Sommer/Herbst 2024
32. Jahrgang • 4,50 Euro

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht

- Inhalationsschulungen
- Deutscher Lungentag 2024
- Impfung gegen RSV und Influenza
- Bronchiektasen-Leitlinie
- Falsche Medikamente im Netz

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

COPD oder Alpha-1?

Der AlphaID® von Grifols gibt Gewissheit.

Initiative PROAlpha

Atemnot, chronischer Husten, Auswurf – viele denken bei diesen Symptomen zunächst an eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung, kurz COPD. Solche Beschwerden können auch Zeichen eines **Alpha-1-Antitrypsin-Mangels (Alpha-1 oder AATM)** sein.[1] Diese Erbkrankheit tritt seltener auf, ähnelt hinsichtlich der Symptome aber stark einer COPD. Das kann die Diagnose erschweren, muss es aber nicht, denn mit dem **AlphaID® Testkit,** der ganz einfach von einem Arzt durchgeführt werden kann, lässt sich die Erkrankung schnell ausschließen.

Jeder COPD-Patient sollte getestet werden

Schätzungen gehen von etwa 20.000 Betroffenen mit AATM in Deutschland aus – viele von ihnen wissen jedoch gar nicht, was die Ursache für ihre Beschwerden ist.[2] Dabei ist eine frühe Diagnose von großer Bedeutung, denn sie ermöglicht eine individuelle Therapie. Experten raten dazu, dass alle Menschen mit COPD einmal im Leben auf Alpha-1 getestet werden.

Einfach testen mit dem AlphaID® von Grifols

Ob **eine „genetische" oder doch eine „gewöhnliche" COPD** vorliegt, kann ein Arzt mit dem AlphaID® Testkit einfach per Wangenabstrich feststellen. Der kostenfreie Test kann von Ihrem Arzt durchgeführt werden. Bei einem begründeten Verdacht auf AATM empfiehlt es sich, über einen erfahrenen Lungenfacharzt weitere Behandlungsschritte einzuleiten.

Aufklären und unterstützen: die Initiative PROAlpha

Zahlreiche Betroffene sind bislang nicht richtig diagnostiziert, da die Erkrankung kaum bekannt ist. Um die Versorgung von Betroffenen zu verbessern, haben wir von Grifols die Initiative PROAlpha ins Leben gerufen. Wir unterstützen die Aufklärung zum Thema AATM. Ein Online-Selbsttest kann erste Hinweise auf ein Risiko für AATM geben:
www.pro-alpha.de

Was ist der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel (AATM)?

AATM ist eine vererbbare Erkrankung.[3] Der Körper produziert aufgrund einer Genmutation zu wenig oder gar kein Alpha-1-Antitrypsin. Dieses Eiweiß ist sehr wichtig für den Schutz des Lungengewebes. Durch einen Mangel an Alpha-1-Antitrypsin bekommen die Betroffenen unbehandelt zunehmend schlechter Luft.[4]

Per Wangenabstrich zur schnellen Diagnose des Alpha-1-Antitrypsin-Mangels.

GRIFOLS

1 Biedermann A, Köhnlein T. Alpha-1-Antitrypsin-Mangel – eine versteckte Ursache der COPD. *Dtsch Arztebl 2006;* 103(26):A1828–32. **2** Blanco I et al. Estimated Worldwide Prevalence of the PI*ZZ Alpha-1 Antitrypsin Genotype in Subjects With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Archivos de Bronconeumología.* 2023. **3** Schroth S, et al. Alpha-1-Antitrypsin-Mangel: Diagnose und Therapie der pulmonalen Erkrankung. *Pneumologie.* 2009; 63:335–45. **4** Bals R, Köhnlein T (Hrsg.). Alpha-1-Antitrypsin-Mangel: Pathophysiologie, Diagnose und Therapie. 1. Aufl. Thieme; 2010.

Grifols Deutschland GmbH
Colmarer Str. 22 · 60528 Frankfurt/Main
Tel.: (+49) 69 660 593 100
Mail: info.germany@grifols.com

DE-UBD-2300008

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

heute liegt die neue Luftpost als Ausgabe Sommer/Herbst vor Ihnen. Wir haben uns wieder bemüht, möglichst praxisnah Artikel rund um die Atemwegserkrankungen, aber auch wichtige Tipps und Empfehlungen vorzustellen.

Jeder, der an Asthma oder COPD erkrankt ist, weiß, dass hier seine wichtigen und die Krankheit meist auch kontrollierenden Medikamente inhalativ angewendet werden. Leider gibt es dabei oft Dinge zu beachten, die verstanden werden und dann auch bei der täglichen Anwendung beachtet werden müssen. Hierzu finden Sie einen wichtigen Artikel zu den in Praxen, Kliniken und Apotheken möglichen Inhalationsschulungen, die aber auch zu Hause durch Videos der Deutschen Atemwegsliga aus dem Netz jederzeit möglich sind.

Wir alle sind froh, dass die pandemiebedingten Einschränkungen endlich vorbei sind. Leider gibt es aber auch Betroffene, die unter Long-Covid oder sogar unter Microveränderungen im Gehirn leiden. Dazu ebenfalls zwei Artikel. Schon jetzt im Sommer haben Covid-Infektionen wieder zugenommen. Ab September gibt es an die neuen Varianten angepasste Impfstoffe. Wir empfehlen bei chronisch Atemwegserkrankten eine Auffrischungsimpfung. Die Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut empfiehlt zusätzlich für diese Personengruppe die baldige Impfung gegen RSV-Viren und Influenza (echte „Grippe“).

Endlich gibt es auch eine erste deutsche medizinische Leitlinie zur Behandlung der oftmals erst spät erkannten Bronchieektasenerkrankung, einer krankhaften Erweiterung der unteren Atemwege, die häufig erst durch lang andauernden Husten und Atemnot festgestellt wird. Wir konnten uns bei der Erstellung der Leitlinie einbringen.

Derzeit, Ende August, haben wir fast überall einen wirklich heißen Spätsommer. Eine neue Studie zeigt die Auswirkungen der immer häufiger auftretenden Hitzewellen auf die Gesundheit.

Wir freuen uns, dass wir Ihnen heute auch die Deutsche Stiftung Patientenschutz vorstellen können. Sicher haben Sie ihre Statements zu akuten Problemen im Gesundheitswesen in den Medien schon wahrgenommen. Sie bietet darüber hinaus auch konstruktive Hilfe bei persönlichen Krankheitsproblemen und der richtigen Erstellung einer Patientenverfügung bundesweit an.

Nehmen Sie doch am 28. September interaktiv am „Deutschen Lungentag“ zum Thema „Asthma und Allergie“ oder an den Yoga-Kursen der Thoraxklinik Heidelberg teil.

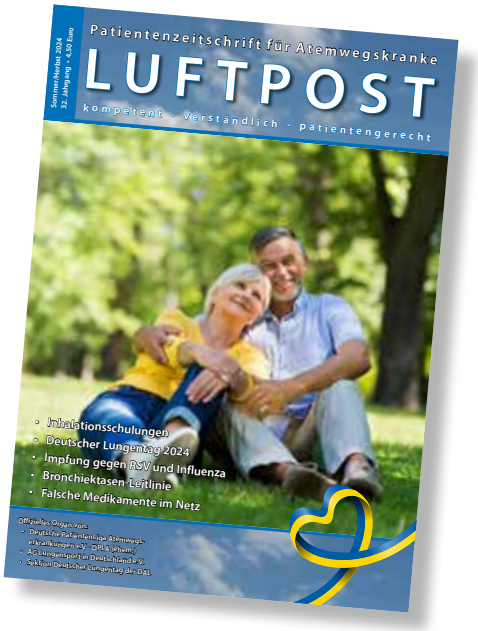
Ein Herzensbedürfnis ist uns der Nachruf auf Herrn Prof. Tobias Welte, einen menschlich und fachlich international überragenden Lungenarzt. Wir sind stolz darauf, dass wir unseren von der Luftpost gestifteten und voraussichtlich ab nächstem Jahr auf dem Fachkongress der Deutschen Lungenärzte (DGP) zu verleihenden „Kümmererpreis“ mit seinem Namen verbinden können.

Leider müssen wir mitteilen, dass es die Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen e. V. nach weit über 30 Jahren aktiver Tätigkeit und Mitwirkung in vielen Gremien seit dem 1. Juni nicht mehr gibt. Es wird immer schwerer, engagierte „Ehrenamtler“ für eine fordernde, aber auch sinnvolle und persönlich bereichernde Mitarbeit zu finden. Dies war leider auch hier der Fall.

Ehrenamtliche Selbsthilfe in Deutschland fängt Defizite im Gesundheitswesen auf. Welch eine Abwertung äußert sich so in der Aussage vom 21.08.2024 des derzeitigen Bundesjustizministers: „Die Bundesregierung ist keine Selbsthilfegruppe“. Wäre sie es doch!

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

Inhalt



Aktuelles

5 Zum Weltnichtrauchertag
6 Inhalationsschulungen für Patienten mit Asthma oder COPD
10 „Warum rauchen?“
11 Long-COVID
12 Lungenkrebsscreening mittels Low-Dose-CT
14 Blutdruck: Wieviel Lakritz ist unbedenklich?
16 Jeder zehnte Deutsche stirbt beatmet im Krankenhaus
18 VDBD-Expertin gibt Tipps für mehr Bewegung im Alltag
20 Leitlinie zum Management der Bronchiektasen-Erkrankung veröffentlicht
22 Der Süßstoff Xylit ist mit erhöhtem Risiko für Herzprobleme verbunden
24 Mikro-Veränderungen im Gehirn bei Post-COVID-Patienten
26 Neue Studie zu Auswirkungen extremer Temperaturen auf die Gesundheit

Zu Ihrer Information

28 Endoprothetik
30 DGVS mahnt Mangel an Spenderorganen an
31 Neue Impfempfehlungen für RSV und Influenza
32 Die Hälfte der im Netz gehandelten Medikamente ist gefälscht
34 Diabetische Polyneuropathie
36 Erfolgreiche Behandlung einer systemischen Sklerose mit immuntherapeutischer Methode
38 Das Medizinforschungsgesetz ist beschlossen

Über den Tellerrand hinaus

40 Deutsche Stiftung Patientenschutz

Nachruf

46 In memoriam Tobias Welte

Selbsthilfe

48 Yoga für chronische Lungenerkrankungen an der Thoraxklinik Heidelberg
49 Infoflyer der Deutschen Atemwegsliga e.V.

Rubrik

43 Das Pflegegutachten
44 Das Vorsorge-Handbuch
45 Pflege zu Hause
50 Impressum

Anzeige

Zum Weltnichtrauchertag

Krankenkassen unterstützen aktiv bei der Rauchentwöhnung

Foto: AdobeStock / Aleksej

Schon gewusst? Die Gesetzlichen Krankenkassen helfen ihren Mitgliedern aktiv dabei, Nichtraucher zu werden! „Einige Krankenkassen organisieren eigene kostenfreie Nichtraucherkurse", weiß Thomas Adolph, Geschäftsführer des unabhängigen Vergleichsportals gesetzlichekrankenkassen.de, andere böten ihren Versicherten Zuschüsse für den Besuch der Kurse an. Organisationen wie die Deutsche Atemwegsliga (DAL) ermuntern Interessierte, diese Möglichkeiten unbedingt wahrzunehmen. „Das ist eine wunderbare Möglichkeit, das Rauchen hinter sich zu lassen! Informieren Sie sich", ermuntert der erste Vorsitzende der DAL, der Lungenarzt Professor Dr. Carl-Peter Criée. Deutschland dürfe nicht länger eines der europäischen Schlusslichter bei der Tabakentwöhnung sein. „Daher begrüßen wir es, wenn Krankenkassen vermehrt Nichtraucherkurse anbieten!"

Die Angebote gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland sind eine qualitativ hochwertige und zudem kostenfreie – oder zumindest kostengünstige – Möglichkeit, in ein rauchfreies Leben zu starten. „Wir können als Deutsche Atemwegsliga nur ermuntern, sich hier zu informieren und die wissenschaftlich anerkannten Angebote zur Tabakentwöhnung zu nutzen", so Professor Criée. So hätten heutige Raucher die Möglichkeit ihr persönliches Risiko für eine spätere Krebs- oder Lungenerkrankung wieder deutlich senken. Auch das Risiko für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall ist nach einer Tabakentwöhnung deutlich geringer.

Start in ein gesünderes Leben: Es lohnt sich, informiert zu sein!

Die Angebote der eigenen Krankenkasse also einmal abzufragen oder zu schauen, was andere denn so anbieten, lohnt sich definitiv! Denn die gesetzliche Krankenkassen dürfen ausschließlich wissenschaftlich geprüfte und anerkannte Präventionskurse fördern – eine Garantie für ein qualitativ hochwertiges Programm. Bis zu zwei Kurse pro Jahr kann ein Versicherter besuchen.

„Aber nicht jede Kasse hat Nichtraucherkurse im Programm", sieht Thomas Adolph beim Blick in die Datenbank von www.gesetzlichekrankenkassen.de – es ist nur knapp die Hälfte. Von den aktuell 96 gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland geben 42 in einem Vergleichsportal an, eigene und damit kostenfreie Nichtraucherkurse anzubieten.

Die Hälfte aller Krankenkassen bietet kostenfreie Kurse, zwei Drittel bezuschusst Kurse

Zwei Drittel der Kassen, genau 71 an der Zahl, bieten eine Bezuschussung von Fremdkursen an, bei denen die Kursgebühren allerdings stark variieren. „So erstattet eine Kasse beispielsweise zu 100 Prozent bei Kosten bis zu 600 Euro pro Kurs, drei Kassen übernehmen 100 Prozent bei bis zu 200 Euro Kosten und eine Kasse steuert lediglich 25 Euro bei", verdeutlicht Thomas Adolph die Unterschiede. Darüber hinaus gäbe es Kassen, die die Kosten zu 90, 85, 80 oder 75 Prozent übernähmen.

„Die Zuschussbeträge reichen dabei von 75 bis zu 250 Euro!", so der Geschäftsführer des Vergleichsportals. „Bei einer solch großen Variation lohnt sich ein Check vorab unbedingt, um sich auf dem Weg zum Nichtraucher maximale Unterstützung auch finanziell zu sichern!" Auch die Deutsche Atemwegsliga betont deshalb: „Wer sich entschlossen hat, Nichtraucher zu werden, der sollte hier alle helfenden Hände gereicht bekommen! Was einige Kassen anbieten, ist wirklich hervorragend!"

Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Atemwegsliga e.V. vom 29.05.2024

Inhalationsschulungen für Patienten mit Asthma oder COPD

Analog in Praxis und Klinik und *digital zuhause*

Foto: AdobeStock / Orawan

Für Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen ist die Inhalation von Bronchodilatatoren und Kortikosteroiden sinnvoller als z.B. die Einnahme von Tabletten (systemische Applikation). Voraussetzung ist die richtige Anwendung des jeweils verordneten Inhalationssystems (Dosieraerosol, Sprühvernebler, Pulverinhalator, Vernebler). Einübung und Kontrolle der korrekten Anwendung sind für die Wirksamkeit des eingesetzten Inhalationssystems entscheidend. Für die Schulung zu den unterschiedlichen Inhalatoren stehen der verordnende Arzt bzw. geschulte Fachkräfte in Praxis und Klinik bereit, aber auch das Apothekerteam in einigen hierauf spezialisierten Apotheken. Zusätzlich bietet die kostenlose auch zuhause einsetzbare *internetbasierte Videoschulung* der Deutschen Atemwegsliga allen Patienten die Möglichkeit, jederzeit die korrekte Technik, der von ihnen eingesetzten Inhalatoren zu erlernen oder zu überprüfen.

Einführung

In den aktuellen medizinischen Leitlinien zur Behandlung der obstruktiven Atemwegserkrankungen Asthma bronchiale und COPD wird die inhalative Anwendung der für die Therapie wesentlichen Medikamente (Bronchodilatatoren, Kortikosteroide) empfohlen. Die *Vorteile der inhalativen Anwendung* gegenüber anderen Anwendungsformen bei einer korrekten Inhalation sind:

- Der oder die Wirkstoffe gelangen direkt an ihren Zielort, die unteren Atemwege.
- Die Wirkung tritt schneller ein
- Damit sind deutlich geringere Wirkstoffmengen erforderlich und auch weniger unerwünschte Wirkungen zu erwarten.

Zahlreiche Inhalationssysteme mit unterschiedlichen Wirkstoffen (kurz und lang wirksame Bronchodilatatoren sowie inhalative Kortikosteroide) allein oder in Kombination stehen für die Akut- wie auch die Dauertherapie zur Verfügung, die *in ihrer Handhabung unterschiedlich* sind. Die *Unterschiede* beziehen sich auf die *Teilchengröße der Arzneimittelwirkstoffe* – nur Teilchen mit einem Durchmesser von 2 – 5 µm (fine) bzw. unter 2 µm (extra fine) erreichen die kleinen Atemwege –, die notwendige *starke Einatmung* (Strömungsgeschwindigkeit), *die Dauer der Inhalation* und die *Koordination der Freisetzung* des Medikamentes aus dem jeweiligen Inhalationssystem *mit der Einatmung*. Daraus folgt, dass die Fehlerquote der von den Patienten angewendeten Inhalationstechniken beim täglichen Gebrauch hoch ist.

Jedes Inhalationssystem erfordert ein angepasstes Inhalationsmanöver und stellt Anforderungen an die korrekte Inhalation. Die Patienten sollen daher vor der Erstanwendung intensiv in die Handhabung ihres jeweiligen Inhalationsgerätes eingewiesen werden. Ein alleiniger Verweis auf den Beipackzettel ist nicht ausreichend. Die Hinweise des Herstellers für die Handhabung des jeweiligen Inhalationsgerätes müssen beachtet werden. Ständig hinzukommende Medikamente sind Gründe für

die oft fehlerhafte Handhabung des Inhalationsgerätes sowohl auf der Seite der Ärzte als auch auf Seiten der anwendenden Patienten.

Auswahl eines geeigneten Inhalationssystems

Inhalationssysteme unterscheiden sich in Größe und Handhabbarkeit. So sind elektrische Vernebler wegen ihrer Abhängigkeit von einem Stromanschluss nur eingeschränkt einsatzfähig. Wichtige *Charakteristika* als Hilfe *für die Auswahl* eines geeigneten Inhalationssystems werden in Tabelle 1 zusammengefasst. Für die Auswahl sind sowohl das Verstehen der Funktion als auch die Handhabbarkeit durch den Patienten zu berücksichtigen. Die Koordination des Sprühstoßes mit der gleichzeitigen Einatmung, muss bei Anwendung von *Dosieraerosolen* und *Sprühverneblern* häufig eingeübt werden. Bei *Pulverinhalatoren* mit einem hohen Gerätewiderstand ist eine *rasche, kräftige Inhalation* erforderlich, die vom Patienten eine maximale Einatmung (Inspiratorischer Fluss) mit über 60 l/min erfordert, die häufig von schwer Erkrankten nicht erreicht wird. Bei Geräten mit geringeren Strömungswiderständen sind hingegen eine geringere Einatmungsgeschwindigkeit von etwa 30 l/min notwendig. Daher ist bei schwerkranken Patienten (d.h. schwergradige Obstruktion) und auch bei Kleinkindern die Inhalation über Dosieraerosole/Sprühvernebler oder elektronische Vernebler dem Gebrauch von Pulverinhalatoren vorzuziehen.

Die Koordination von Einatmung und Freisetzung des Medikamentes mit dem Sprühstoß kann bei Anwendung von Dosieraerosolen durch atemzuggetriggerte Systeme, vor allem aber auch durch den Einsatz *großvolumiger Inhalationshilfen* (Spacer), die dem Dosieraerosol vorgesetzt werden, verbessert werden. Diese sind auch bei der Anwendung im Kindersalter mit häufiger vorhandenen Koordinationsproblemen vorteilhaft sowie bei Patienten, die trotz der nach Inhalation von *inhalativen Kortikosteroiden* immer notwendigen *Reinigung* des Mund- und Rachenraums durch Trinken, Gurgeln oder Essen, sonst Heiserkeit oder einen Soorbefall entwickeln.

