen und allergische Reaktionen. Das Rauchen aufzugeben ist daher eine der wichtigsten Maßnahmen bei Asthma.

3. **Notfallspray:** Bei akuten Asthma-Anfällen können zudem Bedarfsmedikamente eingesetzt werden. Sie erweitern die Atemwege und schaffen sofortige Abhilfe. Menschen mit Asthma sollten ihr Notfallspray daher stets griffbereit haben.

4. **Atemübungen:** Gezielte Atemübungen erleichtern das Atmen und helfen nicht nur im Akutfall, sondern können die Lunge auch langfristig stärken. Einfache effektive Übungen gibt es in diesem Video:

5. **Haushaltshygiene:** Eine weitere wichtige Maßnahme ist es, die eigenen vier Wände so allergenarm wie möglich zu halten. Mithilfe dieser praktischen Allergie-Checkliste lassen sich allergische wie auch nicht-allergische Trigger erkennen und vermeiden.

MAT-DE-25000454-1.0-02/2025, Foto: gettyimages / PK24

Tipps für den Arztbesuch

Foto: AdobeStock / Irina

Je mehr Sie über Ihre Erkrankung und deren Behandlung wissen, desto besser. Denn als aufgeklärte/r, mündige/r Patient/in können Sie mit Ihren betreuenden Ärztinnen und Ärzten besser über Ihre Therapie und Behandlung sprechen und diese aktiv mitgestalten.

Die folgenden Tipps möchten Ihnen helfen, sich auf Gespräche mit Ihren Ärzten oder anderen Therapeuten vorzubereiten und so die Gesprächszeit bestmöglich zu nutzen.

Hierfür empfehlen wir Ihnen auch unsere Formulare *„Meine Medikationsübersicht"* – dort können Sie Ihre Medikamente auflisten – sowie den *„Merkzettel für Ihr Gespräch bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt"*, wo Sie Ihre Fragen notieren und sich Notizen zum Arztgespräch machen können.

VOR DEM ARZTBESUCH: BEREITEN SIE SICH VOR

- *Notieren Sie sich Themen und Fragen*, die Sie besprechen möchten – beispielsweise auf unserem „Merkzettel für das Gespräch bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt". So stellen Sie sicher, dass Sie nichts Wichtiges vergessen, wobei auch scheinbar unwichtige Dinge wichtig sein können. Alle Informationen helfen Ihrem Arzt, Sie bestmöglich zu behandeln.
- Nehmen Sie Ihren *aktuellen Medikationsplan* oder unser Formular „Meine Behandlungsübersicht" mit. Denken Sie *auch an frei verkäufliche Produkte, Nahrungsergänzungsmittel, Tees* etc. Notieren Sie z. B. auch *Allergien, Unverträglichkeiten* und *Nebenwirkungen* von Arzneimitteln und informieren Sie Ihren Arzt darüber.
- Wenn Sie Ihre *Beschwerden* schildern: Notieren Sie sich, *wie* sich die Beschwerden äußern, *wann* diese genau angefangen haben, *was* Ihnen hilft etc.
- Bringen Sie Ihre *bisherigen Befunde* mit, z.B. Laborergebnisse, Röntgen-, Ultraschall- und MRT-Bilder, Entlassungsbriefe etc. Es kann sinnvoll sein, einen *Ordner* anzulegen, in dem Sie alle Unterlagen sammeln, und diesen zum Arztbesuch mitzunehmen.
- Denken Sie daran, Ihre *Krankenversicherungskarte*, aber auch *Gesundheitsausweise* wie Impf-, Allergie-, Röntgen- oder Patientenpass mitzunehmen.
- Wenn Sie möchten, nehmen Sie eine Vertrauensperson mit zum Arztgespräch. Ihre Begleitung kann Sie dabei unterstützen, die Ausführungen des Arztes zu verstehen und an alle wichtigen Punkte zu denken.

Während des Arztbesuchs: Erzählen – Zuhören – Nachfragen – Notizen machen

- Erläutern Sie den Grund Ihres Besuchs – nutzen Sie Ihre Notizen.

- *Lassen Sie sich* die vorgeschlagenen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden *erklären*.

  Bei besonderen Diagnose- oder Therapieformen:
  - Fragen Sie nach, ob die Krankenkasse die *Kosten* übernimmt oder ob Sie einen Antrag auf Kostenübernahme stellen müssen.
  - Wenn Sie selbst die Kosten übernehmen sollen: Informieren Sie sich, *warum* die Untersuchung *nicht von den Krankenkassen bezahlt* wird. Lassen Sie sich erklären, welchen *Nutzen* die Untersuchung/Behandlung Ihnen bietet.

- Bitten Sie Ihren Arzt um einen *Medikamentenplan*. Lassen Sie sich erklären, wie das Medikament wirkt, wie und wann es einzunehmen ist und was bei der Lagerung zu beachten ist. Fragen Sie Ihren Arzt nach Risiken und möglichen Wechselwirkungen des Medikaments.

- Lesen Sie *Aufklärungsbögen in Ruhe* durch. Fragen Sie gezielt nach Risiken und unterschreiben Sie erst, wenn Sie den Inhalt verstanden haben.

- Allgemein gilt: Hören Sie aufmerksam zu und fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstanden haben. Machen Sie sich Notizen.

- Es kann hilfreich sein, in eigenen Worten zusammenzufassen, was Sie verstanden haben – dabei merkt man schnell, wenn doch noch Unklarheiten bestehen.

Einige typische Satzanfänge, um das Verstandene in eigenen Worten zusammenzufassen:

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

Am Ende des Gesprächs

- Prüfen Sie anhand Ihrer *Notizen*, ob Sie alle Themen angesprochen haben und alle Fragen beantwortet sind.

- Wissen Sie jetzt genau, wie es weitergeht? Wissen Sie, was Sie selbst tun sollen? Gibt es Dinge, die Sie tun können, um die Behandlung zu unterstützen? Wann können Sie mit Ergebnissen von Untersuchungen rechnen?

- Kennen Sie alle *Vor- und Nachteile* der vorgeschlagenen Diagnostik oder Therapie? Falls nicht, fragen Sie nochmals nach. Oder bitten Sie um einen weiteren Termin zur Klärung von offenen Fragen.

- Wenn Sie mehr wissen möchten: Bitten Sie Ihren Arzt um *Informationsmaterial* oder Adressen für weitere Informationen.

- Bitten Sie gegebenenfalls um die *Befunde*, *z. B. Laborberichte*. Diese könnten Sie in ihrem Patientenordner abheften, wenn Sie einen führen.

Tipps nach dem Arztbesuch

- Achten Sie in der Apotheke mit darauf, dass Sie die richtigen Medikamente erhalten. Haben Sie Zweifel oder Fragen, sprechen Sie dies an.

- Halten Sie sich *genau an die Vorgaben* zur Einnahme der Medikamente und zur Anwendung der verschriebenen Hilfsmittel (z.B. Bandagen).

- Beobachten Sie sich selbst. Melden Sie sich in der Praxis, wenn Ihnen Veränderungen auffallen, eventuelle *Unverträglichkeiten* oder *Wechselwirkungen* mit anderen Medikamenten auftreten oder doch noch Fragen auftauchen.

- Wenn eine Untersuchung durchgeführt wurde und Sie das Ergebnis noch nicht erhalten habe, fragen Sie in der Praxis nach.

Quelle:
DeutschesGesundheitsPortal.de
vom 18.03.2025

MERKZETTEL

für das Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt

Damit Sie viel aus dem Gespräch mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt mitnehmen, empfehlen wir Ihnen, Ihre Beschwerden, aber auch Ihre Behandlungsziele sowie alle Ihre Fragen zu notieren. Wichtig für das Arztgespräch ist eine Liste der **Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel**, die sie derzeit verwenden. Über eventuelle **Allergien und Unverträglichkeiten** sollten Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt ebenfalls immer informieren.

Meine Beschwerden und/oder Behandlungsziele

Meine Fragen

Folgende Themen/Studien möchte ich besprechen

Welches Thema beschäftigt Sie? Was haben Sie z. B. in aktuellen Studien gelesen?