Der Einsatz von Sprühverneblern ist angezeigt, wenn trotz intensiver Schulung die Inhalationstechnik vom Patienten nicht beherrscht wird. Infolge einer niedrigen Dosierung von Ipratropiumbromid im Dosieraerosol und damit der bei akuten Exazerbationen von COPD-Patienten notwendigen Zahl von mehr als 10 Sprühstößen (20 µg Wirkstoff/Sprühstoß) ist die Anwendung dieses Medikamentes über Vernebler mit einer Inhalationslösung (250 – 500 µg Ipratropium) vorteilhaft und damit besonders bei Patienten mit mittelschweren und schweren Exazerbationen hilfreich.

Für die *Auswahl* eines Inhalationssystems gilt, dass diese von dem betroffenen Patienten und seinem behandelnden Arzt *gemeinsam* getroffen werden soll.

Unter dem Gesichtspunkt einer klimafreundlichen Verordnung von Inhalativa ist zu bedenken, dass die in den Dosieraerosolen enthaltenen Treibmittel (Hydrofluoralkane) starke Treibhausgase sind und damit wesentlich stärker die Umwelt belasten als Pulverinhalatoren. Dies kann bei der Auswahl eines geeigneten Inhalators für Patienten mit geringgradiger Atemwegsobstruktion ein Argument für die Verordnung eines Pulverinhalators sein.

Auswahl geeigneter Inhalationssysteme für Kinder bis zum Alter von 6 Jahren

Dosieraerosole mit Spacern können auch bei Säuglingen und Kleinkindern eingesetzt werden, wenn die Atmung über ein Mundstück des Spacers oder die weiche Gesichtsmaske vertragen. Alternativ können Vernebler mit Maske bei Kindern unter 2 Jahren bzw.

Tab. 1. Wichtige Charakteristika für die Auswahl von Inhalationssystemen in der Therapie von Asthma und COPD.

Eigenschaft	Dosieraerosol/Sprühvernebler	Pulverinhalator	elektrische Vernebler
Für alle Wirkstoffe/Wirkstoffkombinationen vorhanden	+++	++	+
Inhalationstechnik	langsame, tiefe Einatmung	meist kräftige, rasche und tiefe Einatmung	langsame und ausreichend tiefe Ein- und Ausatmung
Koordination von Wirkstoffreisetzung und Atmung	mitunter schwierig	einfach	einfach
Unzureichende Inhalation bei schwerer Obstruktion	–	+	–
Hauptfehler bei der Inhalation	ungenügende Koordination von Einatmung und Auslösung des Sprühstoßes	Atmung in den Inhalator (Feuchtigkeit), ungenügend kräftige Einatmung	Hyperventilation
Stromnetz erforderlich	nein	nein	ja
Klimaschädlich (CO_2-Emission)	+	–	–

Mundstücke im Alter von 2 bis 4 Jahren genutzt werden. Das Mundstück ist einer Gesichtsmaske vorzuziehen, da die bei Nutzung der Gesichtsmaske nicht vermeidbare Nasenatmung zu einem veringerten Ankommen des Medikamentes in der Lunge führt. Im Alter von 5 – 6 Jahren können meist Dosieraerosole mit Spacer über ein Mundstück eingesetzt werden. Die Nutzung von Pulverinhalatoren ist zumindest bei Kindern im Alter von 2 – 4 Jahren nicht zu empfehlen, darüber ist ihre Eignung individuell zu prüfen.

Die Möglichkeiten der Inhalationsschulung bei Asthma und COPD

sind für diese Patienten in Tabelle 2 aufgeführt:

- Die Einweisung in das vom Arzt und seinem Patienten gemeinsam ausgewählte Inhalationssystem, inklusive die Demonstration und Einübung der korrekten Handhabung durch den behandelnden Arzt oder eine hierfür ausgebildete Mitarbeiterin des Praxisteams.
- Die Einweisung bzw. Überprüfung der Inhalationstechnik bei stationär behandelten Patienten durch hierfür speziell geschultes Personal, z. B. medizinische Fachangestellte (MFA) oder Krankenschwestern/Pfleger.
- Ein Inhalationstraining im Rahmen einer ambulanten oder stationären Rehabilitation (Reha) neben der Nutzung weiterer nichtmedikamentöser Therapieoptionen wie strukturierte Patientenschulung für das jeweilge Krankheitsbild, körperliches Training, Atemphysiotherapie, Ergotherapie und andere Maßnahmen.
- Die Erlernung der korrekten Anwendung eines Inhalationssystems durch den das Medikament an den Patienten abgebenden Apotheker, der über eine entsprechende Expertise für die Einweisung von Patienten in das jeweilige Inhalationssystemen verfügt.
- Die Nutzung der *kostenlosen Internetplattform der Deutschen Atemwegsliga* (www.Atemwegsliga.de) mit Videos zur korrekten Handhabung aller in Deutschland verfügbaren Inhalationssysteme.

Die Effekte eines Inhalationstrainings

allein ersetzen eine strukturierte Patientenschulung nicht. Für Erwachsene mit Asthma sind dies, z.B. das NASA-Programm, und für COPD-Patienten, z.B. das COBRA-Programm, die ambulant von einem Arzt und einer Helferin (MFA) nach Besuch eines Trainer-Seminars durchgeführt werden. Hierbei werden die Patienten in kleinen Gruppen von 8 bis 10 Teilnehmern über ihre Krankheit informiert, die Selbstkontrolle ihrer Krankheitssymtome eingeübt, die korrekten Inhalationstechniken der von ihnen eingesetzten Inhalationssysteme trainiert sowie die mögliche Anpassung ihrer Medikamente, insbesondere bei akuten Verschlechterungen, festgelegt. *Positive Effekte* dieser Schulung sind ein verbessertes Management der eigenen Erkrankung und eine deutliche *Abnahme von Exazerbationen* und damit eine *höhere Lebensqualität.* Der Patient kann sich auch bei Verschlechterungen selbst helfen und verliert die Angst vor einer Exazerbation.

Nach *§ 129 des Sozialgesetzbuches V* sind Apotheken aktuell verpflichtet, ein vom Arzt verordnetes Medika-

Tab. 2. Inhalationstraining: wo und wie?

Ort	Schulende(r)	Inhalte	Verfügbarkeit	Nachteile
Praxis (Hausarzt, Facharzt)	Arzt/medizinische Fachangestellte	Ersteinweisung in das verordnete Inhalationssystem Überprüfung der Inhalationstechnik bei Folgekontakten Strukturierte Patientenschulung	+++ ++ +	Praxisbesuch erforderlich
Krankenhaus	Arzt, geschultes Personal	med. Kontrolle der Inhalationstechnik: wichtig auch bei Patienten vor operativen Eingriffen	+	stat. Aufenthalt erforderlich, nicht in jeder Klinik verfügbar
Pneumologische Rehabilitation	Fachpersonal/Arzt/ medizinische Fachangestellte	strukturierte Schulung, integriert in medikamentöse und nicht medikamentöse Reha-Maßnahmen	+	meist stationärer Aufenthalt wohnortfern
Apotheke	Apothekerteam	Einweisung in das an den Patienten abgegebene Inhalationssystem	+ in den meisten Apotheken nicht verfügbar	Apothekenbesuch erforderlich
Web-basiertes Video	Video	Demonstration der korrekten Inhalationstechnik für jedes in Deutschland verfügbare Inhalationssystem	+++ kein Praxisbesuch erforderlich	keine Korrektur durch Fachpersonal

+++ immer, ++ nicht immer, + weniger häufig vorhanden.

ment durch ein gleichartiges, nach Rabattverträgen aber preisgünstigeres Präparat, abzugeben. Dieser Austausch des verordneten Medikamentes, sollte durch Markieren des Aut Idem-Feldes auf dem Rezept möglichst vermieden werden, da der Patient sonst oft ein anderes Medikament mit einem anderen Inhalationssystem erhält, dessen Gebrauch er häufig nicht ausreichend beherrscht.

Durch aktive Einbindung von speziell geschulten Apothekern in das Versorgungsmanagement von Patienten mit Asthma oder COPD kann die Einübung der korrekten Inhalationstechnik auch in Apotheken erfolgen. Diese Einbeziehung des Apothekenpersonals zur Schulung der Inhalationstechniken kann durchaus effektiv sein.

Internetbasierte Videoschulung

Seit 2011 bietet die Deutsche Atemwegsliga e.V. Videos mit der Demonstration der korrekten Anwendung für jedes in Deutschland eingesetzte Inhalationssystem an. Diese sind, sowohl Zuhause als auch in Praxis und Klinik abrufbar. Mithilfe dieser Videos konnten häufige Fehler bei der Inhalation deutlich reduziert werden, auch ohne zusätzliche Demonstraion durch Ärzte oder Therapeuten.

Über einen Barcode kann jeder Patient kostenlos ein Video seines jeweiligen Medikamentes herunterladen und auch wiederholt ansehen (Abb. 1). Die bei YouTube gezeigten Anwendungsbeispiele (www.youtube.com/c/Atemwegsliga.de) wurden inzwischen auch in weitere Sprachen übersetzt, wie: Englisch, Russisch, Türkisch, Griechisch, Arabisch, Slowakisch, Spanisch und Farsi). In 10 Jahren stieg die Anzahl der jährlichen Aufrufe dieser Videos, bis zum Jahr 2020 allein auf 850.000. Ca. 23% der Aufrufe nutzten die Versionen in den weiteren Sprachen. Während der Corona-Pandemie nahm die Zahl der Video-Nutzer hingegen ab, möglicherweise teilweise bedingt durch die geringere Zahl von COPD-Exazerbationen.

Trotz des Fehlens einer Anleitung durch Fachpersonal ist die *internetbasierte Videoschulung* der Inhalationstechniken ein wichtiges Element zur Verbesserung der Behandlung von Patienten mit Asthma und COPD. Dies gilt insbesondere auch für weniger entwickelte Länder und Patienten ohne Zugang zu einer strukturierten Patientenschulung. Die Anwendung digitaler Therapiehilfen ist vielerorts verfügbar, kostengünstig und kann damit weltweit zu einer verbesserten Behandlung von Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen beitragen.

Maßnahmen zur Verbesserung der Therapietreue (Adhärenz) bei einer inhalativen Therapie

Basis ist die *gemeinsame Auswahl* eines individuell geeigneten Inhalationssystems durch den behandelden Arzt mit seinem Patienten. Ergänzt wird dies durch eine erfolgreiche *Schulung* der richtigen Inhalationstechnik und ein *strukturierte Programm* zum Erlernen von Krankheitsverständnis, Selbstkontrolle und Selbsthilfemaßnahmen. Damit wird die Therapietreue des betroffenen Patienten verbessert und die Lebensqualität gesteigert. Hierzu tragen auch die Auswahl möglichst nur eines Inhalationssystems, die Kontrolle der Inhalationstechnik bei jedem Arztbesuch, die Nutzung von Fixkombinationen zur Reduktion der Zahl der Inhalatoren und damit der Anzahl der täglichen Inhalationen bei. Schließlich können Inhalationssysteme mit einer elektronischen proaktiven Memory-Funktion dazu helfen, dass der Patient die vorgesehenen täglichen Inhalationen durchführt.

Fazit

Für eine langfristig erfolgreiche Behandlung von Patienten mit Asthma und COPD sind die Erlernung der richtigen Anwendung der von dem Patienten eingesetzten Inhalationssysteme und die Überprüfung der korrekten Nutzung unerlässlich.

Hierzu helfen neben der Auswahl des geeigneten Inhalationssystems durch den Arzt gemeinsam mit seinen Patienten, die erfolgreiche Einübung und Überprüfung der richtigen Inhalationstechniken durch Ärzte, Fachkräfte in Praxis und Klinik sowie Apotheker aber auch internetbasierte Videos mit Darstellung der korrekten Anwendung aller verfügbaren Inhalationssysteme.

Redigierter Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Dustri-Verlages aus "Atemwegs- und Lungenerkrankungen". 2024, Seite 299-305

Autor:

Prof. Dr. H. Worth
Facharztforum Fürth
Bahnhofplatz 6, 90762 Fürth
h.worth49@gmail.com

„Warum rauchen?“

Initiative der Deutschen Lungenstiftung zur Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen

Foto: AdobeStock / Solid photos

Zum besseren Schutz vor der Suchtkrankheit Rauchen: „Wir brauchen in Deutschland mehr finanzielle Unterstützung, um effektive Vorbeugungsprojekte bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen umsetzen zu können“, das fordert Professor Claus Vogelmeier (Foto), Vorsitzender der Deutschen Lungenstiftung (DLS) anlässlich des Weltnichtrauchertages.

Insbesondere vor dem Hintergrund der sich in Deutschland schnell verbreitenden E-Zigaretten sagt er: „Die Aufklärungsarbeit zu Prävention, Risiken, Ursachen, Erkennung sowie Behandlung von Erkrankungen der Lunge und der Atemwege ist aktuell wichtiger als jemals zuvor.“ Insbesondere zur Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen hat die Lungenstiftung die Initiative *„Warum rauchen?“* ins Leben gerufen. Informiert wird über die Wirkung des Nikotins, die Folgeschäden des Rauchens und über Möglichkeiten, mit dem Rauchen aufzuhören. Mehr Infos unter: www.WarumRauchen.de

Die Initiative „Warum rauchen?“ will Kinder frühzeitig ansprechen und für das Nichtrauchen folgendermassen motivieren. An dem häufig nicht reparablen Schaden, der durch das Inhalationsrauchen für Atemwege, Lunge, Herz und Kreislauf entsteht, besteht kein Zweifel. Die Vorbeugung bereits im Kindesalter ist unstrittig der Königsweg. „Deswegen ist es wichtig, sich als Betroffener, als Elternteil und auch als Lehrerin oder Lehrer von Kindern frühzeitig mit dem Thema zu beschäftigen“, sagte Professor Vogelmeier, Direktor der Klinik für Pneumologie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg. Zur Integration des Themas in den Schulunterricht lobt die Lungenstiftung jedes Jahr den *Schüler-Kreativwettbewerb* aus. Dabei können Schülerinnen und Schüler ab der 5. Klasse Zeichnungen, Bilder, Fotos, Grafiken, Mixed-Media-Arbeiten oder Kurzfilme zu einem vorgegebenen Thema einreichen. „Wir freuen uns, wenn sich viele Schulen an dem Wettbewerb oder an Initiativen zur Tabakentwöhnung beteiligen“, so Vogelmeier.

Folgeschäden und Nikotinsucht: Lungenstiftung informiert zum Rauchausstieg

Die Folgeschäden des Rauchens sind bekannt: eine geschädigte Lunge, ein geschwächtes Immunsystem, verkalkte Arterien oder ein vorzeitiges Altern der Haut sind nur wenige Beispiele. Die Sucht ist der Hauptgrund, warum die meisten Raucherinnen und Raucher nicht damit aufhören. Es ist aber nicht leicht, ohne Zigarette auszukommen, wenn der Körper sich einmal an das Nikotin gewöhnt hat. Viele Raucherinnen und Raucher sagen, dass sie jederzeit aufhören könnten – aber nur einer von 50 schafft es ohne Hilfe. „An dieser Stelle setzen wissenschaftlich fundierte Rauchentwöhnungsprogramme an. Betroffene sollten in jedem Fall rechtzeitig mit ihrem Hausarzt darüber sprechen“, so Vogelmeier. Auch unsere Initiative „Warum rauchen?“ informiert, wie ein dauerhafter Rauchausstieg gelingen kann: www.WarumRauchen.de

Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Lungenstiftung vom 30.05.2024

Long-COVID

Reha-Sport über 6 Wochen gegen Atemnot und Muskelverlust

Foto: AdobeStock / Robert Kneschke

Eine 6-wöchige kardiopulmonare Rehabilitation trägt zur Verbesserung der funktionellen Kapazität bei, sie reduziert Atemnot und vergrößert die Muskelmasse bei Betroffenen mit Long-COVID, belegt eine wissenschaftliche Studie mit 33 Teilnehmern.

Bei Patienten mit Long-COVID nach einer Infektion mit dem neuen Coronavirus SARS-CoV-2 kommt es häufig zu einer reduzierten funktionellen Kapazität und Belastungstoleranz, Atemnot, Fatigue und Veränderungen in der Körperzusammensetzung. Eine kardiopulmonare Rehabilitation kann solche Aspekte positiv beeinflussen. Diese Studie untersuchte die einer entsprechenden Rehabilitation mit respiratorischem, aerobem und Widerstandstraining auf verschiedene Folgen von Long-COVID.

Folgen von Long-COVID mit Reha-Sport entgegenwirken?

Die klinische Studie wurde *vergleichend* und kontrolliert *über 6 Wochen* durchgeführt. Erwachsene Patienten in ambulanter Behandlung nach bestätigter Coronavirus-Infektion wurden zufällig entweder der kardiopulmonaren Rehabilitation oder der Kontrollgruppe, die an einem Informationsprogramm, teilnahm, zugewiesen. Die kardiopulmonare Rehabilitation umfasste sportliche Übungen (respiratorisch, aerob und Widerstand-Muskeltraining). Die Wissenschaftler erfassten jeweils die submaximale Belastungstoleranz, Dyspnoe, Fatigue und Körperzusammensetzung zu Beginn und nach Abschluss des Interventionsprogramms.

Insgesamt nahmen 33 Patienten an der Studie teil und wurden in die Rehabilitationsgruppe (17 Teilnehmer) und die Kontrollgruppe (16 Teilnehmer) unterteilt. Nach 6 Wochen steigerte die Rehabilitationsgruppe ihre submaximale Belastungstoleranz und erreichte eine Erhöhung der in 6 Minuten zurückgelegte Gehstrecke um 100,5 m. Darüber hinaus waren dieAtemnotsymptome deutlich reduziert und zusätzlich erhöhten diese Patienten, verglichen mit denen in der Kontrollgruppe, im Durchschnitt ihre Muskelmasse in den Armen um druchschnittlich 0,6 kg.

Kardiopulmonare Reha verbessert die Belastungstoleranz und Atemnot und erhöht die Muskelmasse

Die Autoren folgern, dass eine 6-wöchige Herz-Lungen-Rehabilitation die funktionelle Kapazität betroffener Patienten nachweisbar verbessert. Diese Ergebnisse unterstützen den Einsatz eines solchen Trainingsprotokolls bei Long-COVID – weitere Studien mit größeren Teilnehmerzahlen sollen dies nun überprüfen.

Autoren:
Gomes Dos Santos EG, et. al:
Effects of a cardiopulmonary rehabilitation protocol on functional capacity, dyspnea, fatigue, and body composition in individuals with post-COVID-19 syndrome: A randomized controlled trial. Physiother Res Int. 2024 Apr;29(2):e2086. doi: 10.1002/pri.2086. PMID: 38572991.

Quelle:
DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom

Lungenkrebsscreening mit Niedrigdosis-CT

Starke Raucherinnen und Raucher können profitieren

Foto: AdobeStock / grape_vein

Eine möglichst frühe Diagnose senkt die Lungenkrebs-Sterblichkeit bei starken (Ex-)Raucherinnen und Rauchern: Dabei überwiegen die möglichen Vorteile die Schadensrisiken durch Fehl- oder Überdiagnosen deutlich. Die konkrete Ausgestaltung wird derzeit noch verhandelt.

Ein Lungenkrebsscreening mittels Niedrigdosis-Computertomografie (Low-Dose-CT) bietet starken aktuellen und ehemaligen Raucherinnen und Rauchern mehr Nutzen als Schaden: Das Verfahren kann dazu helfen, Menschen davor bewahren, frühzeitig an Lungenkrebs zu sterben. Dadurch kann sich auch das Gesamtüberleben verlängern. So lautete bereits im November 2020 das abschließende Ergebnis der Nutzenbewertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Nun trat am 1. Juli 2024 die entsprechende *Verordnung* des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz (BMUV) in Kraft. Dannach ist ein Screening-Verfahren mit einer *Niedrig-Dosis-CT* auch *strahlenschutzrechtlich* zulässig. Vor diesem Hintergrund hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im November 2023 das Beratungsverfahren über die Einführung eines Lungenkrebsscreenings mittels Low-Dose-CT für aktuelle langjährige und ehemalige Raucherinnen und Raucher eröffnet und das IQWiG mit einer Aktualisierung der *Nutzenbewertung* beauftragt. Zusätzlich sollte das Institut Varianten eines Lungenkrebsscreenings mittels Low-Dose-CT

- mit unterschiedlichen Untersuchungsintervallen,
- unterschiedlicher technischer Ausstattung
- und Bildbefundung bewerten.

Das *abschließende Fazit des IQWiG* lautet nun: Die aktuelle Evidenz unterstreicht die Vorteile eines Low-Dose-CT-Screenings und der *Nutzen überwiegt* etwaige Schadensaspekte wie das Risiko von falschen Diagnosen oder Überdiagnosen. Der erzielbare Vorteil bei der Reduzierung einer vorzeitigen Sterblichkeit erhöhte sich dabei bei der Bewertung 2020 von einem Anhaltspunkt (niedrige Aussagesicherheit) auf einen *Hinweis für einen Nutzen* (mittlere Aussagesicherheit).

Raucherinnen und Raucher können vom Low-Dose-CT-Screening profitieren

Für den aktuellen Bericht hat das IQWiG die Ergebnisse einer weiteren Studie und damit insgesamt neun randomisierten kontrollierten Studien mit mehr als 94.000 Beteiligten ausgewertet – mit deutlichem *Ergebnis*: Ein Low-Dose-CT-Screening kann fünf von 1000 (ehemals) starken Raucherinnen und Rauchern innerhalb von etwa zehn Jahren davor bewahren, an Lungenkrebs zu sterben. Als starke Raucher gelten dabei Menschen, die 20 Jahre lang mindestens eine Packung Zigaretten

pro Tag geraucht haben oder 10 Jahre lang mindestens zwei Packungen Zigaretten pro Tag.

Lungenkrebs wird überwiegend erst in einem späten Stadium entdeckt, sodass fünf Jahre nach der Diagnose nur noch ein Fünftel bis ein Sechstel der Betroffenen lebt. Derzeit existiert in Deutschland kein systematisches Screening auf Lungenkrebs. Gemäß der strahlenschutzrechtlichen Genehmigung für ein Screening-Verfahren mittels Low-Dose-CT durch das BMUV könnte das Lungenkrebsscreening *zunächst als Selbstzahlerleistung* angeboten werden und – *nach Beschluss des G-BA* über die Aufnahme der Untersuchung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen – in Zukunft auch im Rahmen eines nationalen Früherkennungsprogramms.

Entsprechend sollte in der Bewertung die mögliche Ausgestaltung des Screenings für (ehemals) starke Raucherinnen und Raucher adressiert werden. Zur Nutzenbewertung von möglichen Varianten eines Lungenkrebs-Screenings mit Low-Dose-CT lag allerdings nur eine Studie vor, die ein jährliches Screening mit einem zweijährlichen Screening verglichen hat: Insgesamt ließ sich dadurch aber nicht klären, ob das zweijährliche Low-Dose-CT-Screening im Vergleich zum jährlichen einen höheren Nutzen oder höheren Schaden hat oder beide gleichwertig ist. Weitere mögliche Varianten von Screeningintervallen, wie eine risikobasierte Anpassung des Screeningintervalls, werden aktuell in Studien untersucht.

Zu allen *anderen Aspekten*, beispielweise des technisch-apparativen Gerätestandards, der Durchführung der Bildbefundung und den Abklärungsalgorithmen bei auffälligen oder unklaren Befunden bei Personen ohne Verdacht auf Lungenkrebs, fehlt es an klaren Aussagen. Dies gilt ebenso für Untersuchte mit einem abklärungsbedürftigen Befund in der vorangegangenen CT im Rahmen eines Screenings. Auch zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität liegen (wie schon zur ersten Nutzenbewertung 2020) weiterhin keine aussagekräftigen Daten vor.

Laufende Studien zur Einführung eines Low-Dose-CT-Screenings

Eine laufende Studie (Hanse-Studie) geht mehreren Fragen eines Lungenkrebsfrüherkennungsprogrammes in Deutschland nach, beispielsweise bei der Definition von Risikogruppen und wie mögliche Zielgruppen für eine Teilnahme an dieser Untersuchung gewonnen werden können. Weitere Aspekte der Studie sind Maßnahmen, die Untersuchung begleiten, wie eine Raucherentwöhnung sowie Untersuchungszeitpunkte und die Bildbefundung.

Zum Ablauf der Berichterstellung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 23.11.2023 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung des Lungenkrebs-Screenings mittels Niedrigdosis-Computertomografie beauftragt. Auf Basis einer internen Projektskizze wurde ein Rapid Report erstellt. Dem Auftraggeber ist der nun veröffentlichte Rapid Report im Mai 2024 zugegangen.

Bereits im November 2020 hatte das IQWiG in einem Abschlussbericht eine erste Nutzenbewertung zur Niedrigdosis-Computertomografie veröffentlicht: Lungenkrebsscreening mittels Low-Dose-CT (S19-02).

Quelle: nach Pressemitteilung der Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom 19.06.2024

Anzeige

Blutdruck:

Wieviel Lakritz ist unbedenklich?

Foto: AdobeStock / Lucie

Neuere Studienergebnisse deuten darauf hin, dass Lakritz mit dem Inhaltsstoff Glycyrrhizinsäure (GA) eine stärkere Wirkung auf den Blutdruck hat als bisher angenommen. Bereits eine tägliche Einnahme von 14 – 15 Lakritzpastillen, entsprechend dem WHO-Grenzwert von 100 mg GA, erhöhte Blutdruck und Biomarker für eine Herzinsuffizienz schon bei jungen, gesunden Probanden.

Lakritz kann durch die Wirkung des Inhaltsstoffs Glycyrrhizinsäure (GA) den Blutdruck erhöhen. Laut der Weltgesundheitsorganisation hat eine Menge von bis zu 100 mg dieses Inhaltsstoffes pro Tag wahrscheinlich keine schädlichen Auswirkungen. Allerdings sind unter den bisher veröffentlichten Studien keine wissenschaftlichen und kontrollierten Studien, in denen die Effekte einer Aufnahme dieses Inhaltsstoffes untersucht wurden.

Erhöht Lakritz den Blutdruck und das Risiko für Herzinsuffizienz?

Eine aktuelle Studie aus Schweden hat nun die Auswirkungen einer täglichen Lakritzeinnahme mit 100 mg GA auf den Blutdruck analysiert. Der Effekt von GA-haltigen süßen Lakritzpastillen wurde mit Hilfe salziger Pastillen mit Lakritzgeschmack, aber ohne GA, verglichen. Gesunde Freiwillige wurden in der offenen überkreuzten Studie nach dem Zufallsprinzip entweder zuerst der Lakritzgruppe oder der Kontrollgruppe zugeordnet. Jeder Teilnehmer sollte täglich 14 oder 15 Pastillen an wechselnde Tagen mit einer definierte Menge dieses Inhaltsstoffes zu sich nehmen. Nach einer ersten Einnahmephase über 2 Wochen erfolgte eine Auswaschphase über 2 Wochen. Anschließend wechselten die Teilnehmer zur Einnahme der jeweils anderen Pastillensorte. Die Teilnehmer maßen täglich ihren Blutdruck zuhause. Zusätzlich analysierten die Wissenschaftler alle 2 Wochen Blutproben der Teilnehmer, um Effekte auf Renin und Aldosteron zu ermitteln, die wesentliche Elemente eines blutdruckregulierenden Systems im Körper sind. Zur Früherkennung von Herzinsuffizienz maßen die Wissenschaftler zudem die Konzentration von NT-ProBNP (N-terminal prohormone of brain natriuretic peptide).

Randomisierte Studie mit 28 gesunden Teilnehmern

Insgesamt nahmen 28 Personen, davon 14 Männer (50 %), im durchschnittlichen Alter von 24,0 Jahren (Interquartilbereich 22,8 – 27,0 Jahre) an der Studie teil. Während der Lakritz-Einnahmeperiode stieg der systolische Blutdruck im Vergleich zum Kontrollzeitraum signifikant an. Die Konzentrationen von Renin und Aldosteron sanken hingegen signifikant mit GA-haltigem Lakritz.

Die Autoren analysierten die Teilnehmer je nach Stärke des Effekts auf das Renin-Aldosteron-System. Im Quartil der Teilnehmer mit der stärksten Hemmung von Renin und Aldosteron stieg die Konzentration des Herzinsuffizienz-Markers NT-ProBNP während der Lakritzeinnahme im Vergleich zum Kontrollzeitraum signifikant an.

Blutdruckerhöhung bereits durch geringe Mengen Lakritz

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Lakritz bereits bei einer täglichen Einnahme von nur 100 mg Glycyrrhizinsäure, entsprechend 14 bis 15 süßen Lakritzpastillen in dieser Studie, den Blutdruck deutlich erhöht und das Risiko für eine Herzinsuffizienz messbar steigert. Die Studie wurde an gesunden Probanden durchgeführt. Bei Menschen mit Vorerkrankungen wie beispielsweise Bluthochdruck oder Nierenfunktionsstörung kann, so die Autoren, mit stärkeren Auswirkungen von Lakritze auf den Blutdruck und das Herz gerechnet werden. Der "sichere" Grenzwert für den Verzehr von Lakritz sollte demnach womöglich neu überdacht werden, so das Fazit der Studienautoren.

Autoren:
Af Geijerstam P et al:
A low dose of daily licorice intake affects renin, aldosterone, and home blood pressure in a randomized crossover trial. Am J Clin Nutr. 2024 Mar;119(3):682-691. doi: 10.1016/j.ajcnut.2024.01.011. Epub 2024 Jan 20. PMID: 38246526.

Quelle: DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom

Anzeige

OXYCARE Medical Group GmbH
MEMBER OF SOS oxygène
SEIT 25 JAHREN
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
Lagerhaltig, sofort verfügbar

- **Comfort Cough II** optional mit HFCWO (High Frequency Chest Wall Oscillation)

Sauerstoffversorgung

– Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

Aktion EverFlo inkl. GRATIS Fingerpulsoxymeter OXY310 595,00 € *

- **Zen-O**, mit 2 l/min Dauerflow
- **SimplyGo Mini**, ab 2,3 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

Abbildungen können abweichen. Preisänderungen/Druckfehler vorbehalten.

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

Neue Lancet-Studie:

Jeder zehnte Deutsche stirbt beatmet im Krankenhaus

Foto: AdobeStock / ClicksdeMexico

Die jetzt in der englischen Fachzeitschrift Lancet, einer der renommiertesten Zeitschriften weltweit publizierte Studie deutscher Pneumologen und Intensivmediziner wird die fachlichen wie auch gesellschaftspolitischen Diskussionen der nächsten Zeit bestimmen, sind sich die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) wie auch die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) einig.

Das müsse sie sogar, betonen beide Präsidenten! Denn es wird mehr als deutlich: Deutschland beatmetet weitaus mehr Patienten als andere Länder mit vergleichbar entwickelten Gesundheitssystemen. Dabei ist jedoch die Krankenhaussterblichkeit dieser Patienten mit 43,3 Prozent sehr hoch, wie auch die Kosten mit insgesamt sechs Milliarden Euro jährlich.

„Friedlich zuhause sterben ist für viele Menschen nicht mehr die Realität – sie liegen oftmals in den Kliniken", resümiert DGP-Präsident Professor Wolfram Windisch (links), Chefarzt der Lungenklinik an den Kliniken der Stadt Köln. „Jeder zehnte Deutsche stirbt beatmet im Krankenhaus". Es sei auffällig, dass vor allem hochaltrige Patienten sehr häufig auf den Intensivstationen beatmet würden, aber dennoch versterben. „Wir müssen uns deshalb die Frage stellen, ob wir ethisch und medizinisch das Richtige tun, wie auch gesellschaftlich-ökonomisch", überlegt auch DGIIN-Präsident Professor Matthias Kochanek (Mitte), Leiter der internistischen Intensivmedizin am Universitätsklinikum Köln.

Überraschend hohe Zahlen müssen diskutiert werden

Es gelte, die harten Fakten der Studie genau anzusehen und dann aber erst einmal zu überlegen, plädieren Windisch und Kochanek. Anschließend müsse man sich als Pneumologe und Intensivmediziner jedoch ernsthaft die Frage stellen: Beatmen wir die richtigen Patienten? Sollten wir eventuell andere Wege gehen?

Die hohen Sterblickeitraten und Kosten, haben beidde Ärzte in dieser Höhe überrascht. „Wir müssen uns auch die Frage nach dem Warum gefallen lassen", sagt Prof. Kochanek. Beatmung jedoch bringe in Deutschland jden Kliniken hohe Erträge.

Mehr Vorbeugung und weniger Beatmung?

„Haben wir so viele Beatmungsbetten, weil die Patienten sie brauchen, oder brauchen wir so viele Patienten in diesen Betten, damit sich die Kliniken finanzieren können?“, fragt Wolfram Windisch.

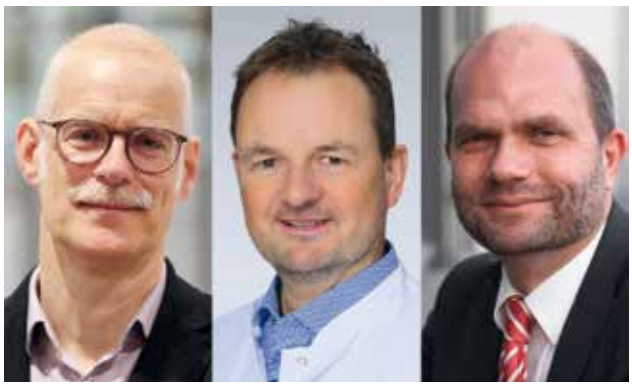
Gleichzeitig sei Deutschland Schlusslicht bei der Tabakprävention, so der DGP-Präsident. Und Tabakkonsum sei einer der größten Risikofaktoren für viele und schwere Herz- wie auch Lungenerkrankungen, die wiederum die Hauptursachen für eine Beatmung auf Intensivstationen in Deutschland darstellen. Denn auch in puncto Erkrankung liegen die Daten vor. „Wir sind also in einem ganz ungünstigen Spagat: Wir verhindern die Krankheiten nicht, die wir dann aber maximal mit allem, was geht, behandeln“, so Windisch. Wäre es nicht andersherum deutlich besser?

Diese Studie wirft aber noch mehr Fragen auf. Beide Professoren sind sich entsprechend einig: „Es ist enorm wichtig, zukünftig noch mehr Studien zur Qualitätssicherung auf den Weg zu bringen! In erster Linie muss jetzt aber mit der Krankenhausreform eine Strukturqualität eingeführt werden, die es bisher nur unzureichend gibt! Wir brauchen vor allem hervorragend ausgebildetes Personal und nicht mehr das Prinzip ‚Jeder macht alles‘.“

Ökonomisch gilt es, die Intensivmedizin als Leistungsgruppe abzubilden

Es gelte, die Studienergebnisse auch mit der Brille der Krankenhausreform zu betrachten, ordnet der Arzt und Gesundheitsökonom Professor Reinhard Busse (rechts) die Ergebnisse ein. Busse ist selbst Mitautor der Studie sowie Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. „Wir brauchen diese Beatmungsbetten nicht alle!“ Man müsse sich in Deutschland klar werden, dass eine Beatmung einen primär kurativen Ansatz hat, so der Universitätsprofessor für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin.

Generell zeige die Studie aber auch, dass die Beatmung in der Intensivmedizin, derzeit ein wichtiger und wirtschaftlich bedeutender Bereich einer Klinik ist. „Es ist entsprechend sehr wichtig, dass wir bei der Bildung von Leistungsgruppen die Intensivmedizin eigenständig und differenziert in Versorgungsstufen abbilden, um hierüber eigene scharfe und qualitätsorientierte Strukturvoraussetzungen zu definieren.



Diskutieren die Ergebnisse der neuen Lancet-Studie zur Beatmung in Kliniken (v.l.): DGP-Präsident Professor Wolfram Windisch, DGIIN-Präsident Professor Matthias Kochanek sowie der Arzt und Gesundheitsökonom Professor Reinhard Busse. Fotos: Mike Auerbach, Uniklinik Köln, privat

Hier darf es bei der jetzigen Reform keine weitere Verwässerung geben.“

Zum Hintergrund:

Das Team um Hauptautor Professor Christian Karagiannidis wertete die Routinedaten aller 1.003.882 Patienten ab 18 Jahren aus, die zwischen 2019 und 2022 in 1.395 deutschen Krankenhäuser beatmet wurden. Insgesamt verstarben 43,3 Prozent der Beatmeten im Krankenhaus. Dabei beobachteten die Autoren einen Anstieg der Krankenhaussterblichkeit mit steigendem Alter: So verstarben 27,6 Prozent bei den 18- bis 59-Jährigen, aber 59,0 Prozent bei den über 80-Jährigen. Insgesamt verstarben somit in Deutschland über 10 Prozent aller Klinikpatienten, die beatmet wurden. Die Anzahl der beatmeten Patienten innerhalb der Gesamtbevölkerung war insbesondere bei den über 80-Jährigen mit mehr als einem Prozent pro Jahr sehr hoch. Die Autoren ermittelten als durchschnittlichen Kosten pro beatmetem Patienten mit 22.000 Euro für das Jahr 2019 und mehr als 25.500 Euro im Jahr 2022.

Quelle: Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) vom 13.06.2024

Der „Sport-Sommer“ 2024 – ein Motivator für Sportmuffel?

VDBD-Expertin gibt Tipps für mehr Bewegung im Alltag

Foto: AdobeStock / Kara

Immer weniger Menschen sind in Sportvereinen aktiv[1]. Fast 30 Millionen Deutsche geben an, gar keinen Sport zu machen[2], stattdessen sitzen sie durchschnittlich mehr als 2 Stunden vor dem Fernseher.[3] Gleichzeitig nehmen die Fälle von Übergewicht und Adipositas zu.

„Diese Zahlen zeigen: Viele Deutsche sind Sportmuffel“, sagt Theresia Schoppe, stellvertretende Vorsitzende des VDBD. Aus Studien ist bekannt, dass sich Menschen mit Diabetes im gleichen Ausmaß zu wenig bewegen wie Menschen ohne Diabetes. „Dabei ist Bewegung ein oft unterschätzter aber wichtiger Baustein der Diabetestherapie“, so Schoppe. „Es ist wichtig, Methoden zu finden, um sich zur Bewegung zu motivieren.“ Gleiches gilt natürlich auch für stoffwechselgesunde Personen.

Schon wenig, aber regelmäßige Bewegung schützt vor Krankheiten

Regelmäßige Bewegung stärkt Herz und Kreislauf: Schon 8 Minuten Training pro Tag reichen aus, um das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis zu 20 Prozent zu verringern. Während Ausdauer-Sportarten insbesondere das Herz-Kreislauf-Risiko verbessern, stärken kraftbetone Sportarten Muskeln, Sehnen, Knochen, Gelenke und Bänder, was auch Osteoporose oder Muskelschwund im Alter vorbeugen kann. Daher ist eine Kombination aus Ausdauerbelastung und Kräftigungsübungen sinnvoll. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt pro Woche mindestens 150 Minuten moderates Ausdauertraining oder mindestens 75 bis 150 Minuten intensives Ausdauertraining sowie an mindestens zwei Tagen kräftigende Übungen für alle größeren Muskelgruppen.4

Menschen mit Diabetes Typ 2 profitieren zudem von der Auswirkung auf den Glukospiegel. Sport verbessert die akute und chronische Glykämie und kann den Medikamentenbedarf reduzieren. „Regelmäßige Bewegung wirkt aber auch vorbeugend gegen Diabetes Typ 2. In Kombination mit einer abwechslungsreichen, gesunden Ernährung kann sie sogar eine drohende Diabeteserkrankung abwenden“, betont Schoppe.