Notieren Sie die wichtigsten Punkte des Arztgesprächs

So bemerken Sie schnell, ob Sie alles richtig verstanden haben und ob Fragen unbeantwortet blieben

Meine Notizen zum Gespräch am _____:

DeutschesGesundheitsPortal.de

Alle Rechte © DeutschesGesundheitsPortal.de/HealthCom

MEINE MEDIKATIONSÜBERSICHT

Medikamente, die ich regelmäßig verwende
Hier sollten Sie auch Schmerzmittel, Hormone, Einschlafhilfen, Kortisonsalbe u. ä. notieren

Nahrungsergänzungsmittel und Vitamine, die ich regelmäßig oder gelegentlich nutze
z. B. Multivitamintabletten, Kalzium- und Vitamin D-Präparate, Probiotika

Pflanzliche oder homöopathische Mittel, die ich regelmäßig oder gelegentlich nutze:
z. B. pflanzliche Arzneimittel, aber auch Kräuter- bzw. Heiltees, homöopathische Präparate (Globuli), Schüssler-Salze

Das hat mir besonders gut getan
Dazu zählen neben Medikamenten auch Entspannung oder Bewegung

Das habe ich nicht gut vertragen
Haben Sie Nebenwirkungen, Allergien oder Unverträglichkeiten festgestellt?
Was möchten Sie lieber nicht weiter nutzen?

DeutschesGesundheitsPortal.de

Alle Rechte © DeutschesGesundheitsPortal.de/HealthCom

Häufig: Bluthochdruck, Brustschmerz und Herzklopfen bei Long-COVID

Foto: AdobeStock / Ljelena Stanojkovic

Eine Infektion mit dem neuen Coronavirus und die Erkrankung COVID-19 erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Probleme wie Bluthochdruck und Symptome wie Brustschmerz und Herzklopfen deutlich, zeigte ein umfassende Bewertung über 37 Studien mit fast 3 Millionen Teilnehmern.

Das neue Coronavirus SARS-CoV-2 und die Infektion mit COVID-19 stellen noch immer ein deutliches Problem für Gesundheit und Gesundheitsversorgung weltweit dar. COVID-19 kann zu Long-COVID-19 führen, also langanhaltenden gesundheitlichen Problemen, die nach Ende des akuten viralen Infekts bestehen bleiben oder erst auftreten können. Dies kann Probleme im Herz-Kreislauf-System verursachen. Wie häufig diese Krankheitsfolgen bei Long-COVID sind, untersuchte nun ein systematische weltweite Auswertung.

Wie häufig sind Herz-Kreislauf-Probleme bei Long-COVID?

Die systematische Auswertung weltweit gefundener Studien mit Veröffentlichungsdaten bis 17. März 2024 in den wichtigsten medizinischen Datenbanken fand häufig Herz-Kreislauf-Probleme nach einer COVID-19-Infektion. Die häufigsten Symptome waren dannach Bluthochdruck, Herzklopfen und Brustschmerz.

Insgesamt wurden die Daten von zusammen 2.965.467 Patienten ausgewertet. Die zusammengefassten Ergebnisse zeigten bei Long-COVID 4-mal häufiger Brustschmerzen bei Patienten mit Long-COVID, 3-mal häufiger Herzklopfen (Palpitation) und eine Erhöhte Rate von Bluthochdruck im Vergleich zu den Kontrollpatiernten ohne Long-COVID. Etwa jeder 5. Patient mit Long-COVID litt an diesen Herz-Kreislauf-Symptomen.

Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Symptomen bei Long-COVID

Die Rate für *Brustschmerz* betroffener Patienten lag bei 22 Prozent, für *Herzklopfen* bei 18 Prozent und für einen *Bluthochdruck* bei 19 Prozent. Berücksichtigt man die großen Unterschiede in Alter und Geschlecht, so muss man davon ausgehen, dass etwa *jeder sechste Patient* mit einer COVID-19-Infektion und anschliessendem *Long-COVID* unter *Herz-Kreislauf-Folgen* litt.

Eine Infektion mit dem neuen Coronavirus und die Erkrankung COVID-19 erhöht demnach das Risiko für Herz-Kreislauf-Probleme sehr deutlich. Eine optimale Behandlung und Möglichkeiten zur Vorbeugung muss in weiteren Untersuchungen noch geprüft werden.

Quelle: DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom vom 17.03.2025

Stellungnahme zum Vortrag des Chaos Computer Clubs zur elektronischen Patientenakte für Alle

Foto: AdobeStock / MQ-Illustrations

Die gematik dankt den Sicherheitsforscher:innen des Chaos Computer Clubs (CCC) für die Hinweise zur Sicherheit der neuen elektronischen Patientenakte (ePA für Alle) und nimmt diese entsprechend ernst.

Die vom CCC vorgestellten Angriffsszenarien auf die neue ePA wären technisch möglich gewesen, die praktische Durchführung in der Realität aber nicht sehr wahrscheinlich, da verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Dazu zählen zum Beispiel die illegale Beschaffung eines Institutionsausweises (SMC-B Karte), der dazugehörigen PIN, der Vertrag mit einem Zugangsdienst und eine technisch komplexe Manipulation. Unberechtigte Zugriffe auf die ePA sind strafbar und können nicht nur Geld-, sondern auch Freiheitsstrafen nach sich ziehen.

Die gematik steht im intensiven Austausch mit den zuständigen Sicherheitsbehörden wie dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI), hat bereits technische Lösungen zum Unterbinden der Angriffsszenarien konzipiert und ist mit deren Umsetzung gestartet. Für die ab 15. Januar gestartete Pilotphase bedeutet dies, dass zunächst nur die in den drei Modellregionen teilnehmenden Leistungserbringer auf die ePA der Versicherten zugreifen können. Die elektronischen Patientenakten aller Versicherten bundesweit sind somit gut geschützt.

Vor dem bundesweiten Rollout werden weitere technische Lösungen umgesetzt und abgeschlossen sein. Die zusätzlichen Sicherungsmaßnahmen sind bereits in Erarbeitung und haben folgende Ziele:

- Verhinderung, dass Ausweise der Telematikinfrastruktur missbräuchlich verwendet werden können.
- Schließung der Sicherheitslücke durch eine zusätzliche Verschlüsselung der Krankenversichertennummer.
- Sensibilisierung der Nutzerinnen und Nutzer der Telematikinfrastruktur im Umgang und Schutz der technischen Infrastruktur, Ausweisen und Karten.
- Ausweitung der Überwachungsmaßnahmen wie Monitoring und Anomalie-Erkennung.

Grundsätzlich gilt weiterhin: Die ePA für Alle wurde und wird mit höchsten und modernsten Sicherheitsstandards gebaut, welche die gematik zusammen mit den obersten Sicherheits- und Datenschutzbehörden wie dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) entwickelt und abstimmt. Zusätzlich schützt ein mehrstufiges Sicherheitskonzept die Telematik-infrastruktur (TI). Außerdem wird die Sicherheit der TI und aller Anwendungen fortlaufend geprüft - in enger Abstimmung mit den zuständigen Behörden und externen Expert:innen.

Quelle: Nach Pressemeldung der gematik GmbH vom 27.12.2024

Redaktionelle Anmerkung: Die gematik als bundeseigene GmbH wurde am 11.01.2005 gegründet. Nach Information hat sie nach nunmehr 20 Jahren mit Kosten von über 2 Milliarden Euro endlich die elektronische Patientenakte in drei deutschen Modellregionen testweise eingeführt.

Neue Leistungsbeträge der Pflegeversicherung

ab 1. Januar 2025

Foto: AdobeStock/Robert Kneschke

Gemäß § 30 Absatz 1 des Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) steigen die im Vierten Kapitel des SGB XI benann- ten, ab 1. Januar 2024 geltenden Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2025 um 4,5 Prozent. Gemäß § 39 Absatz 2, § 42 Absatz 2 und § 87a Absatz 4 SGB XI findet § 30 SGB XI auf die dort genannten Beträge jeweils entsprechende Anwendung. Auf Grundlage des § 30 Absatz 2 SGB XI gebe ich bekannt, dass ab dem 1. Januar 2025 somit gilt zu:

Pflegesachleistung

gemäß § 36 Absatz 3 SGB XI:
Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 796 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 497 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 859 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2 299 Euro.

Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

gemäß § 37 Absatz 1 Satz 3 SGB XI:
Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. 347 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 599 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 800 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 990 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

gemäß § 38a Absatz 1 Satz 1 SGB XI:
Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 224 Euro monatlich, wenn die Voraussetzungen hierfür gemäß § 38a vorliegen.