Gefahr des „Doppeldiabetes“ durch Bewegungsmangel

Regelmäßige Bewegung ist auch bei einem Diabetes Typ 1 zu empfehlen. „Menschen mit Typ-1-Diabetes haben die gleichen genetisch und Lebensstil bedingten Risiken für Typ-2-Diabetes wie die Gesamtbevölkerung“, erklärt Schoppe. So kann sich auch bei ihnen eine Insulinresistenz entwickeln, was einen erhöhten Insulinbedarf zur Folge hat. Regelmäßige Bewegung kann in solchen Fällen helfen, die Insulindosis wieder zu verringern.

Mit moderner Technik und guter Beratung sorgenfrei aktiv

Die meisten Menschen mit Typ-1-Diabetes nutzen ein kontinuierliches Glukosemess-System (CGM), viele eine Insulinpumpe und der Anteil derer mit einem AID-System, bestehend aus CGM und Insulinpumpe, wächst stetig. Bei Personen mit Typ-2-Diabetes ist mit 22 Prozent der Anteil der CGM-Nutzenden inzwischen auch beträchtlich.1 „Die vermehrte Nutzung von Geräten, die die Glukoseüberwachung und Insulingabe übernehmen, hilft Betroffenen dabei, sich auf ihren Sport zu konzentrieren und sich weniger Sorgen um Unterzuckerungen zu machen“, so Schoppe.

Menschen mit Diabetes und Interesse an Sport sollten sich eng mit dem betreuenden Diabetesteam absprechen, insbesondere bei einer Insulintherapie. Denn: „Je nach Trainingszustand, Intensität und Dauer kann sich Bewegung ganz unterschiedlich auf Glukosespiegel und Insulinbedarf auswirken.", so Schoppe. Sinnvoll sei es daher, zu Beginn ein Bewegungstagebuch zu führen, um ein Gefühl für die Stoffwechsel-Reaktionen des eigenen Körpers zu bekommen.

Vom Couchpotato zum Sportler: 4 Tipps für mehr Bewegung im Alltag

1. Nicht von 0 auf 100! Die Belastung in Maßen anfangen und langsam steigern. Am Anfang zählt jede Bewegung und es kann bereits ein großer Fortschritt sein, die Sitzzeit zu reduzieren!
2. Routine: Sie hilft, langfristig dabei zu bleiben. Wenn man z.B. oft genug abends eine kleine Runde spaziert, statt vor dem Fernseher zu sitzen, wird es zur Gewohnheit. Man wird sich nicht mehr daran erinnern müssen.
3. Spaß muss sein! Eine Routine, die keine Freude bereitet, wird schnell wieder abgelegt. Es lohnt sich auszuprobieren, welche Art von Bewegung auch auf Dauer Spaß macht. Vielleicht ist Sport in der Gruppe das Richtige? Ein fixer Termin im Kurs oder mit Freund:innen erhöht zudem die Verbindlichkeit.
4. Nudging: Manchmal müssen wir uns in die richtige Richtung „schubsen" (engl.: to nudge). Es kann helfen, Sportschuhe und die richtige Kleidung bereits am Vorabend bereitzulegen, wenn man sich vornimmt, z.B. morgens eine Runde zu walken. Oder man stellt das Fahrrad einfach erreichbar nach vorn in die Garage – am besten noch vor das Auto.

Literatur:

1 Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2024 https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/Gesundheitsbericht_2024_Endversion.pdf

2 Statista: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/171911/umfrage/haeufigkeit-sport-treiben-in-der-freizeit/

3 Destatis: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2024/PD24_21_p002.html

4 WHO-Leitlinien zu körperlicher Aktivität und sitzendem Verhalten

Quelle: Pressemitteilung der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) vom 11.06.2024

Anzeige

COILS – FÜR MEHR LEBENSQUALITÄT IM ALLTAG.

Leiden Sie unter einem fortgeschrittenen Lungenemphysem?

Zählen auch Sie zu den Menschen, die besonders mit Atemnot zu kämpfen haben?

Geht es Ihnen trotz optimaler medizinischer Versorgung schlecht?

Dann könnte die **minimalinvasive Behandlung** mit Coils dazu beitragen, Ihre Lebensqualität, körperliche Belastbarkeit und Lungenfunktion zu verbessern.

Sprechen Sie mit Ihrem/Ihrer Lungenfacharzt/-ärztin über die Behandlungsmöglichkeiten zur Lungenvolumenreduktion.

www.freeflowmedical.com

Free Flow® MEDICAL

Leitlinie zum Management der Bronchiektasen-Erkrankung veröffentlicht

Das Fachgebiet der Pneumologie ist um eine Leitlinie reicher: Seit kurzem erweitert die deutschsprachige, konsensusbasierte Leitlinie „Management erwachsener Patientinnen und Patienten mit Bronchiektasen-Erkrankung" die Palette der AMWF-Leitlinien.

An ihrer Erstellung waren hochkarätige Wissenschaftler aus Deutschland, Österreich und der Schweiz unter Federführung von Professor Dr. Felix C. Ringshausen von der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) beteiligt*. Eine besondere Herausforderung: Denn die Bronchiektasen-Erkrankung gehörte bis vor wenigen Jahren zu den vernachlässigten Lungenerkrankungen, die in ihrer Häufigkeit und Relevanz weit unterschätzt wurde. Das hat sich durch die Erarbeitung der S2k-Leitlinie geändert. Die umfangreichen, validen Informationen zu Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie sowie die konkreten Empfehlungen für den Praxisalltag sind von hohem Nutzen für die Patienten und Patientinnen und die sie behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

Die Liste der Leitlinien, die sich mit pneumologischen Krankheitsbildern befassen, ist lang. Die Bronchiektasen-Erkrankung allerdings führte über eine lange Zeit ein Schatten-Dasein, eine Leitlinie stand nicht zur Verfügung was. Erst in den vergangenen Jahren kam es durch das gezielte Engagement des vor Kurzem verstorbenen Professor Dr. Tobias Welte von der MHH zu einem erheblichen Erkenntniszugewinn. Deutlich an Fahrt aufgenommen hat das wissenschaftliche Engagement zur Bronchiektasen-Erkrankung durch eine europäische Initiative, die Professor Welte gemeinsam mit Professor Dr. James Chalmers von der University of Dundee in Schottland etablierte und die schließlich im Jahr 2016 in Hannover zur ersten „World Bronchiectasis Conference" und einem in diesem Zusammenhang stattfindenden Konsensustreffen führte. Dabei wurde offensichtlich, dass die Bronchiektasen-Erkrankung sehr viel häufiger ist als bislang angenommen, mit erheblichem Anstieg im Alter.

EMBARC und PROGNOSIS: Registerstudien liefern wertvolle Informationen

Entscheidend für die weitere Entwicklung auf dem Gebiet der Bronchiektasen war der Startschuss für die beiden Registerstudien EMBARC, dem europäische Bronchiektasen-Register (The European Multicentre Bronchiectasis Audit and Research Collaboration, www.bronchiectasis.eu) und PROGNOSIS (The PROspective German NOn-CF BrochiectaSIS Patient Registry/ Deutsches Bronchiektasen-Register), die eng zusammenarbeiten. Mit der PROGNOSIS-Register-Studie wurde seit 2015 deutschlandweit eine nationale, repräsentative, prospektive, beobachtende und longitudinale Datenbank aufgebaut. Diese Daten repräsentieren Deutschland innerhalb des europäischen Bronchiektasen-Registers EMBARC.

Der Wissensstand über die Bronchiektasen-Erkrankung hat sich in den letzten fünf Jahren durch diese Initiativen stärker vergrößert als in den fünf Jahrzehnten zuvor. Die Erstellung und Etablierung einer S2k-Leitlinie zur Bronchiektasen-Erkrankung war ein weiterer, zwangsläufiger Schritt in die richtige Richtung. Sie wird auch dazu führen, dass Patienten mit Bronchiektasen-Erkrankung künftig besser und zielgenauer versorgt werden können.

An der Erstellung der S2k-Leitlinie zum „Management erwachsener Patientinnen und Patienten mit Bronchiektasen-Erkrankung" waren alle relevanten Fachgesellschaften im deutschsprachigen Raum beteiligt. Federführend waren:

- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.,
- Wissenschaftler des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DLZ) an der Medizinischen Hochschule Hannover und weiteren DZL-Standorten.
- BREATH-Wissenschaftler Professor Dr. med. Felix C. Ringshausen, Oberarzt an der Klinik für Pneumologie und Infektiologie der MHH, Koordinator und wissenschaftlicher Leiter der ersten deutschsprachigen S2K-Leitlinie zum Management erwachsener Patientinnen und Patienten mit Bronchiektasen-Erkrankung.

Hier geht es zur Originalpublikation:
S2k-Leitlinie: Management erwachsener Patientinnen und Patienten mit Bronchiektasen-Erkrankung (awmf.org)

Pressemeldung Deutsches Zentrum für Lungenforschung, Breath Hannover vom18.06.2024

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 Lungen- erkrankungen. 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 be- fördern. 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. Folgende **Kontraindikationen** liegen **nicht** vor: ☑
   - akuter/nicht drainierter Pneumothorax
   - instabile Herz-Kreislauf-Erkrankung
   - schwere Lungenblutungen

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

Neue Studie:

Der Süßstoff Xylit – auch „Birkenzucker“ – ist mit erhöhtem Risiko für Herzprobleme verbunden

Foto: AdobeStock / Towfiqu Barbhuiya

Höhere Werte des Süßstoffs Xylit im Blut sind mit einem deutlich erhöhten Risiko für schwere Herzerkrankungen und Schlaganfälle verbunden. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie der Cleveland Clinic in den USA, die jetzt im „European Heart Journal“ veröffentlicht wurde. Erstautor der Studie ist Dr. med. Marco Witkowski, Kardiologe am Deutschen Herzzentrum der Charité (DHZC).

Xylit, häufig auch als *„Birkenzucker“* bezeichnet, ist ein sogenannter *„Zuckeralkohol“*, der als kalorienarmer Süßstoff in verschiedenen Lebensmitteln und Getränken verwendet wird. In der Lebensmittelindustrie wird Xylit geschätzt, weil es die Textur, Feuchtigkeit und Haltbarkeit von Produkten verbessert, ohne einen Nachgeschmack wie andere Süßstoffe zu hinterlassen. Es wird daher in großen Mengen verkauft und als „natürlicher Süßstoff“ beworben, da es in geringen Mengen auch in Obst oder Gemüse vorkommt und vom Körper produziert werden kann.

Einstufung und Verwendung von Xylit

Künstliche Süßstoffe wie Xylit werden von Gesundheitsbehörden der USA und der Europäischen Union als „Generally Recognized as Safe“ (GRAS) eingestuft. Ihr Einsatz wurde von mehreren Leitlinienorganisationen für Personen empfohlen, die an Übergewicht, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden.

Außerdem soll Xylit einigen Untersuchungen zufolge eine karieshemmende Wirkung haben. Daher wird der Süßstoff nicht nur als Ersatz für Zucker, sondern auch als zusätzliches Mittel gegen Karies vermarktet, etwa *als Zusatz* von Zahncremes, Lutschtabletten oder Kaugummis.

Durchführung und Ergebnisse der Studie

Dr. med. Marco Witkowski, Kardiologe an der Klinik für Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin am Charité-Campus Benjamin Franklin, Berlin hat während eines mehrjährigen Forschungsaufenthaltes an der Cleveland Clinic in Ohio, USA, untersucht, ob der

Konsum von Xylit das Risiko für schwerwiegende Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfälle erhöht.

Dazu wurden zunächst Blutproben von insgesamt mehr als 3.300 Herz-Kreislauf-Patientinnen und -Patienten analysiert. Diese Patient:innen wurden daraufhin über einen Zeitraum von drei Jahren beobachtet. In diesem Zeitraum kam es bei Patient:innen mit hohen Xylit-Konzentrationen im Blut statistisch häufiger zu Schlaganfällen und sogenannten „kardialen Ereignissen" wie einem Herzinfarkt oder zum Tod.

Dieser Zusammenhang konnte in der Folge weiter erhärtet werden: In Laborversuchen wie auch bei Tests mit gesunden Studienteilnehmer:innen zeigte sich, dass Xylit die Reaktivität von Blutplättchen erhöht, was die Bildung von Blutgerinnseln (Tromben) fördert und somit das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigern kann. Konkret wurde festgestellt, dass das Risiko für schwerwiegende kardiale Ereignisse bei erhöhten Xylit-Werten im Blut deutich um 57 Prozent erhöht war.

Erhöhtes Risiko auch im Zusammenhang mit Erythrit

Bereits 2023 hatte Dr. med. Marco Witkowski in einer von der Cleveland Clinic geleiteten Studie in Zusammenarbeit mit seiner Berliner Klinik im Fachmagazin „Nature Medicine" gezeigt, dass der *Süßstoff Erythrit* ebenfalls mit einem erhöhten Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall verbunden ist.

Die aktuelle Studie zeigt nun, dass auch der Süßstoff Xylit mit einem erhöhten Risiko der Bildung von Blutgerinnseln verbunden ist. Die Ergebnisse verdeutlichen die möglichen *Risiken der Gruppe der Zuckeralkohole*, zu denen unter anderem Xylit und Erythrit gehören.

Konsum überdenken

„Unsere Forschung weist auf gesundheitliche Risiken von Xylit hin und zeigt, dass Süßstoffe nicht unbedingt die harmlose Zuckeralternative sind, für die sie oft gehalten werden. Besonders bei Menschen mit bestehenden Herz-Kreislauf-Risiken könnte der Konsum von Xylit zusätzliche Gesundheitsgefahren bergen", sagt der Arzt. „Es ist wichtig, dass Verbraucher sich dieser Risiken bewusst sind und ihren Konsum dieser Süßstoffe überdenken. Bei Unsicherheiten sollten sie sich an ihren Arzt oder Ernährungsberater wenden."

Foto: Deutsches Herzzentrum der Charité

Dr. med. Marco Witkowski, Kardiologe an der Berliner Klinik für Kardilogie, Angiologie und Intensivmedizin der Charité Berlin und Erstautor der Studie.

Weitere Forschung nötig

Angesichts der *weit verbreiteten Verwendung* von Xylit in Lebensmitteln und Zahnpflegeprodukten halten es die Autorinnen und Autoren der Studie für wichtig, die möglichen Gesundheitsrisiken no weiter zu untersuchen.

Die Studie ist jetzt im „European Heart Journal" erschienen:
https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae244

Link zur früheren Erythrit-Studie:
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36849732/

Pressemitteilung des Deutsches Herzzentrums der Charité vom 6. Juni 2024

Neue Studie:

Mikro-Veränderungen im Gehirn bei Post-COVID-Patienten

Die Auswirkungen einer COVID-19-Infektion auf die Feinstrukturen des Gehirns sind jetzt nachgewiesen. Veränderungen in den Netzwerken des Gehirns hängen häufig mit Schwere der Infektion und den Symptomen ab.

Ein Teil der Menschen, die an COVID-19-Infektion erkrankt waren, leiden langfristig an neurologischen Symptomen wie Konzentrationsstörungen, Geruchsverlust und erhöhter Ermüdbarkeit. Dass diese Beschwerden mittels Bildgebung nachweisbar sind, zeigt jetzt eine aktuelle Studie des Universitätsklinikums Freiburg, die im Fachjournal Nature Communications veröffentlicht wurde. Eine interdisziplinäre Forschungsgruppe fand heraus, dass bei Post-Covid-Patienten die Feinstrukturen im Gehirn im Vergleich zu Gesunden verändert sind. Die betroffenen Gehirnareale standen in Verbindung mit nachweisbaren Symptomen der betroffenen Patienten. Dabei gingen die nachweisbaren Veränderungen einher mit der Schwere der Infektion und der Ausprägung der Symptome. Für ihre Studie hatten die Forscher mit der Magnetresonanztomographie (MRT) die Gehirne von Post-COVID-Patienten, gesunden Kontrollpersonen und COVID-19-Erkrankten ohne Langzeitsymptome untersucht. Nach diesen Befunden gilt es, Ursachen aufzuklären und gezielt neue Therapieformen zu entwickeln.

„Unsere Forschung zeigt, dass COVID-19 auch langfristig strukturelle Veränderungen im Gehirn verursachen kann. Wenn wir diese Veränderungen besser verstehen, könnte es gelingen gezielte Behandlungen für Betroffene von Post-COVID zu entwickeln und deren Lebensqualität zu verbessern“ , sagt Erstautor Prof. Dr. Jonas A. Hosp, Oberarzt an der Klinik für Neurologie und Neurophysiologie des Universitätsklinikums Freiburg, Breisgau.

Neue Erkenntnisse zu Post-COVID-Symptomen

Die Studie umfasste 89 Post-COVID-Patienten, 38 Personen, die eine COVID-19-Infektion ohne anhaltende Symptome überstanden haben, und 46 gesunde Kontrollpersonen. Die Forsche verwendeten modernste MRT-Techniken, um die Mikrostruktur des Gehirns zu untersuchen. Die Forschenden fanden heraus, dass bei Menschen, die eine COVID-19-Infektion durchgemacht haben, die Gehirnstruktur – insbesondere der Grauen Substanz – verändert war. Außerdem konnten Zusammenhänge zwischen den einzelnen Symptomen des Post-COVID-Syndroms und verschiedenen Strukturen des Gehirns nachgewiesen werden. „Wir wissen noch nicht, wodurch diese Veränderungen nach einer COVID-19-Infektion ausgelöst werden. Auch müssen wir mit weiterer Forschung herausfinden, ob es sich dabei um dauerhafte Veränderungen handelt oder diese sich im Laufe der Zeit zurückbilden“, sagt Dr. Alexander Rau, Funktionsoberarzt an der Klinik für Neuroradiologie des Universitätsklinikums Freiburg, Breisgau.

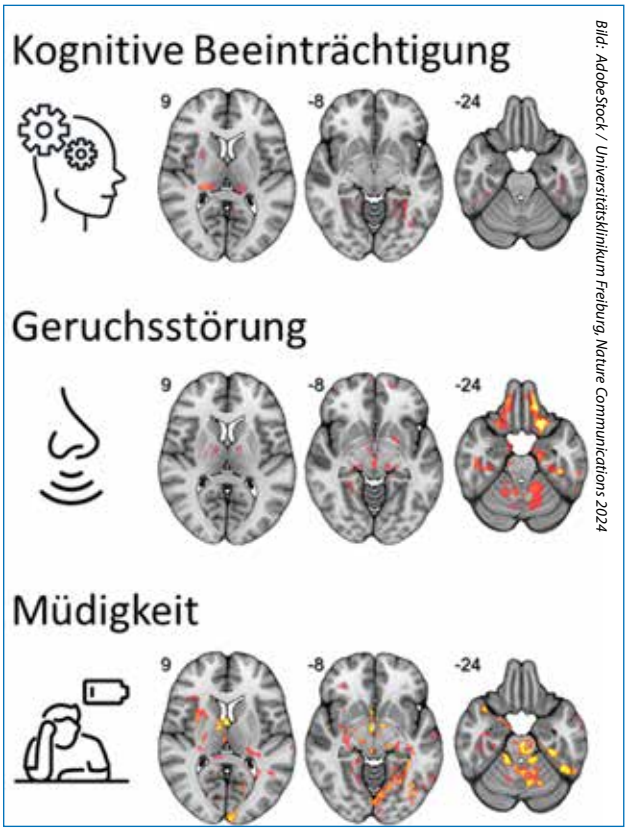


Bild: AdobeStock / Universitätsklinikum Freiburg, Nature Communications 2024

Nach einer Infektion mit COVID-19 besteht ein Zusammenhang zwischen einer veränderten Mikrostruktur in spezifischen Netzwerken des Gehirns mit Konzentrationsstörungen, Geruchsverlust und starke Erschöpfung (Fatigue). Je heller der Bereich, desto stärker der Zusammenhang.