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

- gemäß § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB XI:
  Die Aufwendungen der Pflegekasse können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 685 Euro belaufen, wenn die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt wird als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.
- gemäß § 39 Absatz 2 Satz 1 SGB XI:
  Der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 kann um bis zu 843 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2 528 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.
- gemäß § 39 Absatz 2 Satz 3 SGB XI:
  Auf den in Satz 1 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 843 Euro findet § 30 Absatz 1 und 2 entsprechende Anwendung.

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

- gemäß § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI:
  Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 42 Euro nicht übersteigen.

- gemäß §40 Absatz 4 Satz 2 bis 4 SGB XI:
  Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4 180 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere

Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 4 180 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 16 720 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen

gemäß § 40b Absatz 1 SGB XI:
Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung, hat die pflegebedürftige Person An- spruch auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a sowie auf Leistungen für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 53 Euro im Monat.

Tagespflege und Nachtpflege

gemäß § 41 Absatz 2 Satz 2 SGB XI:
Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 einen Gesamtwert bis zu 721 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 einen Gesamtwert bis zu 1 357 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 einen Gesamtwert bis zu 1 685 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 einen Gesamtwert bis zu 2 085 Euro.

Kurzzeitpflege

- gemäß § 42 Absatz 2 Satz 2 SGB XI:
  Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 854 Euro im Kalenderjahr.
- gemäß § 42 Absatz 2 Satz 3 SGB XI:
  Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu 1 685 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu 3 539 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.
- gemäß § 42 Absatz 2 Satz 5 SGB XI:
  Auf den in Satz 3 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 1 685 Euro findet § 30 Absatz 1 und 2 entsprechende Anwendung.

Vollstationäre Pflege

- gemäß § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB XI:
  Der Anspruch beträgt je Kalendermonat
  1. 805 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
  2. 1 319 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
  3. 1 855 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
  4. 2 096 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.
- gemäß § 43 Absatz 3 SGB XI:
  Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 131 Euro monatlich.

Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

gemäß § 43a Satz 2 SGB XI:
Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 278 Euro nicht überschreiten.

Entlastungsbetrag

gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 SGB XI:
Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro monatlich.

Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

gemäß § 45e Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB XI:
Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2 613 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 452 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 SGB XI:
Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 3 085 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 ist.

Quelle: Bundesanzeiger, Bekanntmachung vom 12. Dezember 2024

Was sind funktionelle Bewegungsstörungen (FBS)

– haben sie etwas mit dem Tourette-Syndrom zu tun? Und warum haben so viele Menschen ein falsches Bild von Tourette?

Unter dem Titel „Ungleich Tourette: Wenn Social Media funktionelle Tics auslöst“ haben wir im Rahmen eines von der Techniker Krankenkasse Rheinland-Pfalz geförderten Projekts, gemeinsam mit Expert*innen aus Selbstvertretung, Selbsthilfe und Neurologie/Neuropsychiatrie in den vergangenen Monaten eine Info-Reportage produziert - Wir freuen uns, Ihnen den Film und das zugehörige Erklärvideo nun vorstellen zur können!

In der Reportage klären wir die Fragen: Was sind funktionelle Bewegungsstörungen? Was unterscheidet sie vom Tourette-Syndrom? Warum haben so viele Menschen ein falsches Bild von Tourette und was können wir dagegen tun?

Wir haben uns auf die Suche gemacht nach Expert*innen aus Selbsthilfe, Forschung und Kunst, die mit uns diese Fragen klären. Entstanden ist eine Info-Reportage, die erklärt, wie sich Funktionelle Bewegungsstörungen (FBS) vom Tourette-Syndrom unterscheiden, welche Falschinformationen zum Tourette-Syndrom in den Medien kursieren und warum die Unterscheidung zwischen FBS und Tourette für Betroffene beider Erkrankungen immens wichtig ist.

Anhand der Protagonistin Mia vollziehen wir im Animationsvideo nach, wie unter Einfluss von Social Media Konsum mit vermeintlichen Tourette-Inhalten, gepaart mit emotionalem Stress, eine funktionelle Bewegungsstörung entsteht. Welche Mechanismen dahinterstecken, was die Forschung dazu sagt, warum Aufklärungsarbeit so wichtig ist, und welche Behandlung bei FBS hilft, dazu liefern uns unsere Interviewpartner*innen mit und ohne Eigenbetroffenheit, wertvolle Einblicke.

Quelle:
Pressemitteilung Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen Rheinland-Pfalz e.V. vom 20.01.2025

Alle Infos zum Film sowie weitere Videos zu den Themen Selbsthilfe und Inklusion finden Sie auf dem YouTube-Kanal der LAG Selbsthilfe RLP „Studio Selbsthilfe“:
https://www.youtube.com/@studioselbsthilfe9173

Die Videos finden Sie unter den folgenden Links:

Langfilm:
https://youtu.be/Pod0fUCdmXg?si=kq8qIhwrwjd-uoTK

Animiertes Erklärvideo:
https://www.youtube.com/watch?v=7GAJjVap3Wk

Helfen Darmbakterien bald bei der Krebstherapie?

Eine halbe Million Menschen in Deutschland erkranken jedes Jahr an Krebs. Zur Behandlung kommen unterschiedliche Verfahren zum Einsatz: Chirurgische Entfernung von Tumoren, Strahlentherapie oder auch medikamentöse Therapien. Anlässlich des Weltkrebstages möchte die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) e.V. auf die Rolle der kleinsten Darmbewohner aufmerksam machen – denn sie können die Entstehung von Tumoren regulieren und eventuell bald auch die Tumortherapie positiv beeinflussen.

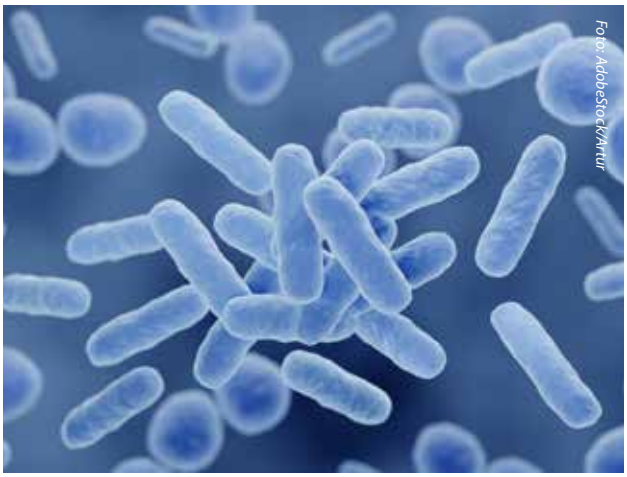


Foto: AdobeStock/Artur

Derzeit wird noch erforscht, welche Zusammenhänge es zwischen dem Darmmikrobiom und unterschiedlichen Krankheiten gibt. Gesichert ist jedoch, dass Bakterien und deren Stoffwechselprodukte, das Ansprechen auf eine Tumortherapie beeinflussen können. „Uns sind nur wenige Bakterien, Viren und Parasiten bekannt, die nachgewiesenermaßen Krebs verursachen können. Untersuchungen der letzten Jahre zeigten jedoch, dass eine Vielzahl von Tumorerkrankungen mit charakteristischen Mikrobiomveränderungen verbunden ist, die zumindest im Tiermodell auch aktiv die Krebsentwicklung beeinflussen können“, erklärt Professor Dr. med. Sebastian Zeißig, Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin A, der Universitätsmedizin Greifswald.

Warum wirken Tumortherapien nicht bei allen gleich?

Erhalten zwei Menschen mit der gleichen Krebserkrankung die gleiche Therapie, kann der Therapieerfolg dennoch ganz unterschiedlich ausfallen. Ein Einflussfaktor dabei kann auch das Darmmikrobiom sein. Der Angriffspunkt der Darmbakterien sind dabei die Checkpoints, also Proteine auf der Oberfläche von Immunzellen. Krebszellen binden oder blockieren diese oberflächlichen Proteine und werden damit unsichtbar für das körpereigene Immunsystem. Therapeutische Antikörper blockieren diese Immunhemmer und dem Immunsystem ist es wieder möglich den Tumor anzugreifen.

Darmbakterien als Schlüssel zur erfolgreichen Krebstherapie?