Pressemitteilung des Universitätsklinikums Freiburg- vom 7. Juni 2024

Quelle: „Cerebral microstructural alterations in Post-COVID-condition are related to cognitive impairment, olfactory dysfunction and fatigue“, DOI: 10.1038/s41467-024-04256-0

Advertorial mit freundlicher Unterstützung von Sanofi

Mehr ist möglich
Ein aktives Leben trotz (schwerem) Asthma

Für Menschen mit (schwerem) Asthma kann es nach und nach zur Normalität werden, dass Beschwerden wie Kurzatmigkeit, Erschöpfung und ein Engegefühl in der Brust zunehmend ihren Alltag bestimmen. Doch manchmal hilft es, sich vom Alten und Vertrauten zu lösen, um neue Wege zu entdecken und zu erkennen: Mehr ist möglich! Es lohnt sich oft, festgefahrene Routinen zu hinterfragen, um festzustellen, dass es noch andere Möglichkeiten gibt, einen selbstbestimmten Alltag zu führen und die persönliche Lebensqualität trotz schwerem Asthma zu verbessern. Asthma-Patientin Christine (56, Name geändert) berichtet, wie sie durch ein Umdenken zur passenden Therapie fand und zu einem aktiven Lebensstil gelangte.

Viele Menschen mit (schwerem) Asthma leben bereits seit Jahren mit der Erkrankung. Ist das Asthma nicht (ausreichend) kontrolliert, kann es leicht passieren, dass sich die Asthmabeschwerden trotz bestehender Therapie schleichend und fast schon unbemerkt verschlechtern. Dass es dank moderner Therapiemöglichkeiten inzwischen auch bei schwerem Asthma möglich ist, weitestgehend ohne Symptome zu leben, ist noch lange nicht allen Betroffenen bekannt.

So war es auch bei Christine. Nachdem sie bereits seit ihrer Kindheit mit schwerem Asthma lebt, beschreibt sie die Erkrankung als ihren „Lebensgefährten“. Aufgrund von Allergien konnte sie viele Jahre lang von Frühling bis Herbst nicht aus dem Haus gehen. Auch ihr Hobby Singen fiel ihr irgendwann immer schwerer. Der entscheidende Schritt war schließlich ein Umdenken ihrer medizinischen Betreuung – der Wechsel zu einem neuen Lungenfacharzt. Christine erzählt, wie dieser ihr nach einigen Untersuchungen sagte: „Wissen Sie eigentlich, dass Sie gar nicht austherapiert sind?“. Sie wurde auf ein modernes Asthma-Medikament umgestellt und beschreibt ein völlig neues Lebensgefühl. Nicht nur das Singen klappt wieder ohne Probleme, sie segelt sogar mit ihrem Mann nach Griechenland und wandert dort durch die bergische Landschaft.

Was Christine neben der passenden Therapie hilft, ihr Asthma im Griff zu behalten, ist ein aktiver Lebensstil. Sie macht viele Spaziergänge und hat mit Pilates eine Sportart gefunden, die sie gut mit ihrem Asthma machen kann. „Außerdem mache ich regelmäßig Atemübungen und Physiotherapie, sodass mein Bewegungsapparat maximal unterstützt wird“, erzählt sie. Für andere Menschen mit schwerem Asthma hat sie folgenden Rat: „Lasst euch nicht von euren Träumen abbringen. Auch wenn es im Alltag manchmal beschwerlich ist, werdet aktiv und lasst euch nicht von der Erkrankung das Leben rauben.“

Wie gut ist Ihr Asthma kontrolliert? Den einfachen Selbsttest, aber auch eine Arzt-Suche, Erfahrungsberichte von Betroffenen und weitere praktische Expertentipps rund um ein aktives Leben mit Asthma gibt es auf der Webseite **www.Asthma-Aktivisten.de**.

MAT-DE-2401608-1.0-04/2024, Foto: Sanofi

Neue Studie zu Auswirkungen extremer Temperaturen auf die Gesundheit

Foto: AdobeStock/ lamyai

Das Helmholtz Zentrum München (Munich) erforscht im Rahmen einer Augsburger Studie, wie Hitze und Kälte Menschen mit chronischen Erkrankungen beeinflussen.

Wie wirken sich Hitze und Kälte auf unsere Gesundheit aus? Vor dem Hintergrund des Klimawandels und zunehmend extremerer Temperaturen untersuchen Wissenschaftler des *Instituts für Epidemiologie* des Helmholtz Zentrums München die Auswirkungen des Wetters auf die Gesundheit von Menschen mit häufigen chronischen Erkrankungen.

Dazu wird in der Region Augsburg eine neue Studie durchgeführt, die Auswirkungen von hohen und niedrigen Lufttemperaturen auf das Wohlbefinden von Menschen, insbesondere mit chronischen Krankheiten, wie

- Bluthochdruck,
- Diabetes und
- chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

untersucht.

„Mit der Studie möchten wir dazu beitragen, eine Grundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen zum Abbau bedeutsamer Therapiedefizite im Zusammenhang mit dem Klimawandel zu schaffen. Der gezielte Schutz von Bevölkerungsgruppen, die durch chronische Krankheiten besonders stark auf Umwelteinflüsse reagieren, ist dabei von entscheidender Bedeutung“, sagt Dr. Alexandra Schneider.

Die Studie findet im Rahmen der *bevölkerungsbasierten Kohortenstudie KORA* (**Ko**operative Gesundheitsforschung in der **R**egion **A**ugsburg) statt, die von Helmholtz Munich unter der Leitung von Professor Annette Peters *in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Augsburg* durchgeführt wird. Die "Augsburger Klimastudie" begann im Sommer 2024 und wird etwa 15 Monate dauern. Untersucht werden Studienteilnehmer, die gesundheitlich vorbelastet sind: Es werden Menschen im Alter von 50 und bis zu 80 Jahren eingeladen, die an

- Typ-2-Diabetes,
- Bluthochdruck oder
- COPD

erkrankt sind, sich an der Studie zu beteiligen. Um den Einfluss des Wetters im Jahresverlauf untersuchen zu können, sind insgesamt 12 monatliche Untersuchungen im Studienzentrum vorgesehen. Dabei wird eine *Vielzahl von Untersuchungen* durchgeführt, darunter Blutdruckmessungen, Langzeit-

EKGs, Bestimmung von Entzündungswerten im Blut, Lungenfunktionsmessungen sowie die Erfassung von Krankheitssymptomen und Schlafqualität.

Entwicklung gezielter Schutzpläne

Neben der Augsburger Klimastudie werden die Zusammenhänge zwischen Außentemperaturen und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei AOK-Versicherten deutschlandweit mittels anonymer Krankenkassendaten untersuchen.

Zusammen sollen die Analysen aus beiden Studien Aufschluss über die Auswirkungen von Hitze und Kälte auf die individuelle Krankheitslast der Patienten geben. Im Ergebnis sollen gezielte Schutzpläne für spezifische Alters-, Geschlechts- und Krankheitsgruppen entwickelt werden.

„Wenn wir besser verstehen, wie Kälte oder Hitzeexposition die Gesundheit beeinträchtigen, können wir gezieltere Ratschläge für die Behandlung von Patienten mit diesen häufigen chronischen Krankheiten geben. Diese Erkenntnisse ist auch wichtig für die Erstellung und Aktualisierung von Hitzeschutzplänen".

Über Helmholtz München (Munich)

Helmholtz Munich ist ein biomedizinisches Spitzenforschungszentrum. Sein Ziel ist es, bahnbrechende Lösungen für eine gesündere Gesellschaft in einer sich schnell verändernden Welt zu entwickeln. Forschungsteams aus verschiedenen Fachbereichen untersuchen umweltbedingte Krankheiten, insbesondere die Vorbeugung und die Therapie von "Volkskrankenheiten" wie Diabetes-Typ-2, Fettleibigkeit, Allergien und chronischen Lungenerkrankungen (z.B. COPD). Auch mit dem Einsatz künstlicher Intelligenz sollen die Ergebnisse aus den Untersuchungen schneller die Betroffenen erreichen. Helmholtz Munich zählt mehr als 2.500 Mitarbeitende und hat seinen Standort in München/Neuherberg. Es ist Mitglied der Helmholtz-Gemeinschaft, mit mehr als 43.000 Beschäftigten in 18 Forschungszentren und damit die größte Wissenschaftsorganisation in Deutschland. Mehr über Helmholtz Munich (Helmholtz Zentrum München Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt GmbH): www.helmholtz-munich.de

Über das Forschungsprojekt KlimGesVor

Das Projekt zu den Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheitsversorgung von Patienten mit kardiovaskulären, metabolischen und respiratorischen Erkrankungen wird vom Helmholtz Munich

Foto: G-BA

Institut für Epidemiologie von Dr. Alexandra Schneider in Zusammenarbeit mit Christian Günster vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) geleitet. Neben den Wetterdaten (z.B. Lufttemperatur) und der Luftschadstoffbelastung der Messtation in Augsburg werden auch deutschlandweit erfasste Wetterdaten sowie Umweltdaten des Umweltbundesamtes genutzt, darunter tägliche Messungen von Ozon, Feinstaub und Stickstoffdioxid.

Die Finanzierung dieser Studie erfolgt durch den *Innovationsausschuss* des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Der Gesetzgeber hat diesen eingerichtet, um die Versorgung in den gesetzlichen Krankenkassen kontinuierlich weiterzuentwickeln. Seit 2016 fördert er Projekte, die neue Ansätze für die gesetzliche Krankenversicherung erproben und damit Erkenntnisse für die Verbesserung im Alltag gewinnen wollen. Hierfür stehen dem Innovationsausschuss finanzielle Mittel aus dem Innovationsfonds zur Verfügung (https://innovationsfonds.g-ba.de/innovationsausschuss).

Über das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO)

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) ist eine 1976 gegründete Forschungs- und Entwicklungsstelle in der AOK-Gemeinschaft. Die Experten des WIdO werten jedes Jahr die anonymisierten Daten der 27 Millionen AOK-Versicherten zur Gesundheitsversorgung in Deutschland unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekten aus. Sie erstellen Expertisen über alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung. Forschungsschwerpunkte des WIdO sind Fragestellungen zur Inanspruchnahme und den Ergebnissen der aktuellen Gesundheits- und Pflegeversorgung sowie zu ihrer Finanzierung. Mehr über das Wissenschaftliche Institut der AOK: www.wido.de

Quelle: nach beatmet leben, vom 10.06.2024

Endoprothetik

Verpflichtende Zertifizierung für Kliniken gefordert – Überflüssige Implantationen vermeiden durch kontrollierte Indikationsstellung

Foto: AdobeStock/ATRPhoto

Freiburg – Die AE - Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. fordert die verpflichtende Zertifizierung von Kliniken, die Hüft- und Kniegelenke implantieren. Damit sollen nicht nur die flächendeckende Qualität der Eingriffe sichergestellt, sondern überflüssige Hüft- und Knie-OPs vermieden werden. Die AE weist darauf hin, dass mit EndoCert (1) bereits seit 12 Jahren ein hochentwickeltes freiwilliges Zertifizierungssystem der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC) für Endoprothetikzentren existiert. Dieses zielt auf die Sicherstellung und Überwachung höchster Qualitätsstandards in der Versorgung von Knie- und Hüftendoprothesen ab. Dazu gehört auch die verbindliche Beachtung bestehender Leitlinien zur Indikationsstellung (2, 3). Dies bedeutet, dass jede Operation auf einer fundierten medizinischen Bewertung basiert.

In der Sendung "maischberger" vom 14.2.2024 (4) wurde von Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach kritisiert, dass in Deutschland zu viele Knie- und Hüftoperationen durchgeführt würden. Er wies darauf hin, dass eine Überprüfung und Anpassung der aktuellen Praktiken erforderlich sei, um die Effizienz und Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu verbessern.

Zu Qualität gehört die saubere Indikationsstellung einer Endoprothese

Dies deckt sich mit den Zielen der AE. Das zentrale Anliegen der Fachgesellschaft ist es, die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen und Verletzungen der Gelenke nachhaltig zu verbessern. „Dazu gehört auch zwingend die saubere Indikationsstellung bei der Implantation eines Ersatzgelenks“, sagt Professor Dr. med. Georgi Wassilew, AE-Generalsekretär und Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rehabilitative Medizin am Universitätsklinikum Greifswald.

Bei einer Zertifizierung wird die Einhaltung der Qualitätskriterien jährlich überprüft

Angesichts der großen Bedeutung von Qualitätssicherung in der Endoprothetik hat die DGOOC unter Mitarbeit von unter anderem der AE die EndoCert-Initiative ins Leben gerufen. Sie basiert auf einem wissenschaftlich fundierten und von Expertinnen und Experten definierten Anforderungskatalog zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Kliniken, die künstliche Hüft- und Kniegelenke implantieren. Die Einhaltung dieser Vorgaben wird jährlich im Rahmen eines Vor-Ort-Audits überprüft. „Dabei begutachten die Auditoren auch die Operations-Indikationen anhand von Röntgenbildern und klinischen Daten“, so Dr. med. Holger Haas, Vorsitzender der Zertifizierungskommission EndoCert der

DGOOC e.V. und Chefarzt des Zentrums Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin am Gemeinschaftskrankenhaus Bonn. Zusätzlich ist die Teilnahme am Endoprothesenregister Deutschland (EPRD), das ebenfalls seit 12 Jahren in Betrieb ist, verpflichtend (5).

„Mit einer Teilnahme an EndoCert und dem EPRD decken Kliniken alle qualitätsrelevanten Fragestellungen rund um die Endoprothetik ab, von der Indikation über die Implantatwahl bis hin zur Analyse von Komplikationen", sagt Professor Dr. med. Bernd Kladny, Generalsekretär der DGOOC und Chefarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie m&i-Fachklinik Herzogenaurach. Dies gibt auch den Patientinnen und Patienten Sicherheit bei ihrer Klinikwahl.

Keine lückenlose Umsetzung der hohen Standards ohne verpflichtende Zertifizierung

Derzeit sind jedoch nur 44 Prozent der Endoprothesen-Kliniken in Deutschland nach EndoCert zertifiziert, knapp 500 Einrichtungen. Die Gründe: Die Teilnahme ist freiwillig und versursacht andererseits Aufwände an Zeit und Geld. „Dies erschwert eine lückenlose Umsetzung der hohen Standards", kritisiert Wassilew.

Durch Zertifizierung Sicherheit und Qualität für Patienten verbessern

„Angesichts der aktuellen Diskussion und der von Minister Lauterbach geäußerten Bedenken fordern wir dringend, die verpflichtende Zertifizierung für Kliniken, die Knie- und Hüftendoprothesen einsetzen, einzuführen", so der Orthopäde und Unfallchirurg. Dies würde nicht nur den „Wildwuchs" an nicht überprüften und möglicherweise qualitativ minderwertigen Behandlungsangeboten eindämmen, sondern auch eine flächendeckende, qualitätsgeprüfte Versorgung für alle Patientinnen und Patienten in Deutschland sicherstellen.

Qualitätssicherung entspricht auch den Zielen der Krankenhausstrukturreform

„Die hier gelebte Zentrenbildung, Qualitätssicherung, wissenschaftliche Medizin und Transparenz entspricht auch den Zielen der Krankenhausreform. Nur so kann das Wohl der Patienten langfristig gesichert und die Effizienz des Gesundheitssystems verbessert werden", fasst Wassilew zusammen.

Pressemeldung der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) vom 26.02.24

Quellen:

(1) *www.endocert.de*

(2) *S3-Leitlinie Evidenz- und konsensbasierte Indikationskriterien zur Hüfttotalendoprothese bei Coxarthrose (EKIT-Hüfte): www.register.awmf.org/de/leitlinien/detail/187-001*

(3) *S2k-Leitlinie Knie-Prothese: www.register.awmf.org/de/leitlinien/detail/187-004*

(4) *Sendung maischberger am 14.02.2024, ab Minute 25:15: https://www.ardmediathek.de/video/maischberger/maischberger-am-14-02-2024/das-erste/Y3JpZDovL2Rhc2Vyc3RlLmRlL21lbnNjaGVuIGJlaSBtYWlzY2hiZXJnZXIvMjAyNC0wMi0xNF8yMi01MC1NRVo*

(5) *www.eprd.de*

Anzeige

ZURÜCK IN EINEN LEBENSWERTEN ALLTAG.

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

STRANDKLINIK ST. PETER-ORDING

Wissen, was dem Menschen dient.

Fachklinik für Psychosomatik, Pneumologie und Orthopädie

Fritz-Wischer-Str. 3 | 25826 St. Peter-Ording | Tel. 04863 70601 | info@strandklinik-spo.de | www.strandklinik-spo.de

DGVS mahnt Mangel an Spenderorganen an

Menschen mit Lebererkrankungen besonders betroffen

Im Jahr 2023 warteten mehr als 870 Menschen auf eine für sie *lebensrettende Leberspende*. Die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V. (DGVS) macht anlässlich des Organspendetages darauf aufmerksam, dass bei Patienten mit Lebererkrankungen die Sterberate in Deutschland teils doppelt so hoch ist, wie in anderen Euro-Ländern. Zu lange warten Betroffene hierzulande auf ein lebensrettendes Organ. Im Gegensatz zur Dialysetherapie bei der Niereninsuffizienz gibt es bei schweren Lebererkrankungen keine mit einer Transplantation vergleichbar wirksame Ersatztherapie. Abhilfe schaffen soll unter anderem das neu geschaffene Organspende-Register. Weitere Chancen, die Zahl der Organspenden – insgesamt und bei der Leber – zu erhöhen, bleiben hingegen bislang in Deutschland ungenutzt, so etwa die Widerspruchslösung und die anonyme Cross-over-Lebendleberspende.

Täglich sterben in Deutschland fast drei Menschen, die auf einer der Wartelisten für ein lebensrettendes Organ stehen. „Als Fachgesellschaft begrüßen wir daher die Bemühungen in den vergangenen Jahren, mehr Menschen für eine Organspende zu gewinnen", sagt Privatdozentin Dr. med. Birgit Terjung, Ärztliche Direktorin der GFO Kliniken Bonn und Sprecherin der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). „Das neu geschaffene Organspende-Register ermöglicht es Allen, die individuelle Entscheidung über eine Organspende niederschwellig selbst zu hinterlegen und sie perspektivisch den Kliniken in Deutschland zugängig zu machen", ergänzt Professor Thomas Berg vom Universitätsklinikum Leipzig und Erstautor der medizinischen Leitlinie zur Lebertransplantation. „Wir möchten jeden dazu auffordern, die Bereitschaft zur Organspendeim bundesweiten Register Register zu erklären", so Berg.

Dennoch seien in Deutschland nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft, um die Zahl der verfügbaren Spenderorgane zu erhöhen. Lebendorganspenden sind nur zwischen sich nahestehenden Personen erlaubt. Daran soll die derzeit geplante Überarbeitung des Transplantationsgesetzes nur im Hinblick auf die Niere etwas ändern. Für sie wird voraussichtlich die anonyme Cross-over-Lebendspende zugelassen, die Spender- und Empfänger-Paare miteinander vermittelt und damit die Chancen für ein passendes Organ steigert. Für die Leber ist trotz der

Foto: AdobeStock/ Dreadlock

medizinischen Möglichkeit eine entsprechende Gesetzesänderung nach dem Vorbild anderer europäischer Länder nicht geplant. „Nur mit mehr Spenderorganen können die langen Wartelistenzeiten und die erst sehr späten Transplantationen verhindert werden", so Berg. Der heutige Mangel an Organspenden führt häufig zu Transplantationen mit schlechterer Prognose wegen der nicht immer optimalen Verträglichkeit.

„Im europäischen Vergleich liegen wir mit nur 10 Organspenden je einer Million Einwohnern gegenüber den mit 46 Transplantationen führenden Spanien weit zurück", mahnt Berg. Grund für vermehrte Organspenden in Spanien, aber auch anderen europäischen Ländern, sei jedoch neben der Widerspruchslösung, dass dort die Organentnahme auch bei Spendern mit einem Herztod, und nicht wie in Deutschland ausschließlich beim Hirntod, durchgeführt wird.

„Uns ist bewusst, dass eine Organtransplantation für Verstorbene und deren Angehörige, ebenso wie für die Empfänger, existenzielle Themen betreffen. Keine politische oder medizinische Entscheidung sollte hier leichtfertig getroffen werden", so Privatdozentin Terjung. Entscheidend sei es, die Bemühungen und politischen Entwicklungen der letzten Jahre fortzuführen und kontinuierlich medizinische und politische Möglichkeiten zu prüfen, um die Zahl der Spenderorgane zu erhöhen.

Quellen:

- *Leitlinie Lebertransplantation: LL-LTX-v1.0-Leitlinienmanuskript.pdf (dgvs.de)*
- *BZgA Organspende-Info: BZgA – Informationen zur Organ- und Gewebespende (organspende-info.de)*
- *Referentenentwurf Lebendorganspende: Lebendorganspende-Reform (bundesgesundheitsministerium.de)*

Neue Impfempfehlungen für RSV und Influenza

Foto: AdobeStock / InsideCreativeHouse

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut hat neue Empfehlungen für eine Impfung gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) sowie gegen Influenza herausgegeben. Im Vorfeld hatten die DGP und andere Fachverbände Gelegenheit, die Neuregelungen in einem Stellungnahmeverfahren zu kommentieren.

Bei **RSV** empfiehlt die STIKO *allen Personen ab 75 Jahren* eine *einmalige Impfung*. Eine solche einmalige RSV-Impfung befürwortet sie zudem für *60- bis 74-jährige Menschen*, die in einer Pflegeeinrichtung leben und/oder eine *schwere Form einer Grunderkrankung* haben, beispielsweise eine *chronische Erkrankung der Atmungsorgane*. An dieser Stelle hatte die DGP für eine weitergehende Regelung für schwer pulmonal vorerkrankte Patientinnen und Patienten plädiert. Ohne STIKO-Empfehlung wird den meisten im Alter von *unter 60-Jährigen*

- mit schwerer COPD,
- Lungenfibrose (ILD) oder
- Pulmunal Arterielle Hypertonie (PAH) sowie
- Lungentransplantierten

die Impfung vorenthalten.

Bei den **Influenza**-Impfstoffen folgt die STIKO den Positionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom September 2023 und der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) und spricht sich für einen Wechsel von vierfachen (quadrivalenten) zu dreifachen (trivalenten) Influenza-Impfstoffen (ohne B/Yamagata-Linie) aus. Es wird eine *jährliche Impfung im Herbst* für Menschen im Alter von über 60 Jahren empfohlen. Die Pneumologische Fachgesellschaft unterstützt diese Neufassung.

Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) vom 15.08.2024

Die Hälfte der im Netz gehandelten Medikamente ist gefälscht

Online-Vortrag von Seniorprofessorin Ulrike Holzgrabe in Veranstaltungsreihe der Stiftung Arzneimittelsicherheit

Alle Länder der Erde sind von Arzneimittelfälschungen betroffen, wobei es eine breite Grauzone zwischen krimineller Absicht und nachlässiger Qualitätskontrolle gibt. In Ländern mit mittlerem und geringem Einkommen ist nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) jedes zehnte Arzneimittel gefälscht oder fehlerhaft.

Foto: AdobeStock / LifeStoryStudio

Am häufigsten betroffen sind Antimalariamittel und Antibiotika, was nach Schätzungen der WHO vor allem in Afrika und Südamerika zu weit mehr als Hunderttausend Todesfällen pro Jahr führt. Sehr oft werden auch Potenzmittel, Schmerz- und Betäubungsmittel sowie Krebsmedikamente gefälscht, sei es als nicht autorisierte Kopien des Originals, als Produkte ohne Wirkstoff, mit falschem Wirkstoff, falschem Wirkstoffgehalt oder mit gefälschtem Verfallsdatum oder hohen Verunreinigungen. In den reichen Ländern der westlichen Welt sind schätzungsweise ein Prozent der Arzneimittel in der legalen Vertriebskette gefälscht – mit steigender Tendenz. Besonders viel riskiert, wer seine Medikamente über das Internet bezieht. Denn im Online-Handel beträgt der Fälschungsanteil weltweit 50 Prozent. Mit dieser Bestandsaufnahme eröffnete Ulrike Holzgrabe, Seniorprofessorin für Pharmazeutische und Medizinische Chemie an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, ihren Online-Vortrag „Original oder Fälschung?", zu dem das House of Pharma & Healthcare zusammen mit der Stiftung für Arzneimittelsicherheit eingeladen hatte. Dabei wies die Referentin auf die bemerkenswerte Tatsache hin, dass der Handel mit gefälschten Arzneimitteln profitabler als der Drogenhandel ist – und zudem weniger riskant, weil sowohl die Aufklärungsquoten als auch die Strafen dafür geringer seien.

Ertragreiche Fangzüge von Interpol

Das lukrative Geschäft mit gefälschten Arzneimitteln sei auch eine Folge der Globalisierung, sagte Ulrike Holzgrabe. „Die Herstellung jedes Arzneimittels ist ein internationaler Prozess und wir schippern dafür alles um die Welt." Wirkstoffe aus China und Indien, Hilfsstoffe aus Südamerika, weil das häufig Naturstoffe sind, überall Großhändler, überall Apotheken, auf diese Weise sei es ganz einfach, eine Fälschung in den normalen Kreislauf einzuführen. Früher habe sie zum Beispiel gesagt: „Wo Ciprobay draufsteht, ist auch ganz allein Ciprobay drin. Da ist Ciprofloxacin drin und Bayer hat die Synthese von ganz vorne angefangen und zum Schluss die Tabletten ausgeliefert. Aber das gilt schon lange nicht mehr." Seit 2008 führe Interpol jedes Jahr eine einwöchige Großaktion gegen Arzneimittelkriminalität durch, wobei vor allem der Online-Handel im Visier sei. 2023 hätten sich 89 Länder daran beteiligt, Deutschland erstaunlicherweise nicht. Das Ergebnis: 1300 Webseiten seien geschlossen, 72 Personen verhaftet, pharmazeutische Produkte im Wert von sieben Millionen US-Dollar beschlagnahmt worden, die Mehrzahl davon illegal vertriebene Mittel gegen erektile Dysfunktion, Psychopharmaka und Sexualhormone, wie sie typischerweise in der Bodybuilderszene „vertickt" würden.

Die Stärken und Schwächen des Securpharm-Systems

Zum Schutz der Patienten vor gefälschten Arzneimitteln in der legalen Lieferkette wurde im Februar 2019 europaweit das Securpharm-System eingeführt. Jedes verschreibungspflichtige Arzneimittel trägt seitdem auf seiner Verpackung einen vom Hersteller aufgedruckten digitalen Data Matrix-Code. Mit dessen Hilfe gleichen Apotheken jede Einzelpackung vor der Abgabe an einen Patienten mit den Angaben des Herstellers ab, und buchen sie im Fall einer Verifikation aus. Scheitert diese End-to-End-Verifikation, wird die Packung zurückgehalten und ihre Herkunft überprüft, auch beim Großhandel, der nicht von vorneherein in das Securpharm-System eingeschlossen ist. „ Securpharm ist kein Trace-and-Track-System", betonte Holzgrabe. „Zu keinem Zeitpunkt

kann also festgestellt werden, wo sich eine Packung auf dem Weg vom Hersteller über den Großhandel bis zum Patienten gerade befindet." Das mache es eher unwahrscheinlich, alle Fälschungen zu finden. Noch schwerer wiege aber, das Securpharm nur den Weg der Verpackung prüfe. „Woher der Arzneistoff kommt, den der Hersteller formuliert und verpackt, prüft es nicht. Es entdeckt also keine Ausgangsstoffe schlechter Qualität."

Immerhin lässt sich mit Hilfe von Securpharm aber der Code eines gestohlenen Arzneimittels deaktivieren. Eine Produktpiraterie, wie sie 2014 im Falle von Trastuzumab für Aufsehen gesorgt hatte, würde heute somit beim Auslesen in der Apotheke sofort entlarvt werden. Damals hatten italienische Großhändler und Krankenhäuser gestohlene Beutel mit dem lösbaren Pulver des Krebsmedikamentes gestohlen und diese anschließend mit teils falschem und mangelhaften Inhalt in die legale Vertriebskette eingeschleust. Andererseits gelingt es Fälschern offenbar immer wieder, das Securpharm-System zu umgehen. So wurden etwa im Sommer 2023 im Zuge des Hypes um die „Abnehmspritze" Fälschungen von Ozempic®-Pens in Umlauf gebracht, die Insulin Glargin statt Semaglutid enthielten und massive Unterzuckerungen auslösten. Die Fälschungen wurden entdeckt, nachdem Apotheker Packungen geöffnet und darin anders geformte Pens vorgefunden hatten.

Der lebensgefährliche Dauerbrenner Diethylenglykol

Welchen Gesundheitsgefahren Arzneimittelfälscher Patienten aussetzen, zeigt sich besonders krass am Beispiel des Diethylenglykol. Immer wieder wird es Lebens- und Arzneimitteln zugesetzt, wenngleich spätestens seit den 1930er Jahren bekannt ist, welch katastrophale Folgen das haben kann. Im Wettlauf darum, sich möglichst große Marktanteile für die gerade als antibakterielle Substanzen entdeckten Sulfonamide zu sichern, hatte die amerikanische Firma Massengill damals versucht, einen Sulfanilamid-Sirup herzustellen. Weil Sulfonamide schlecht löslich sind und bitter schmecken, entschied sich ihr Chemiker für eine Rezeptur aus 10 Prozent Wirkstoff, 16 Prozent Wasser und 72 Prozent des Lösungsmittels Diethylenglykol, versetzt mit einem Prozent von Himbeer-Extrakt und anderen Aromen. 112 Kinder starben an diesem Sirup, weil Diethylenglykol bei ihnen Nierenversagen und Leberschäden verursacht hatte. Der verantwortliche Chemiker beging Selbstmord, der Firmenchef wusch seine Hände in Unschuld. Weil auch Paracetamol-Säfte schlecht löslich sind, wird ihnen bis heute manchmal Diethylenglykol zugesetzt. Häufig taucht es auch als unbeabsichtigte Verunreinigung des Hilfsstoffs Glycerin auf. Die amerikanische Zulassungsbehörde fordert deshalb, dass kein Glycerin-enthaltendes Arzneimittel mehr als 0,1 Prozent Diethylenglykol enthalten darf. Darum scheren sich Arzneimittelfälscher wenig, wie Ulrike Holzgrabe an vielen Beispielen zeigte. In Kamerun etwa wurden 2023 im Paracetamol-Saft eines englischen Herstellers 29 Prozent Diethylenglykol gefunden. „Ein Löffel davon kann für ein Kind tödlich sein."

Gewissensloses Geschäft mit HIV-Patienten

Ein äußerst dreistes Geschäftsmodell hatte sich ein Arzneimittelfälscher jüngst in den USA ausgedacht, wie Holzgrabe berichtete. Zum Vertrieb gefälschter Präparate und Kombinationspräparate zur HIV-Behandlung hatte er eigens einen Großhandel gegründet. Seine Ware – ihr Wert belief sich auf 250 Millionen US-Dollar, als sein Betrug aufflog – hatte er sich aus einem Netzwerk von Menschen mit geringem Einkommen beschafft, die er dadurch ein Zubrot verdienen ließ. Diese Menschen wurden in einer Arztpraxis mit der Behauptung vorstellig, sie litten an einer HIV-Infektion und bräuchten eine entsprechende Behandlung. Die Präparate, die sie daraufhin, wenn der Arzt ihnen glaubte, was offenbar nicht selten vorkam, verordnet bekamen, verkauften sie an den kriminellen Großhändler. Dieser Mann gelangte so in den Besitz korrekter Serialisierungsnummern, die er für den Vertrieb von Präparaten nutzte, die keinen oder einen anderen Arzneistoff enthielten. Weil den Herstellerfirmen der Vertrieb dieser Fälschungen auffiel, konnte dieser Mann gefasst und im Juni 2023 verurteilt werden.

Der beste Schutz: Die heimische Apotheke

Generell häufen sich Fälschungen dann, wenn ein bestimmtes Arzneimittel stark nachgefragt ist und knapp wird. So geschehen mit Ciprobay®-Fälschungen in den Monaten nach dem Terror des 11. September 2001, als Folgeterror mit Milzbrandbakterien befürchtet wurde, gegen den man sich mit Gyrasehemmern schützen wollte. So geschehen mit Tamiflu®, als in den Jahren 2006/2007 eine Schweinegrippe-Pandemie drohte. So geschehen mit Chloroquin als erhofftes Mittel gegen SARS-CoV-2 während der ersten Monate der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020. Original und Fälschung seien nicht immer leicht zu unterscheiden, unterstrich Ulrike Holzgrabe abschließend. Am besten könne man sich dagegen schützen, indem man seine Arzneimittel aus möglichst sicheren Quellen beziehe – und das sei an erster Stelle die Apotheke vor Ort.

Pressemeldung der Stiftung Arzneimittelsicherheit vom 27.05.2024

Diabetische Polyneuropathie

Wie neue klinische Entwicklungen Vorbeugung und Behandlung verbessern könnten

Foto: AdobeStock/ WindyNight

Wir stehen vor einer Epidemie des Typ-2-Diabetes. Laut der „Global Burden of Disease"-Studie lebten im Jahr 2021 weltweit 529 Millionen Menschen mit Typ-2-Diabetes, und bis zum Jahr 2050 wird diese Zahl voraussichtlich auf über 1,31 Milliarden ansteigen. Die diabetische Neuropathie ist eine der häufigsten Komplikationen der kleinen Blutgefäße sowohl durch den Typ-1- als auch des Typ-2-Diabetes.

Diese Neuropathie bleibt sowohl in diagnostischer als auch in therapeutischer Hinsicht eine erhebliche klinische Herausforderung. Die Erkrankung wird definiert als eine Reihe von klinischen Symptomen im peripheren oder autonomen Nervensystem, die im Zusammenhang der Zuckerkrankheit entstehen und nicht auf andere Ursachen für periphere Neuropathien zurückgeführt werden können.

Eine beginnde Neuropathie kann jedoch schon im Stadium der frühen Zuckererkrankung auftreten, also bei einer erhöhten Nüchternglukose (IFG) und/oder gestörten Glukosetoleranz (IGT). Verschiedene Studien zeigen, dass im Vergleich zu gesunden Menschen ein höheres Vorkommen der diabetischen Schädigung (sensomotorischen Polyneuropathie) als auch bei der Herz-Kreislauf-bedingten Schädigung (kardivaskulären Neropathie) bei der frühen Zuckererkrankung vorhanden sind. Ihre Krankheitsbedeutung wird häufig unterschätzt. Zudem zeigen verschiedene Studien, dass eine Vorsorgeuntersuchung auf diese Erkrankungen (Neuropathien) in der allgemeinmedizinischen Behandlung nicht ausreichend genutzt wird. Trotz klarer Hinweise darauf, dass neuropathische Defizite wie die *Verringerung oder der Verlust des Berührungs-, Druck- oder Vibrationsempfindens* Voraussage für das Entstehen von neuropathischen Fußgeschwüren ermöglicht. Sie werden oft nicht diagnostiziert und ungenügend behandelt.

Fußgeschwüre tragen wiederum zu einer deutlich erhöhten Rate an Krankenhausaufenthalten, Pflegebedürftigkeit, Arbeitsausfällen sowie den damit verbundenen Kosten und auch zu häufigeren Amputationen der Füße (Unterschenkel) bei Diabetespatienten bei. Zudem erhöhen sie das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der koronaren Herzkrankheit bis zum Herzinfarkt und sind eine Ursache für eine erhöhte

Sterblichkeit. Darüber hinaus berichten etwa 50 Prozent dieser Patienten über schmerzhafte Symptome z.B. in den Füssen. Diese sind oft stark ausgeprägt und können zu bedeutsamen Erkrankungen wie Depressionen, Angst- und Schlafstörungen sowie einer deutlich verminderten Lebensqualität führen.

Die Krankheitsentsstehung dieser Nervenschädigungen ist komplex und noch nicht vollständig aufgeklärt. Sie resultiert aus einer Vielzahl von Störungen auf zellulärer und Gewebeebene, die sowohl Gefäß- als auch nervliche Störungen hervorrufen. Die Kombination aus Fettstoffwechselstörungen und gestörten Nervenübertragungswegen führt zu Stress, Entzündungen und zu Fehlfunktionen, die wesentlich zu den Nervenschädigungen wiederum beitragen. Das unzureichende Verständnis der Entstehung dieser Erkrankung führt dazu, dass bislang keine wirksamen krankheitsmodifizierenden Medikamente zur Verfügung stehen. Diese Situation besteht trotz vielfältiger erfolgreicher Erkenntnisse aus Tierstudien. Der vorherrschende Ansatz zur Behandlung konzentriert sich daher auf die Kontrolle der Risikofaktoren wie die Erreichung der Ziele zur Cholesterinsenkung und die Therapie ihrer Komplikationen. Auch hier besteht eine drastische Unterversorgung der Patienten in Deutschland, da viele Patienten ihre Ziele nicht kennen und häufig diese auch nicht erreichen. Therapien, die direkt die Krankheit modifizieren, werden selten bei schmerzhafter Polyneuropathie angewandt, stattdessen liegt der Schwerpunkt meist auf der Symptomlinderung. Behandlungen zur Bekämpfung neuropathischer Schmerzen erweisen sich jedoch oft als wenig wirksam und schlecht verträglich. Umso wichtiger ist daher die frühe Aufklärung darüber, welche Maßnahmen zur Vorbeugung ergriffen werden müssen, wie etwa die regelmäßige Kontrolle der Füße, deren Pflege und die Auswahl der richtigen Schuhversorgung sowie die Kontrolle von Blutdruck, Cholesterin und Blutglukosewerten, Gewichtsreduktion und Nichtrauchen.

Zwei wichtige Studien

In einer im Jahr 2022 veröffentlichten Studie wurde die Wirksamkeit von drei verschiedenen Medikamenten als Einzeltherapien sowie unterschiedlicher Zweierkombinationen dieser Medikamente zur Schmerzreduktion untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass das Ansprechen auf die jeweilgen Einzeltherapien ähnlich war. Bei Patienten, die auf eine Einzeltherapie nicht ausreichend reagierten, führte die Kombinationstherapie zu einer deutlich stärkeren Schmerzreduktion.

Foto: AdobeStock/ Panumas

Zwischen den unterschiedlichen Kombinationstherapien konnten jedoch keine deutlichen Unterschiede festgestellt werden.

In einer Studie wurden die Auswirkungen einer chirurgischen Nervenentlastung bei schmerzhafter diabetischer peripherer Nervenschädigung untersucht. Es handelte sich um eine hochwertige Studie, bei der einige Patienten eine chirurgische Nervenentlastung erhielten, während unbehandelte Patienten als Kontrollgruppe dienten oder eine Scheinoperation erhielten. Die Patienten wurden über 12 Monate und in einer Erweiterung bis zu 56 Monaten nachbeobachtet. Die Ergebnisse zeigen, dass diese Nervenentlastung anfänglich mit einer deutlichen Schmerzverringerung verbunden war, verglichen mit der Kontrollgruppe. Langfristig zeigte sich eine anhaltende Schmerzreduzierung in der Gruppe, die chirurgisch behandelt worden waren, im Vergleich zur Kontrollgruppe. Jedoch verringerten sich auch die Schmerzen in den Beinen bei den Patienten mit einer Scheinoperation. Dies deutet auf einen Placeboeffekt hin. Als Ergebnis von sich kein überzeugender Nachweis für die chirurgische Nervenentlastung.