Aktuelle Studien zeigen, dass Bakterien und ihre Stoffwechselprodukte das Ansprechen auf eine sogenannte Checkpoint-Inhibitor Therapie regulieren können – sowohl im Positiven wie im Negativen. Diese Prozesse können möglicherweise auch therapeutisch genutzt werden. „Die Übertragung von Darmbakterien durch eine Stuhltransplantation kann das Immunsystem beeinflussen. Im Tiermodell konnte nachgewiesen werden, dass Darmbakterien von Patient*innen, die gut auf eine Checkpoint-Inhibitor Therapie ansprachen, in Tieren die Wirkung dieser Krebstherapie verbessern konnten. Bei schwarzem Hautkrebs gibt es dazu bereits erste klinische Studien im Menschen, die erfolgsversprechend sind“, erklärt Zeißig weiter.

Darmmikrobiota

Die Darmmikrobiota oder kurz auch Mikrobiota, setzt sich aus Millionen von Pilzen, Viren und Bakterien zusammen. Darmmikrobiota ist nicht gleich Darmmikrobiota: Bislang konnten im menschlichen Verdauungstrakt ungefähr 2000 verschiedene Bakterienarten identifiziert werden. Ungefähr 200 von ihnen kommen bei jedem Menschen vor – allerdings in unterschiedlich großen Anteilen. Die übrigen kommen bei manchen Menschen vor und bei anderen nicht. Einflussfaktoren sind die Gene, Ernährung, noch unbekannte Umweltfaktoren, aber auch Medikamente. Bei den allermeisten dieser Darmbewohner ist noch nicht genau bekannt, welchen Einfluss Sie auf den Darm selbst, aber auch auf andere Organe wie beispielsweise sogar das Hirn haben. Bekannt ist, dass sie eine wichtige Rolle beim Immunsystem und Allergien spielen. Sie werden aber auch mit Erkrankungen wie Adipositas, Diabetes Depressionen und Demenz in Verbindung gebracht – hier sind die Wirkmechanismen aber noch unklar.

Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) e.V. vom 30.01.2025

Nach Verboten in Frankreich und Belgien:

Lungenärzte fordern Verkaufsstopp für Einweg-E-Zigaretten auch in Deutschland

Foto: AdobeStock / YarikL

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) fordert ein schnellstmögliches Verbot von Einweg-E-Zigaretten! „Die neue Bundesregierung darf keine Zeit verlieren und sollte nach der Wahl sofort handeln, um eine neue Generation von Nikotinabhängigen zu verhindern", erklärt Professor Wolfram Windisch, Präsident der DGP und Chefarzt der Lungenklinik an den Kliniken der Stadt Köln. „Einweg-E-Zigaretten stellen eine ernsthafte Bedrohung für die öffentliche Gesundheit dar, insbesondere für Jugendliche und junge Erwachsene." Deutschland dürfe in diesem Punkt anderen Ländern nicht weiter hinterherhinken. In der vergangenen Woche hat der französische Senat das Verbot von Einweg-E-Zigaretten verabschiedet, schon zuvor ist Belgien diesen Schritt gegangen.

Im Kindes- und Jugendalter ist die Nutzung der E-Zigaretten in den vergangenen Jahren sprunghaft angestiegen. „Mittlerweile ist die E-Zigarette bei Kindern und Jugendlichen das am häufigsten konsumierte nikotinhaltige Produkt, noch vor der Tabakzigarette und der Wasserpfeife", sagt Professor Reiner Hanewinkel, Leiter des Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung in Kiel, kurz IFT-Nord. Das Institut hat ermittelt: 2024 hatte jedes achte Kind im Alter von 9 bis 13 Jahren schon einmal E-Zigaretten probiert, insgesamt 12,8 Prozent. Unter den 14- bis 17-Jährigen waren es mehr als jeder Dritte – genauer gesagt 37,5 Prozent. Die Zahl der erwachsenen E-Zigaretten-Nutzenden in Deutschland lag zuletzt geschätzt bei mehr als zwei Millionen. „Die Vielzahl der auf dem Markt angebotenen Aromastoffe für E-Zigaretten spricht natürlich besonders Jugendliche an und trägt dazu bei, dass das Suchtpotenzial bei dieser Zielgruppe deutlich erhöht wird", so Hanewinkel.

Nikotinprävention: „Deutschland darf nicht das Schlusslicht Europas sein"

„Die Gesundheit unserer Bevölkerung, insbesondere der jungen Generation, muss oberste Priorität haben. Ein Verbot von Einweg-E-Zigaretten ist ein notwendiger Schritt, um die öffentliche Gesundheit zu schützen und die Nikotinabhängigkeit einzudämmen", erklärt Lungenarzt Wolfram Windisch. Derzeit sieht eine EU-Batterie-Verordnung vor, dass Einweg-E-Zigaretten bis Ende 2026 in der gesamten Europäischen Union vom Markt genommen werden müssen. „Doch die Gesundheit orientiert sich nicht an den Fristen

einer politischen Verordnung. Es muss jetzt gehandelt werden – Deutschland darf beim Thema Nikotin- und Tabakprävention nicht länger das Schlusslicht Europas sein“, sagt Windisch.

Von Abhängigkeit bis Krebserkrankung: Risiken für Anwender von Einweg-E-Zigaretten

Einmal mehr weist die DGP auf eine Reihe von gesundheitlichen Risiken hin, die durch das Dampfen von Einweg-E-Zigaretten auftreten können:

- *Nikotinabhängigkeit:* Das in den meisten E-Zigaretten enthaltene Nikotin kann eine rasche Nikotinabhängigkeit entstehen lassen - ähnlich dem Rauchen von Tabakzigaretten.
- Nikotin kann die *Hirnentwicklung* negativ beeinflussen, was umso schlimmer ist, je jünger die E-Zigaretten-Konsumierenden sind.
- *Schäden durch Aromen:* Aromastoffe erleichtern den Inhalationsvorgang, suggerieren eine Harmlosigkeit, fördern damit die Nikotinabhängigkeit und sind ihrerseits gesundheitsschädlich.
- *Erhöhtes Krebsrisiko:* Beim Erhitzen der Liquids entstehen krebserregende Stoffe wie Formaldehyd, Acetaldehyd und Acrolein.
- *Atemwegserkrankungen:* Das Aerosol von E-Zigaretten kann Atemwegserkrankungen auslösen.
- *Herz-Kreislauf-Schäden:* Die Inhalation kann das Herz-Kreislauf-System schädigen.
- *Einstieg in den Tabakkonsum:* Studien zeigen, dass junge E-Zigaretten-Konsumenten ein bis zu dreimal höheres Risiko haben, später auf Tabakzigaretten umzusteigen.

Fotos: DGP - Mike Auerbach und Arian Henning

Professor Wolfram Windisch (links) und Professor Reiner Hanewinkel

- *Schädigung durch Schwermetalle:* Im Aerosol wurden Metalle wie Nickel, Chrom und Blei nachgewiesen.

DGP-Präsident Windisch unterstreicht: „Auch wer grundsätzlich vom Rauchen loskommen will, sollte nicht erst noch auf eine fruchtig schmeckende E-Zigarette umsteigen. Die Gefahr, weiterhin nikotinabhängig zu bleiben oder schlussendlich sogar Tabak- sowie E-Zigaretten zu nutzen, ist einfach zu groß. Dieser sogenannte ‚Dual Use‘ ist noch schädlicher als Rauchen oder Dampfen allein. Vielmehr gibt es mittlerweile genügend evidenzbasierte Therapien ohne toxisches Inhalieren, damit der Rauchstopp gelingt.“

Quelle:
Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. vom 04.03.2025

Anzeige

KURZ & KNAPP: FAKTENBLÄTTER ZUM IMPFEN

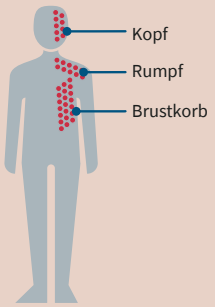
Herpes-zoster-Impfung

(mit dem Totimpfstoff)

Wovor schützt die Impfung?