Professor Dr. univ. Julia Szendrödi
Vizepräsidentin der DDG, Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie des Universitätsklinikums Heidelberg

Quelle: Pressekonferenz anlässlich des Diabetes Kongresses 2024, 58. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) vom 10.05.2024

Weltweit erstmalig:

Erfolgreiche Behandlung einer systemischen Sklerose mit immuntherapeutischer Methode

Foto: AdobeStock/ sorin

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh) begrüßt einen möglicherweise bahnbrechenden Erfolg in der Behandlung der systemischen Sklerose am Klinikum der Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU). Ein interdisziplinäres Team unter der Leitung der Sektion Rheumatologie und Klinische Immunologie sowie der Medizinischen Klinik und Poliklinik III hat weltweit erstmalig eine junge Patientin mithilfe einer immunologischen Krebstherapie von schweren Symptomen befreit.

Prof. Dr. Hendrik Schulze-Koops, Leiter der Sektion Rheumatologie und Klinische Immunologie an der Medizinischen Klinik IV betont: „Wir sollten nicht behaupten, dass die Patientin geheilt ist, aber ihr Zustand hat sich drastisch gebessert." Diese wegweisende Behandlungsmethode markiert einen Meilenstein in der Therapie der systemischen Sklerose.

Die *systemische Sklerose* ist eine seltene, aber potenziell lebensbedrohliche Autoimmunerkrankung, bei der das Immunsystem des Körpers körpereigenes Gewebe angreift und zu dauerhaften Entzündungen führt, insbesondere der Haut. Diese Entzündungen können zu einer *fortschreitenden Vernarbung* und Verhärtung des Gewebes führen, was zu *erheblichen Einschränkungen der Beweglichkeit* und Funktionen der betroffenen Organe führt. Darüber hinaus kann die Auswirkung der Erkrankung auf innere Organe die Lebenserwartung der Patienten stark beeinträchtigen. Seit einiger Zeit gibt es Hinweise, dass die sogenannten B-Zellen eine bedeutende Rolle bei dieser Autoimmunerkrankung spielen.

Die 35-jährige Münchner Patientin, die zuvor kaum mehr in der Lage war, sich zu bewegen und sogar Schwierigkeiten hatte, Kleidung anzuziehen, zeigte eine dramatische Verbesserung ihrer Symptome nach

einer mehrwöchigen Behandlung mit dem immuntherapeutischen Medikament Blinatumomab. Die Therapie zielte darauf ab, die B-Zellen, die maßgeblich an den Immunreaktionen beteiligt sind, auszuschalten.

Blinatumomab wird bisher zur Behandlung bestimmter Leukämieformen eingesetzt und ist ein „maßgeschneiderter“ Antikörper. Dieser bindet sich an ein Molekül auf der Oberfläche von B-Zellen und gleichzeitig ein Molekül auf der Oberfläche von T-Zellen. Dadurch werden die B-Zellen gezielt zerstört, ohne die T-Zellen zu beeinträchtigen.

Die Behandlung wurde von Prof. Dr. Marion Subklewe, Spezialistin für Immuntherapie, und ihrem Team durchgeführt. Subklewe erklärt: „Die Patientin erhielt das Medikament intravenös über mehrere Tage in niedriger Dosierung, gefolgt von höheren Dosierungen.“ Das Ergebnis war erstaunlich: „Sobald die B-Zellen aus dem Blut entfernt waren, verbesserten sich die Symptome der Patientin drastisch“. Bisher sind keine Nebenwirkungen unter der Therapie aufgetreten. „Jetzt werden wir werden jetzt genau beobachten, wie sich die Therapie auf die Körperabwehr auswirkt und wie stark das Immunsystem durch Blinatumomab beeinträchtigt wird“.

„Die erfolgreiche Behandlung der systemischen Sklerose mit Blinatumomab weckt großen Hoffnungen bei Patienten mit dieser schweren Erkrankung“, so Prof. Dr. Christof Specker, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. „Es ist ermutigend zu sehen, wie neue Ansätze in der Krebstherapie auch bei Autoimmunerkrankungen wie der systemischen Sklerose wirksam sein können. Gerade bei dieser rheumatischen Erkrankung sind bislang die therapeutischen Möglichkeiten sehr begrenzt.“ Es werde nun mit großen Erwartungen verfolgt, wie sich diese neue Therapie in umfangreicheren Patientengruppen und über einen längeren Zeitraum hinweg bewähre.

Pressemeldung der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU), 23.04.2024

Quelle:
Marion Subklewe, et. al.:, 22. April 2024
Application of blinatumomab, a bispecific anti-CD3/CD19 T-cell engager, in treating severe systemic sclerosis: A case study
DOI: https://doi.org/10.1016/j.ejca.2024.114071

Anzeige

Das Medizinforschungsgesetz ist beschlossen

Krankenkassen sollen Pharmaindustrie unterstützen

Foto: AdobeStock/ tatojang1977

Der Deutsche Bundestag hat das Medizinforschungsgesetz beschlossen, mit dem die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und damit für 90 Prozent der Bevölkerung sicher steigen werden.

Hintergrund ist die Regelung, dass für die nächsten Jahre Pharmaunternehmen das Recht bekommen, die mit dem GKV-Spitzenverband ausgehandelten Arzneimittelpreise, die dann für alle gesetzlich und privat Versicherten in Deutschland gelten, geheim zu halten. Darüber hinaus werden erst 2022 eingeführte Regelungen („AMNOG-Leitplanken"), die vor überhöhten Preisen für patentgeschützte Medikamente, die keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen beziehungsweise nicht quantifizierbaren Zusatznutzen haben, wieder gestrichen. Damit werden die AMNOG-Ziele – Einsparungen und Nutzenorientierung im Preis – gestrichen und gegen Wirtschaftsförderung ausgetauscht. Es ist das ausdrückliche Ziel der Bundesregierung, durch diese gesetzlichen Änderungen den Pharmaunternehmen bessere Marktbedingungen zu ermöglichen und damit den Wirtschafts- und Pharmastandort Deutschland zu stärken.

Dazu erklärt Stefanie Stoff-Ahnis, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes: „Wir haben nichts gegen eine staatliche Wirtschaftsförderung. Aber wir lehnen es ab, dass sich die Bundesregierung diese Förderung aus den Beitragsmitteln der GKV finanzieren lässt. Steigende Beiträge für die Supermarktkassiererin und den LKW-Fahrer, um letztlich höhere Gewinne der Pharmaindustrie zu finanzieren, halten wir für keine gute Gesundheitspolitik. Die Demontage der Leitplanken ist der falsche Schritt, denn dadurch werden sogar Medikamente ohne Zusatznutzen teurer. Gleiches gilt für geheime und intransparente Erstattungsbeträge: Sie verteuern die Versorgung, ohne sie zu verbessern. Die Patientinnen und Patienten gehen leer aus."

Sozialpolitische Verteilungswirkung beachten

Es gibt einen zentralen sozialpolitischen Unterschied, ob die Krankenkassen aus ihren Beiträgen etwas finanzieren oder der Bund aus Steuergeldern. Wenn die gesetzlichen Krankenkassen etwas finanzieren, dann wird dies aus den Beiträgen der 58 Millionen Mitglieder (die 16 Millionen Familienmitglieder sind beitragsfrei mitversichert) und von deren Arbeitge-

Foto: GKV-Spitzenverband

Stefanie Stoff-Ahnis (stellv. Vorstandsvorsitzende)

bern finanziert. Dabei zahlen Gutverdienende nur bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze von 5.175 Euro. Wer 10.000 oder 15.000 Euro im Monat verdient, zahlt also nicht mehr als jemand, der 6.000 Euro verdient.

Wenn etwas aus Steuermitteln bezahlt wird, dann finanzieren alle 84 Millionen Menschen in diesem Land dies gemeinsam über Einkommenssteuer, Gewerbesteuer, Mehrwertsteuer usw. Damit sind dann alle Bürgerinnen und Bürger an der Finanzierung beteiligt. Auch gibt es bei der Einkommenssteuer keine Obergrenze. Alle Einkünfte werden herangezogen. Und durch die Steuerprogression in der Einkommenssteuer leisten Gutverdienende einen höheren Anteil. Hier macht es also einen Unterschied, ob jemand 6.000 oder 10.000 Euro im Monat verdient. Deshalb ist es wichtig, dass zum Beispiel staatliche Wirtschaftsförderung aus Steuermitteln finanziert wird.

Konsens gegen Geheimpreise

„Nahezu alle Akteure der Selbstverwaltung lehnen die Einführung von Geheimpreisen und den damit verbundenen Rückschritt in puncto fairer Erstattungsbedingungen und einem eingespielten Abrechnungssystem ab“, betont Stoff-Ahnis. „Dass sie entgegen allen fachlichen Argumenten nun doch vom Bundestag beschlossen werden, ist eine herbe Enttäuschung. Es droht“, so Stoff-Ahnis weiter“, nun ein zusätzlicher, erheblicher Bürokratieaufbau. Die Verknüpfung des Rechts auf Geheimpreise mit einer Forschungstätigkeit, wie mit den aktuellen Änderungsanträgen beschlossen, betont einmal mehr, dass hier zulasten der Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung Forschungsförderung betrieben werden soll.“

Die über 73 Millionen gesetzlich Versicherten mussten zum Jahresanfang einen deutlichen Anstieg der Krankenkassenbeiträge hinnehmen. Bereits heute ist klar, dass die aktuelle Gesetzgebung der Bundesregierung diesen Trend nicht bremst, sondern beschleunigt. Derzeit steigt der Druck die Krankenkassenbeiträge anzuheben mit jedem neuen Gesetz aus dem Bundesgesundheitsministerium.

Pressemitteilung des gesetzlichen Krankenversicherung-Spitzenverbandes (GKV) vom 05.07.2024

Deutsche Stiftung Patientenschutz

Fotos: Deutsche Stiftung Patientenschutz

Jedes Leben hat seine Höhen und Tiefen. Manche Menschen trifft das Schicksal aber besonders hart. Das kann ein Unfall, eine Behinderung oder eine chronische Krankheit sein. Damit sind dann viele Ängste verbunden. Was kann ich noch leisten? Wo brauche ich Hilfe? Wie bekomme ich die notwendige Unterstützung? Worauf habe ich Anspruch? Im heutigen Gesundheitssystem der begrenzten Mittel und der knappen Zeit fühlen sich Betroffene oft überfordert und verloren. Vor allem diejenigen, die ohnehin im Alltag an den Rand gedrängt werden und täglich um Teilhabe ringen müssen. Es sind die pflegebedürftigen, schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie ihre Angehörigen, die sich in der Regel nicht in einer Selbsthilfegruppe organisieren können. Sie brauchen Fürsprecher, die sich für sie einsetzen. Die ihren Wünschen und Bedürfnissen eine Stimme geben und sie davor schützen, ausgegrenzt oder vergessen zu werden.

Diesem Auftrag hat sich die Deutsche Stiftung Patientenschutz verschrieben. Die Betroffenen und ihre Angehörigen brauchen passgenaue und unbürokratische Hilfe. Das kann ein beratendes Gespräch als Hilfe zur Selbsthilfe sein. Oder die Unterstützung bei der Lösung von Konflikten mit einem Arzt, der Krankenkasse, einem Pflegeheim oder Krankenhaus. Im Einzelfall kann es sogar notwendig sein, juristische Schritte einzuleiten. Doch genauso wichtig für die Betroffenen ist der Rückhalt in Politik und Gesellschaft. Ihr Recht auf Selbstbestimmung muss gewahrt werden. Gleichzeitig brauchen sie Solidarität und besonderen Schutz. Die "Patientenschützer" der Deutschen Stiftung Patientenschutz schauen mit den Augen der betroffenen Menschen auf Reformvorhaben, Gesetzentwürfe und Debatten. Sie kennen die Bedürfnisse der Angehörigen. Ihre Aufgabe ist es, politische Ungerechtigkeiten öffentlich zu machen und auf Missstände hinzuweisen. Sie entwickeln konkrete Vorschläge zur Umstrukturierung des Gesundheits- und Pflegesystems im Sinne einer Würde wahrenden, professionellen Begleitung kranker und pflegebedürftiger Menschen.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist bundesweit aktiv. Sie ist gemeinnützig und mildtätig. Unterstützt wird sie von einem Förderverein. Die Stiftung verzichtet ganz bewusst auf Gelder der öffentlichen Hand sowie der Wirtschaft und finanziert sich ausschließlich aus Beiträgen und Spenden ihrer 55.000 Mitglieder und Förderer. Dadurch ist möglich, unabhängig von Einzelinteressen für die Interessen der hilfesuchenden Menschen und ihrer Angehörigen einzutreten. Das Team der "Patientenschützer" ist multiprofessionell aufgestellt und kommt aus den Bereichen Medizin, Pflege, Recht und Seelsorge. Langjährige Schirmherrin ist die Schauspielerin Uschi Glas. Als Vorstand führt Eugen Brysch die Stiftung seit den Anfängen. Inken Gallner, Präsidentin des Bundesarbeitsgerichts, steht dem Stiftungsrat vor. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist in Dortmund beheimatet. Hinzu kommen Informationsbüros in Berlin und München.

Die Herzkammer der Stiftung ist das *Patientenschutztelefon*. Es ist ein bundesweit einzigartiges Angebot, denn es steht allen Hilfesuchenden *kostenfrei* offen. Hier werden sie individuell beraten und erhalten unbürokratische Krisenhilfe. Mitglieder erhalten darüber hinaus besondere *Leistungen*. Dazu zählen beispielsweise die Unterstützung bei der Pflegeorganisation, bei der Beantragung eines Hilfsmit-

tels oder Pflegegrades. Dazu gehört auch die Abfassung eines Widerspruchs, falls der angemessene Pflegegrad abgelehnt oder die Höherstufung verwehrt wird. Ebenso steht das Experten-Team den Mitgliedern *in rechtlichen Konflikten* zur Seite, etwa bei Auseinandersetzungen mit der Krankenkasse, mit Pflegeeinrichtungen, Ärzten oder anderen Anbietern im Gesundheitswesen.

Ein besonderer Mitglieder-Service der Deutschen Stiftung Patientenschutz ist die Beratung und Erstellung individueller Patientenverfügungen und Vollmachten. Diese Dokumente gepaart mit dem Rückhalt der "Patientenschützer" in der Krise helfen, das Selbstbestimmungsrecht bis zuletzt zu wahren. Allerdings müssen sie fachgerecht angefertigt werden. Dann sind sie sicher und praxistauglich. Die Patientenverfügung wird umgesetzt, wenn ein Patient aufgrund schwerer Erkrankung nicht einwilligungsfähig ist und nicht über medizinische Behandlungen entscheiden kann. Das ist insbesondere für Menschen wichtig, die an chronischen Krankheiten wie COPD oft mit Lungenemphysem, Lungenkrebs oder z.B. einer Lungenfibrose leiden. Dies sind schwerwiegende Erkrankungen. Daher sollten sich Betroffene damit auseinandersetzen, welche Vorstellungen sie bei möglicher Einwilligungsunfähigkeit haben. In einer Patientenverfügung können sie ihre Behandlungswünsche, zugeschnitten auf ihr oft sehr individuelles Krankheitsbild, festhalten und haben so die Gewissheit, dass diese umgesetzt werden. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz steht Patienten und Angehörigen auch dann zur Seite, wenn eine Patientenverfügung zur Anwendung kommt. Dazu werden die Vorsorgedokumente vorab im stiftungseigenen bundesweiten Vorsorgeregister, dem „Bundeszentralregister Willenserklärung“ hinterlegt. So können Bevollmächtigte oder Betreuer unterstützt und der Wille des Patienten z.B. gegenüber behandelnden Ärzten durchgesetzt werden.

Für die Erstellung einer rechtsgültigen und praxistauglichen Patientenverfügung sind spezielle Expertise und Erfahrung nötig. Fachkundige Beratung ist gesetzlich zwar nicht vorgeschrieben, aber unabdingbar, um für sich eine gute Entscheidung treffen zu können. Die in einer Patientenverfügung beschriebenen Behandlungssituationen sind sehr unterschiedlich. Daher ist es wichtig, die Chancen und Risiken zu kennen, die in jedem einzelnen Krankheitszustand liegen. Es geht darum, den Punkt im Krankheitsverlauf auszuloten, an dem eine ärztliche Behandlung begrenzt oder verändert werden soll. Diese Entscheidungen können individuell sehr unterschiedlich sein. Der eine möchte beispielsweise bereits ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichten, der andere erst, nachdem die Behandlung nicht den gewünschten Erfolg gezeigt hat. Hier gibt es eine Vielzahl an Gestaltungsmöglichkeiten. Wichtig ist, sowohl die Krankheitssituationen als auch die Behandlungsbegrenzungen präzise zu beschreiben. Formulierungen wie „ich möchte nicht an Maschinen angeschlossen sein“ oder „ich möchte nicht unwürdig sterben“ sind zu ungenau und daher untauglich. Eine gute Patientenverfügung beinhaltet nicht nur die Ablehnung von Maßnahmen. Die Einforderung gewünschter Behandlungen wie Schmerztherapie und Palliativversorgung machen ein solches Dokument stark.

Viele Menschen haben bereits Vorsorgedokumente. Das kann eine notarielle Urkunde oder ein Internetformular sein. Vorsicht ist grundsätzlich bei Standardformulierungen, Vordrucken oder Ankreuzbögen geboten. Auch veraltete Dokumente bergen viele Fehlerquellen und Fallstricke. Oftmals klingen die darin enthaltenen Formulierungen zwar auf den ersten Blick vernünftig. Doch was diese konkret bedeuten und ob sie überhaupt die persönliche Einstellung treffen, ist oft schwer ersichtlich. Jeder, der eine solche Patientenverfügung hat, wiegt sich in falscher Sicherheit. Die Erfahrung zeigt, dass über 90 Prozent der Patientenverfügungen nicht dem Willen der Verfasser entsprechen. Sie sind somit nicht praxistauglich oder gar gefährlich. Wer Klarheit über ein bereits vorhandenes Dokument haben möchte, der kann eine Kopie an die Deutsche Stiftung Patientenschutz senden. Das Dokument wird kostenfrei geprüft. Rückmeldung dazu gibt es von den Experten dann telefonisch.

Wer unsicher ist, ob die eigene Patientenverfügung im Ernstfall wirklich greift, kann diese von den Experten der Deutschen Stiftung Patientenschutz prüfen lassen. Wie das geht, erfahren Sie unter folgenden Link: **www.service-patientenverfuegung.de**

Bei Konflikten rund um die Patientenverfügung finden Betroffene kostenlos Rat und Unterstützung bei der Schiedsstelle Patientenverfügung. Weitere Informationen dazu finden Sie hier:
www.die-schiedsstelle.de

Am bundesweiten Patientenschutztelefon gibt es Auskunft rund um Vorsorge, schwere Erkrankungen und Pflege: **Tel. 0231-7380730** oder **030-28444840** oder **089-2020810.**

Kontakt:
Deutsche Stiftung Patientenschutz
Berit Leinwand M.A. – Referentin
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Europaplatz 7, 44269 Dortmund

Deutscher Lungentag

Kostenlos anmelden

https://t1p.de/lungentag2024

Zentralveranstaltung des Deutschen Lungentages 2024

"Asthma & Allergien"

11:00 Uhr Begrüßung (Prof. Dr. med. Marek Lommatzsch, Rostock)

Nahrungsmittelallergien (PD Dr. med. Katharina Blümchen, Frankfurt)

Berufsbedingtes Asthma (Prof. Dr. med. Alexandra Preisser, Hamburg)

Allergien und Asthma im Kindes- und Jugendalter (Prof. Dr. med. Christiane Lex, Göttingen)

Allergien und Asthma im Erwachsenenalter (Prof. Dr. med. Marek Lommatzsch, Rostock)

Allergien im Hals-Nasen-Ohren-Bereich (Prof. Dr. med. Oliver Pfaar, Marburg)

13:00 Uhr Ende

Samstag, 28. September 2024

von 11:00 - 13:00 Uhr

Live & Interaktiv - Wir beantworten Ihre Fragen!

Der Deutsche Lungentag ist ein Zusammenschluss von:

LUNGENSPORT FIT ZUM ATMEN

Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V.

Deutsche Atemwegsliga e. V.

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

DEUTSCHE LUNGENSTIFTUNG E.V.