Herpes zoster und PHN

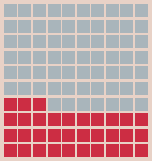
- Hautausschlag mit Bläschen
- brennende, meist halbseitige Schmerzen in den Hautarealen, die zu den betroffenen Nerven gehören
- nach Abheilen des Ausschlags kann als Komplikation eine PHN entstehen



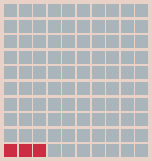
Schutzwirkung der Impfung

gesunde Personen | erkrankte Personen

Ohne Impfung erkranken 33 von 100 Erwachsenen im Laufe ihres Lebens an Herpes zoster.



Mit Impfung erkranken 3 von 100 Erwachsenen im Laufe ihres Lebens an Herpes zoster.

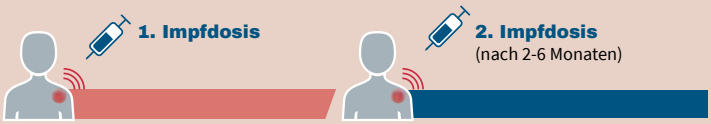


Wie beeinflusst die Impfung den Krankheitsverlauf?

Infektion mit Varicella-zoster-Virus (Windpocken). Das Virus verbleibt lebenslang in den Nervenganglien.

Wie wird der Impfschutz sichergestellt?

kein Schutz gewährleistet | Schutz gewährleistet

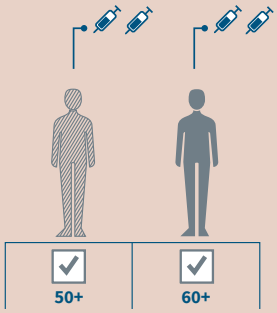


lokale und systemische Impfreaktionen meist innerhalb der ersten 1-2 Tage

Herpes zoster/ Gürtelrose (HZ)

- **Virusreaktivierung nach meist lang zurückliegender Varizellen- Erkrankung (Windpocken)**
- Risiko steigt ab dem Alter von 50 Jahren
- erhebliche Einschränkung der Lebensqualität und schwere Krankheitsverläufe möglich
- häufigste Komplikation: **postherpetische Neuralgie (PHN)** bei 12-20% der Erkrankten
- Schutz vor PHN erfolgt durch Verhinderung des Herpes zoster

Für wen ist die Impfung empfohlen?



chronisch kranke Personen mit erhöhtem Herpes-zoster-Risiko

gesunde Personen

Anzahl notwendiger Impfdosen (im Abstand von 2 bis 6 Monaten)

ROBERT KOCH INSTITUT

KURZ & KNAPP: FAKTENBLÄTTER ZUM IMPFEN

Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Herpes-zoster-Impfung

Wie sicher ist die Impfung?

In den Zulassungsstudien gab es **keinen Hinweis auf anhaltende oder die Gesundheit beeinträchtigende Nebenwirkungen**. Es bestand insbesondere kein Zusammenhang mit Autoimmunerkrankungen. Allerdings ist der Herpes-zoster-Totimpfstoff sehr reaktogen. Lokale Reaktionen (Schmerzen an der Injektionsstelle, Rötung und Schwellung) sowie systemische Reaktionen (Fieber, Müdigkeit, Myalgie und Kopfschmerzen), die die gewöhnlichen alltäglichen Aktivitäten einschränken, treten etwa bei 1 von 10 geimpften Personen auf. Die Impfreaktionen sind jedoch von kurzer Dauer und halten in der Regel 1 bis 2 Tage an.

Kann der Herpes-zoster-subunit-Totimpfstoff zur Impfung von Personen verwendet werden, die aktuell immunsuppressiv behandelt werden?

Die Immunsuppression ist laut Fachinformation keine Kontraindikation für die Impfung mit dem Herpes-zoster-Totimpfstoff. Während einer immunsuppressiven Therapie sollte dann geimpft werden, wenn die Erkrankung stabil ist und die Therapie, sofern planbar, so gering immunsuppressiv wie möglich ist. Während die Wirksamkeit unter immunsuppressiver Therapie eingeschränkt sein kann, gibt es keine Bedenken in Bezug auf die Impfstoffsicherheit

Ist eine Therapie mit ausgeprägterem immunsuppressivem Effekt geplant, sollte die Herpes-zoster-Impfung möglichst mindestens 2, besser 4 Wochen vor Beginn der Therapie abgeschlossen sein, um einen optimalen Impferfolg zu erzielen.

Können Personen, die an Herpes zoster erkrankt waren, eine Impfung mit dem Herpes-zoster-Totimpfstoff bekommen?

Ja, eine Person kann eine Herpes-zoster-Impfung mit dem Totimpfstoff bekommen, **auch wenn sie in der Vergangenheit bereits an Herpes zoster erkrankt war**. Ein Herpes zoster tritt in der Regel nur einmal auf, aber eine zweite bzw. eine dritte Episode sind gelegentlich möglich. Bei einer akuten Herpes-zoster-Erkrankung sollte die Impfung verschoben werden, bis die akute Erkrankung vorüber ist und die Symptome abgeklungen sind.

Wer soll nicht mit dem Totimpfstoff geimpft werden?

Die Impfung mit dem Totimpfstoff ist kontraindiziert, wenn eine Überempfindlichkeit gegen einen der im Impfstoff enthaltenden Wirkstoffe besteht oder wenn eine allergische Reaktion nach Verabreichung der 1. Impfstoffdosis aufgetreten ist. Wie bei allen Impfungen sollte die Impfung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden, wenn Personen an einer akuten, schweren, mit Fieber einhergehenden Erkrankung leiden. Die Impfung sollte jedoch nicht wegen eines leichten Infekts verschoben werden. Es liegen keine Daten zur Verabreichung des Herpes-zoster-Totimpfstoffs bei schwangeren Frauen vor. Laut Fachinformationen sollte eine Anwendung aus Vorsichtsgründen während der Schwangerschaft vermieden werden.

Was ist bei der Durchführung der Impfung zu beachten?

Aktuell kann man davon ausgehen, dass Personen im Alter über 50 Jahren in ihrer Vergangenheit bereits an Windpocken erkrankt waren. Eine serologische Vortestung zur Sicherung einer positiven Varicella-zoster-Virus-Serologie ist somit nicht notwendig. Negative Folgen sind nach Impfung mit dem HZ-Totimpfstoff bei unbekannter Windpockenanamnese bisher nicht bekannt.

Gut zu wissen

Der HZ-Totimpfstoff ist für die Impfung von Personen ab 50 Jahre (bei erhöhtem Risiko für einen HZ: ab 18 Jahre) zum Schutz vor Herpes zoster und PHN zugelassen, nicht jedoch zum Schutz vor Varizellen- (Windpocken) oder vor Herpes-simplex-Infektionen.

Die Koadministration mit verschiedenen Impfstoffen ist möglich (s. Fachinformation).

Der Impfstoff ist sehr reaktogen. Auch wenn die Reaktionen auf die erste Impfstoffdosis als „schwer“ erlebt wurden, sollten Patientinnen und Patienten ermutigt werden, auch die zweite Impfstoffdosis zu erhalten, um einen wirksamen Impfschutz zu gewährleisten. Siehe auch den Abschnitt „Wie wird der Impfschutz sichergestellt?".

Impfschema

- Impfstoff zugelassen ab 50 Jahre (bei erhöhtem Risiko für einen HZ: ab 18 Jahre): 2 Dosen Shingrix intramuskulär. Laut Fachinformation des Herstellers ist eine subkutane Injektion nicht zugelassen.
- Beträgt der Abstand zwischen der 1. und der 2. Impfung mehr als 6 Monate, soll die 2. Impfung schnellstmöglich verabreicht werden. Eine verspätete Impfung kann dazu führen, dass der Impftiter nach Beendigung der Impfserie niedriger ausfällt und die Schutzdauer verringert ist.
- Beträgt der Abstand zwischen der 1. und der 2. Impfung weniger als 2 Monate, konnte kein wirksamer Immunschutz aufgebaut werden. Es sollte eine erneute Impfung 2 bis 6 Monate nach der letzten Impfung erfolgen.
- Unter Immunsuppression gelten ggf. andere Impfabstände.

Auffrischung der Impfung

Derzeit ist unklar, ob eine Auffrischimpfung notwendig ist.

Public-Health-Perspektive

Selbst bei einer nur mäßigen Impfquote (35%) können nach mathematischen Modellberechnungen durch die Herpes-zoster-Impfung von Personen über 60 Jahren 8% der HZ- und 9% der PHN-Erkrankungen pro Jahr in Deutschland verhindert werden.