Gesellschaft für pädiatrische Pneumologie

Informationen und Anmeldung unter www.Lungentag.de & info@Lungentag.de

Das Pflegegutachten

Ratgeber gibt Vorbereitungshilfe – vom Antrag bis zum Besuchstermin

Wer Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragen will, dem steht Besuch ins Haus: Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) kündigen sich dann an und verschaffen sich einen Eindruck, wie selbstständig jemand seinen Alltag bewältigen kann und welche Hilfe dabei benötigt wird.

Von dieser Beurteilung hängt ab, ob der Antragsteller in eine der fünf Pflegegrade eingestuft wird und entsprechende Leistungen erhält. Eine gute Vorbereitung auf diesen *entscheidenden Besuchstermin* zahlt sich also aus. Praktische Unterstützung bietet dabei der aktuelle Ratgeber „Das Pflegegutachten" der Verbraucherzentrale, der jetzt in neuer Auflage erschienen ist. Er erläutert, wie die Begutachtung abläuft und mit welchen Fragen zu rechnen ist. Auch wird ein Überblick über die aktuellen Leistungen der Pflegeversicherung gegeben. Denn mit der Pflegereform 2024 gab es da eine Vielzahl an Verbesserungen.

Anhand einer umfangreichen *Checkliste* können sich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen schon im Vorfeld über alle Bereiche informieren, die beim Begutachtungstermin abgeklopft werden. Erläutert wird zudem, welche Kriterien bei der Beurteilung des Grades der Pflegebedürftigkeit eine Rolle spielen, und es werden *Verhaltenstipps* rund um den Besuch des Medizinischen Dienstes gegeben. Verständlich wird erläutert, welche Pflegeleistung im Einzelfall eine sinnvolle Hilfe bietet.

Nicht zuletzt begleitet der Ratgeber Schritt für Schritt vom Antrag übers Verfahren bis hin zu einem möglichen Widerspruch gegen den Bescheid der Pflegekasse. Ein Antrags-ABC bietet hierbei praktische Unterstützung.

Der Ratgeber „Das Pflegegutachten. Antragstellung. Begutachtung.Bewilligung" hat 158 Seiten und kostet 12,00 Euro.

Bestellmöglichkeiten

Im Online-Shop unter www.ratgeber-verbraucherzentrale.de oder unter 0211 / 91 380-1555. Der Ratgeber ist auch in den Beratungsstellen der Verbraucherzentralen und im Buchhandel erhältlich.

Das Vorsorge-Handbuch

Selbstbestimmt Wichtiges regeln – nicht erst im Alter

Wer entscheidet für den Fall, dass ich das selbst nicht mehr kann? Diese Frage stellen sich in der Regel vor allem ältere Menschen. Doch durch einen Unfall oder eine schwere Erkrankung kann diese Entscheidung jederzeit akut werden. Automatisch können Ehepartner oder Kinder dann nicht handeln, sondern müssen dazu eine Vollmacht haben.

Für alle ab 18 Jahren ist es daher sinnvoll, in einer Vorsorgevollmacht eine Person zu bestimmen, die wichtige Angelegenheiten dann regeln soll. Praktische Unterstützung dabei bietet das „Vorsorge-Handbuch" der Verbraucherzentrale, das nicht nur alles Wissenswerte bereithält, sondern auch mit Musterformularen und Beispielen hilft, die eigenen Vorstellungen und Wünsche rechtssicher festzuhalten.Übrigens: Ab 18 kann jede Person auch als Bevollmächtigte benannt werden.

Rechnungen überweisen und Geld abheben, Versicherungsangelegenheiten klären, medizinischen Behandlungen zustimmen oder auch eine Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung organisieren: Ohne entsprechende Vollmachten und Verfügungen sind Angehörige hier außen vor. Schritt für Schritt zeigt das Handbuch, welche Lebenssituationen und Fragen sich mit welchem Vorsorgeinstrument regeln lassen. Die Bedeutung von *Vorsorgevollmacht*, *Patienten-* und *Betreuungsverfügung* sowie *Testament* wird erklärt und die rechtlichen Folgen werden erläutert. Ein eigenes Kapitel nimmt in den Blick, wie der *digitale Nachlass* sinnvoll für Bevollmächtigte aufbereitet wird. Anhand dieser Leitplanken lässt sich dann der Weg für eine selbstbestimmte Vorsorge einschlagen. Im Formularteil finden sich Textbausteine und Checklisten zum Heraustrennen und Abheften, um alles auch zu Papier zu bringen und etwa im eigenen Vorsorge-Ordner zur Hand zu haben. Alle Formulare gibt es auch online zum Ausfüllen und Ausdrucken.

Der Ratgeber „Das Vorsorge-Handbuch" hat 200 Seiten und kostet 16,00 Euro.

Bestellmöglichkeiten

Im Online-Shop unter www.ratgeber-verbraucherzentrale.de oder unter 0211 / 91 380-1555. Der Ratgeber ist auch in den Beratungsstellen der Verbraucherzentralen und im Buchhandel erhältlich.

Pflege zu Hause

Ratgeber lotst zu passgenauer Unterstützung

Am liebsten in der gewohnten Umgebung bleiben – das ist den meisten Menschen ein wichtiges Anliegen, wenn sie pflegebedürftig werden. Häufig wollen Familien oder auch Freunde diesen Wunsch gerne in die Tat umsetzen, sind aber einerseits unsicher, was bei einer „Pflege zu Hause" alles auf sie zukommt. Und andererseits sorgen sie sich, ob das mit den eigenen Tätigkeiten und im Alltag überhaupt vereinbar ist.

Der aktualisierte Ratgeber „Pflege zu Hause" der Verbraucherzentrale unterstützt Angehörige dabei, die *individuelle Pflegesituation* zu beurteilen. Er stellt – vom ambulanten Pflegedienst über die ausländische Haushalts- und Betreuungskraft bis hin zur Tagespflege – Unterstützungsmöglichkeiten vor und weist mit dem Antrags-ABC ganz praktisch den Weg zu den Leistungen von Pflege- und Krankenkasse.

Eine angemessene Pflege organisieren:
- Sich um finanzielle und
- rechtliche Angelegenheiten oder auch um
- soziale Kontakte kümmern.
- Anträge bei Leistungsträgern stellen.

Der Alltag von pflegenden Angehörigen umfasst viele Facetten. Da kann es schnell passieren, dass sie ihre eigenen Kräfte überschätzen oder sich selbst gesundheitlich zu überfordern.

Ein besonderes Augenmerk legt der Ratgeber daher auf *mögliche Entlastungsangebote*:
- Alltagsbegleiter,
- Pflege- oder Familienpflegezeit oder auch
- Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

werden ausführlich vorgestellt. Nicht zuletzt: Ein eigenes Kapitel zeigt, wie Pflege zu Hause ganz praktisch einfacher wird. Tipps zum rückenschonenden An- und Ausziehen oder zur Ausstattung des häuslichen „Pflegezimmers" fehlen ebenso wenig wie Hinweise zur Auswahl sinnvoller Hilfsmittel.

Der Ratgeber „Pflege zu Hause" hat 232 Seiten und kostet 20,00 Euro, als E-Book 15,99 Euro.

Bestellmöglichkeiten

Im Online-Shop unter www.ratgeber-verbraucherzentrale.de oder unter 0211 / 91 380-1555. Der Ratgeber ist auch in den Beratungsstellen der Verbraucherzentralen und im Buchhandel erhältlich.

In memoriam Tobias Welte

Dieser Nachruf wurde für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin sowie die Medizinische Hochschule Hannover geschrieben.

Im Jahr 1990 stellte sich bei Professor Helmut Fabel, dem damaligen Direktor der Klinik für Pneumologie an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), ein junger Kollege vor, der 1985 als Zivildienst leistender Arzt in der Inneren Medizin des Kreiskrankenhauses Lehrte angefangen und die ersten fünf Jahre seiner Weiterbildung dort verbracht hatte und der sich nun entschlossen hatte, Internist, Lungenfacharzt und Intensivmediziner zu werden. Dieser junge Kollege hieß Tobias Welte und erfüllte rein äußerlich durchaus das Bild eines Zivildienstleistenden der späten 1980er Jahre. Helmut Fabel, immer offen auch gegenüber unkonventionellen Menschen, zeigte sich nach dem Vorstellungsgespräch beeindruckt, und Tobias Welte wechselte kurze Zeit später an die MHH beziehungsweise eigentlich an das Oststadtkrankenhaus, da dort seinerzeit der Schwerpunkt der Klinik für Pneumologie angesiedelt war.

Tobias Welte hat von seiner breiten internistischen Grundausbildung während seiner gesamten beruflichen Laufbahn profitiert. Er blieb zeitlebens ein Generalist, aber 1990 hätte wohl niemand vorausgesehen, dass dieser junge Arzt später die gesamte Pneumologie, Intensivmedizin und Infektiologie auf Weltniveau repräsentieren würde: in Breite und Tiefe. Einer der Herausgeber des European Respiratory Journals bezeichnete ihn später als einen Omnivoren, dem man Manuskripte aus sämtlichen Nischen des Fachgebietes zur Begutachtung geben konnte.

Dass Tobias Welte ein exzellenter Arzt war, wurde schnell allen klar. Eine wissenschaftliche Laufbahn war jedoch nicht vorgezeichnet. Umso überraschender kam dann 1991 seine erste Publikation, ein Fallbericht zu einer Alveolitis ausgelöst durch Mesalazin, veröffentlicht im Lancet. Und er machte weiter, wurde in Hannover Pneumologe und Intensivmediziner und baute dann von 1994 bis 2004 als Oberarzt bei Professor Helmut Klein die Pneumologie und Intensivmedizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg auf. 2004 kehrte er an die MHH zurück, nun als neu berufener W3-Professor und Klinikdirektor. Der Rest ist Geschichte.

Foto: Karin Kaiser / MHH

Prof. Dr. Tobias Welte

Anfangs besonders getragen durch das Lungentransplantationsprogramm wuchs die Pneumologie an der MHH, wurde bettenführende Klinik, etablierte zahlreiche Spezialambulanzen und begann auf nationaler und internationaler Ebene sichtbar zu werden. Die interdisziplinäre Intensivstation 14, über all die Jahre in freundschaftlicher Kooperation durch die Kliniken für Pneumologie, Nephrologie und Gastroenterologie/Hepatologie/Endokrinologie geleitet, wurde zur Anlaufstelle für die Versorgung kritisch kranker Patientinnen und Patienten aus ganz Deutschland.

Der Infektiologie gehörte seine besondere Leidenschaft, unterstrichen durch die Einrichtung von Professuren für experimentelle Pneumologie (Professor Ulrich Maus), molekulare Pneumologie (Professorin Sabina Janciauskiene-Wallmark) und klinische Infektiologie (Professorin Hortense Slevogt). Bereits 2001 war Tobias Welte einer der Mitbegründer von CAPNETZ, mittlerweile einem der weltweit größten Forschungsnetzwerke für ambulant erworbene Pneumonien. Insgesamt hat er während seiner Zeit in Hannover mehr als 100 Millionen Euro Drittmittel eingeworben. Einer seiner größten Coups war es, Hannover zu einem Standort des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL) zu machen. Für die Errungenschaften des DZL wurde ihm 2019 gemeinsam mit Professor Werner Seeger (Gießen), Professorin Erika Mutius (München) und Professor Klaus Rabe (Großhansdorf) der renommierte Balzan-Preis verliehen.

Tobias Welte war vieles: Mitglied, Vorstand, Vorsitzender zahlreicher Fachgesellschaften, Präsident der European Respiratory Society, über viele Jahre Mitherausgeber des European Respiratory Journal,

gefragter Gutachter zahlloser medizinischer Fachzeitschriften, darunter The Lancet und das New England Journal of Medicine. Seine Publikationsliste umfasste zum Zeitpunkt seines Todes mehr als 1100 Einträge mit mehr als 50.000 Zitierungen. Es gab zahlreiche Ehrungen, unter anderem 2023 den Sadoul Lecture Award der European Respiratory Society für sein Lebenswerk, die Mitgliedschaft in der Leopoldina und 2022 die Entsendung in die 17. Bundesversammlung.

Er war ein begnadeter Redner, mitreißend und überzeugend. Er war spontan, und er blieb unkonventionell. Eine gewisse Diskordanz zwischen seinen Folien und Gesagtem war nicht unüblich. Oft setzten ihn die Programmgestalter ans Ende, weil dann niemand vorher ging. Gab es Evaluationen, stellte sich meist nur die Frage, wer Platz 2 hinter Tobias Welte erzielen würde. Und wer außer ihm hat schon stehende Ovationen nach wissenschaftlichen Vorträgen bekommen?

In der heißen Phase der Covid-Pandemie wurde die MHH durch eine klinische Einsatzleitung gesteuert. Er war während dieser Zeit Vizepräsident und Vorstand Krankenversorgung. Seine Einschätzung war prägend, sein profundes Wissen und seine ausgewogene Einstellung machten ihn während der Pandemie mehr denn je zum gefragten Ratgeber von Kolleginnen und Kollegen sowie Politikerinnen und Politikern.

Aber Tobias Welte hatte auch andere Facetten. So war er während seines Studiums nebenbei Gasthörer bei den Kunsthistorikern, und er hat seine Leidenschaft für dieses Thema nie abgelegt. 2021 hat er zusammen mit Oliver Gauert, Kurator des Roemer- und Pelizaeus Museums in Hildesheim, eine brilliante Ausstellung zum Thema Seuchen – Fluch der Vergangenheit, Bedrohung der Zukunft – gestaltet. Oliver Gauert wurde einer seiner liebsten und wichtigsten Weggefährten. Ein gemeinsames Buch zur Geschichte der Infektionskrankheiten ist nahezu fertig, und die beiden hatten, so Gauert, „bereits Projekte in Planung, die für die nächsten 20 Jahre gereicht hätten“.

Daraus und aus so vielem anderen sollte nichts mehr werden. Tobias Welte wurde krank, viele sahen es, er zunächst nicht. Dann ging alles sehr schnell. Anfang 2024 kam die Diagnose einer fortgeschrittenen interstitiellen Lungenerkrankung, dazu ein weiterer Befund, eine unvermeidliche Operation und dann die fast ebenso unvermeidlichen Probleme, die trotz aller ärztlichen Bemühungen in einer raschen und letztlich unaufhaltsamen Abwärtsspirale mündeten.

Tobias Welte ist am 10. März 2024 viel zu früh von uns gegangen. Er starb friedlich und in Würde auf „seiner“ Station 14, also fast ein bisschen zu Hause. Seine Familie war bei ihm, viele Freunde und Weggefährten konnten sich noch verabschieden. Die Nachricht von seinem Tod ging wie ein Lauffeuer um die Welt. Trauer und Bestürzung waren kaum in Worte zu fassen. Alle großen Nachrichtenportale brachten Nachrufe, darunter der NDR, die FAZ und die Süddeutsche Zeitung, ebenso wie die vielen Fachgesellschaften, in denen er involviert war, sowie zahlreiche Fachzeitschriften, allen voran der Lancet, mit dem alles begann.

All dies ist nun Vergangenheit. Die Trauer bleibt, doch begleitet wird sie von Demut und Dankbarkeit gegenüber einem ganz besonderen Arzt, Kollegen, Chef, Wissenschaftler, Lehrer, Mentor, Berater und Freund, der er für so viele war. Hervorgehoben werden sein Wissen, seine Leistungen, mehr aber noch sein Humor, seine Menschlichkeit, seine Nahbarkeit, seine immer offene Tür, seine Herzlichkeit und Wärme. Nirgendwo wird dies deutlicher als in den vielen Kondolenzen, die nach seinem Tod aus aller Welt eingetroffen sind und während einer akademischen Feierstunde an der MHH in Form eines gebundenen Buches an seine Familie überreicht wird. Ein bewegendes, ein würdiges, ein bleibendes Andenken an einen besonderen Menschen.

Text: Marius M. Hoeper & Jessica Rademacher

Text:
Prof. Dr. med. Marius M. Hoeper
Komm. Direktor der Klinik für Pneumologie und Infektiologie

Prof. Dr. med. Jessica Rademacher
Leiterin des ABS-Teams,
Fachärztinfür Innere Medizin,
Pneumologie und Infektiologie

Fotos: MHH

Angebot: Yoga für chronische Lungenerkrankungen an der Thoraxklinik Heidelberg

Foto: AdobeStock/ Vlachsiav Yakobchuk

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

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

In den angebotenen Kursen ist es daher sehr wichtig, nicht einfach eine Technik zu erlernen. Das WIE ist entscheidend. Ein weiterer Schwerpunkt ist das Erlernen von Kenntnissen zur eigenen Erkrankung als Hilfe zur Selbsthilfe. Eine chronische Erkrankung ist keine einfache Erkältung. Sie wird lebensbestimmend. Es geht um den bewussten Umgang mit der eigenen Erkrankung.

Unser Kurs richtet sich an alle Patienten mit einer chronischen Lungenerkrankung, wie chronische obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) und z.B. Lungenfibrosen. Die eigene Beweglich oder das Alter spielen keine Rolle. Erfahrungen mit Yoga werden nicht vorausgesetzt.

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

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

Kontakt & Anmeldung
Linda Waßmuth
liwamuth@posteo.de, Tel. 017623246227
www.yoga-und-gesundheit.info

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

Es gibt 10 gute Gründe für die Teilnahme am Lungensport. Lungensport ist als Rehabilitationssport im 9. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) - Rehabilitation und Teilnahme von Menschen mit Behinderung in Paragraph 49, Abs. 3 als Rechtsanspruch zur Ergänzung der Rehabilitaion eingetragen.

Hierzu gibt die neue Broschüre "Lungensport: Weshalb und wie?" der AG Lungensport in Deutschland e.V. ausführlich Auskunft.

Über die Voraussetzungen der Verordnungsmöglichkeiten durch niedergelassene Ärzte, die Ausschlusskriterien und die hierfür erforderlichen Formulare informiert umfassend und gut verständlich die neue Broschüre "Lungensport: Weshalb und wie?"

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

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

Die “Luftpost - Patientenzeitschrift für Atemwegskranke” im 32. 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, E-Mail: info@sp-medien.de

„Luftpost“-Redaktion und Service:
Carl-Wernher-Str. 2, 55276 Oppenheim
Telefon 06133 – 3543
Fax: 06133 – 92 41 08

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 / pikselstock
Alle Bilder von den Autoren, wenn nicht anders angegeben

Anzeigenvertrieb, Layout und Druck:
SP Medienservice,
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, einge-reichte 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 erhältlich.

GSK
„Gürtelrose? Ich bin sportlich und ernähre mich gesund.
Ich hätte nie gedacht, dass ich eine Gürtelrose bekommen kann.“*
Über 95 % der Erwachsenen tragen das Virus, das Gürtelrose auslösen kann, bereits in sich.
Die STIKO[1] empfiehlt eine Impfung ab 50 bei chronischen Erkrankungen und ab 60 für alle.
Unterschätzen Sie Ihr Risiko nicht. Lassen Sie sich ärztlich beraten.
Keine echten Patient*innen gezeigt.
*Inspiriert durch wahre Geschichten von Betroffenen.
Gürtelrose kann Schmerzen verursachen, die über Wochen anhalten können.
[1]Ständige Impfkommission
Mehr Infos & Risiko-Selbsttest: impfen.de/guertelrose
© 2024 GSK Unternehmensgruppe oder deren Lizenzgeber
NP-DE-HZU-ADVR-240115 / 08-2024

Erst mal tief durch-atmen.

Beim Sport kann man schon mal ins Schnaufen kommen. **Aber wenn's auch ohne Anstrengung passiert?**

Selbsttest in nur 2 Minuten

Unser **WhatsAsthma Chatbot** verrät Dir, worauf Du achten musst – und hat wertvolle Tipps für Dich parat.

Und das Beste:

- 24/7 für Dich erreichbar
- Datensicherheit dank verschlüsseltem Nachrichtenaustausch via WhatsApp

Probier's gleich aus!

Mehr zum Thema Asthma findest Du außerdem unter www.mit-asthma-leben.de

AstraZeneca

DE-68034 03/24