Die vorliegende Darstellung zur Herpes-zoster-Impfung soll Ärztinnen und Ärzten als Kurzinformation dienen und im Gespräch mit Patientinnen und Patienten oder Sorgeberechtigten unterstützen. **Für das Aufklärungsgespräch ist zu beachten, dass die Fachinformationen des jeweiligen Impfstoffs maßgeblich sind.**

Weitere Informationen zur Herpes zoster-Impfung unter: www.rki.de/zoster-impfung

Stand: November 2024 | Gestaltung: www.planet-neun.de

ROBERT KOCH INSTITUT

Warum besonders Menschen mit Diabetes auf ihre Nieren achten sollten

Besonders heimtückisch ist, dass erste Nierenschäden meist keine spürbaren Beschwerden verursachen. Viele Betroffene bemerken die Nierenschädigung erst, wenn sie bereits fortgeschritten ist und andere Auswirkungen verursacht. „Bei eingeschränkter Nierenfunktion steigen auch die Risiken für Bluthochdruck, Herzinfarkt und Schlaganfall. Daher ist eine frühzeitige Diagnose entscheidend, um das Fortschreiten der Erkrankung zumindest zu verlangsamen und weitere Folgeerkrankungen zu vermeiden", betont Sebastian Bittner, Teamleiter der Diabetesberatung an der m&i-Fachklinik Bad Heilbrunn in Oberbayern.

7 Tipps für gesunde Nieren

Jeder kann aktiv etwas tun, um seine Nieren gesund zu halten. Die folgenden Maßnahmen helfen Menschen mit Diabetes, aber auch stoffwechselgesunden Menschen, ihre Nierenfunktion zu erhalten oder sogar zu verbessern:

1. **Wenig Salz, mehr Pflanzenkost**
   Eine salzarme Ernährung (maximal 5 g pro Tag) hilft, den Blutdruck zu senken. Eine mediterrane Ernährung mit viel Gemüse, Hülsenfrüchten und gesunden Fetten kann die Nierenfunktion unterstützen.
2. **Bewegung in den Alltag integrieren**
   Mindestens 150 Minuten zumindest mäßiger Bewegung pro Woche – zum Beispiel Spaziergänge, Radfahren oder Schwimmen – wirken sich positiv auf den Stoffwechsel und die Nierenfunktion aus.
3. **(Passiv-)Rauchfrei leben**
   „Rauchen verdoppelt das Risiko, dass sich eine Nierenschädigung verschlimmert", warnt Bittner. „Wer auf Zigaretten verzichtet bzw. in einem rauchfreien Umfeld lebt, tut seiner Gesundheit und seinen Nieren einen großen Gefallen."
4. **Körpergewicht reduzieren**
   Zu viel Körperfett begünstigt Entzündungsreaktionen im Körper und einen erhöhten Blutdruck. Beide belastet die Nieren.

Bei Menschen mit Diabetes sind folgende vorbeugende Maßnahmen wichtig:

5. **Regelmäßige Nieren-Checks**
   Mindestens einmal im Jahr Nierenwerte überprüfen lassen. Der Urin-Albumin-Kreatinin-Quotient (UACR) und die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) sind entscheidende Werte zur Früherkennung.
6. **Blutzucker und Blutdruck gut einstellen**
   „Ein stabiler Blutzuckerspiegel entlastet die Nieren.
   - ein zu hoher Blutdruck schädigt sie. Wer seine Werte im empfohlenen Bereich hält, kann das Fortschreiten einer Nierenschädigung bremsen", betont Bittner.
   - Ein dauerhaft erhöhter Blutzucker (HbA1c über 7,5 Prozent) verdoppelt das Risiko einer Nierenschädigung.
   - Ein systolischer Blutdruck dauerhaft über 140 mmHg erhöht zudem das Risiko für eine Nierenerkrankung um 30 Prozent.
7. **Medikamente richtig anwenden**
   Bestimmte Medikamente können die Nieren schützen. Dazu gehören die blutdrucksenkenden Medikamente wie ACE-Hemmer und AT1-Blocker) „Die richtige Therapie sollte mit dem behandelnden Arzt oder der Ärztin individuell abgestimmt werden", so Bittner.

Diabetesberatung: Ein wichtiger Begleiter für die Nierengesundheit

Viele dieser Maßnahmen lassen sich für Menschen mit Diabetes einfacher umsetzen, wenn Betroffene gezielt unterstützt werden. „In der Diabetesberatung erhalten sie praktische Tipps für den Alltag. Sie lernen, ihre Blutzuckerwerte zu stabilisieren, sich nierenschonend zu ernähren und Warnsignale frühzeitig zu erkennen", erklärt Bittner. Die speziell ausgebildeten Diabetesberaterinnen und Diabetesberater sind daher eine wichtige Anlaufstelle, um die eigene Gesundheit aktiv zu erhalten oder sogar zu verbessern.

Quelle: Pressemitteilung der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e. V. (VDBD) vom 05.03.2025

Literatur:

Ludwig Merker, Thomas Ebert, Martina Guthoff, Update Diabetes und Niere, Gesundheitsbericht Diabetes 2025

Dessertmagen entsteht im Gehirn

Nervenzellen, die uns signalisieren, dass wir satt sind, machen auch Lust auf Süßes

Foto: AdobeStock/_beats

Wer kennt das nicht? Ein gutes Essen ist vorbei, man ist satt, aber die Lust auf Süßes bleibt. Forschende vom Max-Planck-Institut für Stoffwechselforschung haben nun entdeckt, dass das, was wir den „Dessertmagen" nennen, im Gehirn verankert ist.

Dieselben Nervenzellen, die uns nach einer Mahlzeit ein Sättigungsgefühl geben, sorgen auch dafür, dass wir noch Lust auf Süßigkeiten haben. Der „Dessert-Magen-Signalweg" wird bei Mäusen und Menschen schon bei bloßer Wahrnehmung durch die Ausschüttung eines körpereigenen Opiats aktiviert. Dies ist entwicklungsgeschichtlich sinnvoll, da Zucker schnell Energie liefert. Eine Blockade von Opiatrezeptoren könnte Therapien gegen Übergewicht ergänzen.

Um die Ursache des „Dessertmagens" zu finden, untersuchten die Forschenden die Reaktion von Mäusen auf Zucker und stellten fest, dass Tiere, die völlig gesättigt waren, trotzdem noch Desserts fressen. Untersuchungen des Gehirns zeigten, dass eine Gruppe von Nervenzellen dafür verantwortlich ist. Diese Neuronen werden aktiv, sobald der Körper Nahrung aufgenommen hat. Sie unterdrücken dann den Appetit.

Wenn Mäuse satt sind und Süßes fressen, schütten diese Nervenzellen nicht nur Botenstoffe aus, die dem Körper Sättigung signalisieren, sondern auch das körpereigene Opiat Beta-Endorphin. Dieses wirkt auf andere Nervenzellen mit Opiatrezeptoren und löst ein Belohnungsgefühl aus, das die Mäuse dazu veranlasst, noch mehr Zucker aufzunehmen. Dieser Schaltkreis wird immer dann aktiviert, wenn die Mäuse Zucker fressen, nicht aber wenn sie normales oder fetthaltiges Futter zu sich nehmen. Blockierten die Forschenden diesen Weg, verzichteten die Mäuse auf zusätzlichen Zucker. Dieser Effekt konnte nur bei satten Tieren beobachtet werden. Bei hungrigen Mäusen zeigte die Hemmung dieser Endorphin-Freisetzung keine Wirkung. Interessanterweise wurde dieser Mechanismus bereits aktiviert, wenn die Mäuse den Zucker nur wahrnahmen, ohne ihn zu fressen. Außerdem wurde das Opiat auch in der „Dessertmagen-Region" im Gehirn von Mäusen freigesetzt, die nie zuvor Zucker gefressen hatten. Sobald die erste Zuckerlösung ins Maul der Mäuse gelangte, wurde der Schaltkreis aktiviert und durch weitere Zuckergaben deutlich verstärkt.

Diesselbe Reaktion im menschlichen Gehirn

Die Wissenschaftler untersuchten mit Hirnscans bei Versuchspersonen, die über einen Schlauch eine Zuckerlösung zu sich nehmen konnten. Sie beobachteten, dass beim Menschen die gleiche Hirnregion ebenso auf den Zucker reagierte. In dieser Region befinden sich, wie auch bei Mäusen, viele Opiatrezeptoren in der Nähe von Sättigungsneuronen. „Aus entwicklungsgeschichtlicher Sicht ist das sinnvoll: Zucker ist in der Natur selten, liefert aber schnell Energie. Das Gehirn ist daher so programmiert, dass es die Aufnahme von Zucker immer dann fordert, sobald er verfügbar ist", erklärt Henning Fenselau, vom Max-Planck-Institut für Stoffwechselforschung in München und Leiter der Studie.

Die Ergebnisse der Forschungsgruppe könnten auch zur Behandlung von Übergewicht von Bedeutung sein. „Es gibt bereits Medikamente, die die Opiatrezeptoren im Gehirn blockieren, aber mit ihnen erzielbare Gewichtsverlust ist geringer als mit den sogenannten "Diät-Spritzen". Wir glauben, dass eine Kombination mit ihnen oder auch mit anderen Therapien, sinnvoll sein könnte. Dies muss aber noch in weiteren Untersuchungen abgeklärt werden", sagt Fenselau.

Quelle:
Pressemeldung des Max-Planck-Institutes für Stoffwechselforschung, München vom 13.02.2025

Künstliche Intelligenz erkennt Herzalterung im EKG und warnt frühzeitig vor Herz-Kreislauf-Risiken

Foto: AdobeStock/Robert Kzenon

Ein interdisziplinäres Forschungsteam des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK) hat erstmals in einer langfristigen Bevölkerungsstudie nachgewiesen, dass künstliche Intelligenz (KI) das biologische Altern des Herzens anhand von EKG-Daten erfassen und mit einem eventuell erhöhten Herz-Kreislauf-Risiko in Verbindung bringen kann. Die Ergebnisse der Studie wurden in der Fachzeitschrift npj Digital Medicine veröffentlicht.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören zu den häufigsten Todesursachen weltweit. Während klassische Risikofaktoren wie Bluthochdruck oder Diabetes gut untersucht sind, bietet das biologische Alter des Herzens eine neue Perspektive für die Früherkennung von Gesundheitsrisiken. In dieser Studie wurde ein KI-gestütztes Modell geprüft, das das „EKG-Alter“ eines Menschen schätzt und so mögliche Abweichungen vom Lebensalter feststellt.

Diese Auswertung basiert auf Daten einer deutschen Bevölkerungsstudie mit über 20 Jahren Nachbeobachtung. Das KI-Modell wurde ursprünglich auf brasilianische EKG-Daten trainiert und nun erfolgreich auf eine europäische Bevölkerung angewendet. Dabei konnte eine deutliche Übereinstimmung zwischen vorhergesagtem und tatsächlichem biologischen Alter des Herzens festgestellt werden.

Höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erkennbar

Die Studie zeigt, dass Menschen, deren "EKG-Alter" ihr Lebensalter um mehr als acht Jahre übersteigt, ein deutlich höheres Risiko für Herzrhythmusstörungen, Herzversagen (Herzinsuffizienz) und eine erhöhte Sterblichkeit aufweisen. Durch den Vergleich von EKGs aus mehreren Jahren konnte zudem die Vorhersagegenauigkeit weiter gesteigert werden.

Das Sterblichkeitsrisiko stieg, wenn nicht nur ein einzelnes EKG, sondern mehrere über einen längeren Zeitraum hinweg erfasst wurden, deutlich. Dies belegt, dass entsprechende Veränderungen im EKG über einen längeren Zeitraum eine Vorhersage über ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko ermöglichen.

Möglichkeiten für eine individualisierte Vorbeugung

Die Ergebnisse unterstreichen die Aussagekraft von KI-gestützten Analysen zur frühzeitigen Erkennung von Patienten mit einem erhöhten Herz-Kreislauf-Risiko. Langfristig könnte diese Methode in routinemäßige Gesundheitschecks integriert werden, um so gefährdete Menschen frühzeitig zu finden und entsprechende vorbeugende Maßnahmen einzuleiten.

„Unsere Studie zeigt, dass künstliche Intelligenz in der Lage ist, kleine Veränderungen im EKG zu erkennen, die auf eine beschleunigte Herzalterung hinweisen. Dies könnte neue Möglichkeiten für eine individualiserte Medizin ermöglichen und dazu beizutragen, entstehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen frühzeitig vorzubeugen", erklärt Erstautor Philip Hempel, Mitarbeiter von der Arbeitsgruppe „Biosignalverarbeitung" im Institut für Medizinische Informatik der Universitätsmedizin Göttingen.

„Einen besonderen Schwerpunkt haben wir dabei auf die Verständlichkeit der KI-Systeme gelegt. Durch die Einbeziehung klassischer EKG-Werte in unsere Auswertung kombinieren wir KI-Systeme mit der bisherigen gesicherten Diagnostik. Auf diese Weise können Ärzte nicht nur von den zusätzlichen Befunden profitieren, sondern auch nachvollziehen, welche spezifischen Merkmale – sei es aus den Daten oder den klassischen Befunden – zu einer bestimmten Diagnose geführt haben. Dies fördert das Vertrauen in neue Technologien und unterstützt eine fundierte, individualisierte Patientenversorgung", so Hempel.

Die Studie wurde unter der Leitung der Universitätsmedizin Göttingen in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK) durchgeführt. Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Standorten in Deutschland sowie die Unterstützung von internationalen Partnern in Schweden und Brasilien war dabei ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Die Untersuchung basiert auf den Daten einer umfassenden Langzeituntersuchung der Bevölkerung in Norddeutschland.

Quelle:
Pressemitteilung des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung e.V. vom 17.02.2025

Husten - Das Wichtigste in Kürze

Foto: AdobeStock / ashtproductions

Husten ist ein natürlicher Schutzreflex, mit dem der Körper Sekrete (z.B. Schleim), Fremdkörper und Reizstoffe aus den Atemwegen hinausbefördert. Damit erfüllt er eine lebenswichtige Funktion. Husten kann aber auch ein Symptom einer chronischen Lungenerkrankung sein.

Arten von Husten

Das wichtigste Merkmal von Husten ist seine *Dauer*:

1. *Akuter Husten:* Dauer weniger als 3 Wochen, geht in den meisten Fällen auf einen Atemwegsinfekt durch Viren zurück.
2. *Subakuter Husten:* Dauer 3 bis 8 Wochen, nach akuter Erkrankung bleibt manchmal über Wochen ein Reizhusten (postinfektiöser Husten). Ursache ist eine vorübergehende Überempfindlichkeit der Hustenrezeptoren.
3. *Chronischer Husten:* Dauer mehr als 8 Wochen, Auslöser können chronische Lungenerkrankungen sein, aber auch Ursachen außerhalb der Atemwege wie chronische Entzündungen von Rachen und Nasennebenhöhlen oder dem Rückfluss von Magensäure in die Speiseröhre (gastroösophagealer Reflux).

Wann ist Husten gefährlich?

Wichtige *Warnzeichen* für eine ernste Ursache bei akutem und subakutem Husten sind:

- Atemnot
- Röchelnde und pfeifende Atemgeräusche
- Blau gefärbte Haut oder Schleimhäute (Zyanose)
- Herzrasen (Tachykardie)
- Blutiger oder schaumiger Auswurf

Wann zum Arzt mit Husten?

Hält ein Husten bereits *länger als drei Wochen* an, wird zunehmend stark oder quälend, ist ein Besuch in der hausärztlichen Praxis empfehlenswert.

Suchen Sie bei diesen Anzeichen schnellstmöglich ärztliche Hilfe. Wählen Sie im Zweifelsfall den Notruf (in Deutschland: 112).

Das gilt auch bei *Warnzeichen* wie

- Auswurf mit Blut (rosa, rötlich oder bräunlich),
- hohem Fieber,
- Atemnot oder
- röchelnden und pfeifenden Atemgeräuschen.

Bei Babys, Kleinkindern, Senior:innen oder Pflegebedürftigen ist es ratsam, einen ungewöhnlichen oder hartnäckigen Husten frühzeitig abklären zu lassen.

Behandlung

Erkrankte mit Husten bei einem akuten Infekt können ihre Symptome zu Hause behandeln und sich schonen, bis die Symptome abgeklungen sind.

Bei chronischem Husten infolge von chronischen Lungenkrankheiten ist meist eine Kombination aus Änderungen im Lebensstil, nicht-medikamentösen Maßnahmen und einer individuell passenden Bedarfs- und Dauermedikation notwendig.

Hausmittel gegen Husten

Hausmittel können akuten Husten lindern und den Heilungsprozess unterstützen, zum Beispiel:

- **Trinken:** Reichlich Flüssigkeit hilft, den Schleim in den Atemwegen zu verflüssigen. Neben Wasser eignen sich warme Getränke wie Tee. Bestimmte Kräutertees (etwa mit Thymian oder Efeu) wirken krampflösend und können den Hustenreiz lindern.
- **Inhalieren:** Warmer Wasserdampf befeuchtet die gereizten Atemwege. Dampfbäder und Inhalationen mit Kochsalzlösung oder Zusätzen wie Kamille oder Eukalyptus gelten als beruhigend oder schleimlösend.
- **Warme Brustwickel:** Wärme auf der Brust kann die verkrampften Bronchien entspannen und mit bestimmten Zusätzen auch schleimlösend wirken - zum Beispiel in Form von Kartoffel-, Quark- oder Ingwerwickeln oder wärmenden Salben.

Medikamente

Wenn Hausmittel nicht ausreichend helfen, gibt es eine Reihe von Arzneimitteln. Sie wirken in der Regel entweder

- *schleimlösend*, um das Abhusten zu erleichtern, oder
- *hustenstillend*, indem sie den Hustenreiz unterdrücken.

Quelle:
Krüger, K. et al. S3-Leitlinie Akuter und chronischer Husten der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (Stand: 01/2022)

Weitere Informationen:
https://www.lungeninformationsdienst.de/aktuelles/schwerpunktthemen/husten | Fachliche Beratung: Prof. Dr. Jürgen Behr, Klinikum der Universität München, © 2024, 1. Auflage

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

Warum Medikamente nicht ins Bad oder in die Küche gehören

Foto: AdobeStock/ Lazy_Bear

Der Frühling hat begonnen und viele Menschen nutzen dies zum "Frühjahrputz" oder anders zu dekorieren. Im selben Schwung lässt sich auch ein Check der Hausapotheke vornehmen. Dr. Christian Ude, Präsident der Landesapothekerkammer Hessen, empfiehlt, den Medizinschrank mindestens einmal pro Jahr durchzusehen und verfallene oder nicht mehr benötigte Präparate auszusortieren. Befindet sich dieser im Bad oder in der Küche, sollte er zuerst in einem anderen Zimmer untergebracht werden, denn ein feucht-warmes Raumklima kann Arzneimittel leicht schädigen.

Kühl, trocken und kindersicher aufbewahren

Äußerlich lässt sich nicht in jedem Fall erkennen, ob ein Medikament Schaden genommen hat. Am besten werden Arzneimittel kühl und trocken aufbewahrt sowie vor direktem Sonnenlicht geschützt. Gut geeignet sind Räume mit relativ konstanter Temperatur wie das Schlafzimmer oder der Flur. Wenn Kinder im Haushalt leben, sollten Eltern die Präparate in schwer erreichbarer Höhe oder in einem abschließbaren Medizinschrank lagern. Eine Alternative ist ein Arzneikoffer, der ebenfalls verschlossen und außer Reichweite der Kinder verstaut werden kann.

Sortierung erleichtert den Überblick

Eine vollständige Hausapotheke umfasst viele verschiedene Medikamente und Utensilien. Um einen guten Überblick zu haben, ist eine nachvollziehbare Sortierung sinnvoll. Zum Beispiel kam man auf die Verpackungen schreiben, wofür das Präparat eingesetzt wird, wann und wie es einnehmen werden soll und wann es erstmals geöffnet wurde. In der Apotheke vor Ort erstellte Medikationspläne und Medikamentenboxen schaffen ebenfalls Ordnung.

Schubladen nicht vergessen

Wer überprüft, welche Medikamente noch im Haushalt lagern und gegebenenfalls entsorgt werden sollen, muss nicht nur in den Arzneimittelschrank schauen. Beispielsweise können noch alte Schmerztabletten im Nachttisch oder Pflaster im Gartenhäuschen liegen. Auch der Blick in den Kühlschrank ist wichtig:

Dort können sich kühlpflichtige Präparate befinden. Abgelaufene Arzneimittel müssen stets aussortiert werden, da sie ihre Wirksamkeit verlieren oder sogar der Gesundheit schaden könnten. Ebenfalls zu beachten ist die Aufbrauchsfrist, innerhalb derer ein einmal verwendetes Medikament ohne Bedenken weiter eingenommen werden kann.

Niemals über die Toilette entsorgen

Abgelaufene Medikamente und Arzneimittelreste müssen immer ordnungsgemäß entsorgt werden. Sie gehören nicht in die Toilette oder das Waschbecken. Medikamente können bei der örtlichen Deponie, dem Schadstoffmobil oder einem Recyclinghof abgegeben werden. Oft nimmt auch die Apotheke vor Ort die Reste auf freiwilliger Basis zur weiteren Entsorgung an. Wird der Restmüll wie in Hessen verbrannt, können Verbraucher ihre Arzneimittel gut verpackt in der Mülltonne deponieren. Dabei sollten sie keinesfalls in die Hände von Kindern gelangen. Weitere Informationen stehen hierzu auf der Website www.arzneimittelentsorgung.de zur Verfügung.

Was in die Hausapotheke gehört

Verbraucher, die ihre Hausapotheke wieder aufstocken, können sich in der Apotheke vor Ort individuell beraten lassen. Der Apotheker berücksichtigt beispielsweise, ob Kleinkinder im Haushalt leben, die altersspezifische Präparate benötigen. Allgemein gehören unter anderem Schmerzmittel, Medikamente gegen häufige Symptome wie Fieber, Juckreiz oder Durchfall, Pflaster sowie weitere Verbandsmaterialien und eine Verbandsschere in die Hausapotheke. Eine vollständige Übersicht bietet die „Checkliste Hausapotheke“ der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (www.abda.de).

Telefonnummern für den Notfall

Die Hausapotheke sollte außerdem eine Übersicht der wichtigsten telefonischen Notfallnummern enthalten. Hierzu gehört der Apothekennotdienst, über den jeder Bürger stets die nächstgelegenen Notdienstapotheken abfragen kann. Dieser ist tagesaktuell telefonisch unter 0800 / 00 22 833 (kostenfrei aus dem Festnetz) oder 22 8 33 (Handy max. 69 ct./min) sowie im Internet unter www.apothekerkammer.de/notdienst abrufbar. Ebenso sollten die Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie des rund um die Uhr erreichbaren Giftnotrufes (für Hessen: 06131 / 19240) hinterlegt werden.

Quelle:
Pressemeldung der Landesapothekerkammer Hessen, 19. März 2025

Die “Luftpost - Patientenzeitschrift für Atemwegskranke” im 33. 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 / MNStudio
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.

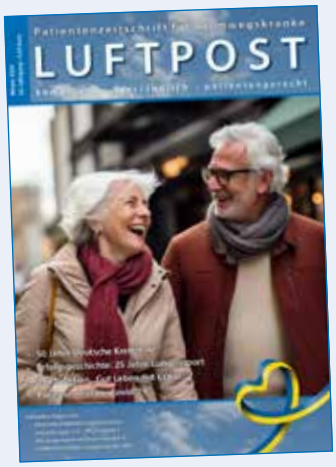
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden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

Husten ist ein Symptom, das praktisch bei allen Atemwegs- und Lungenerkrankungen vorkommt. Husten ist aber nicht nur ein lästiges Symptom, Husten hat auch eine schützende Funktion.

Husten ist ein sinnvoller Reflex und der aktualisierte Flyer 39 gibt hierzu aktuelle Tipps und Ratschläge.

Der aktualisierte Flyer "Husten" der Deutschen Atemwegsliga gibt einen Überblick zu möglichen Ursachen, Symptomen und Behandlungsmethoden für dieses sehr häufige Problem wieder.

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

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

KREBS + HILFE =

Deutsche Krebshilfe

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

Hilf uns dabei – mit deiner Spende!

Anne-Sophie Mutter
Präsidentin der
Deutschen Krebshilfe

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

50 Jahre
Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

Mehr erfahren