Winter 2023 · 31. Jahrgang
Deutschland 4,50 Euro

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht

- Sepsis: Lungenentzündung Hauptursache
- Trombose: Unterschätzte Gefahr
- Patientenakte: Recht auf kostenlose Kopie
- Ethik-Kommissionen

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

Soledum® addicur Wirkstoff: Cineol Anwendungsgebiete: Zur Zusatzbehandlung bei chronischen und entzündlichen Erkrankungen der Atemwege [z. B. der Nasennebenhöhlen, Asthma, COPD (chronisch-obstruktive Lungenerkrankung)]. Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihre Ärztin, Ihren Arzt oder in Ihrer Apotheke.

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

für unsere Patientenzeitschrift „Luftpost“ gilt selbstverständlich die These „Optimismus ist Pflicht“. Sie stammt von dem berühmten österreichisch-englischen Philosophen Sir Karl Popper (1902-1994), einem geistigen Anreger und Freund des früheren Bundeskanzlers Helmut Schmidt. Sie sollte auch Grundeinstellung für jeden von einer Krankheit betroffenen Menschen und seine Angehörigen sein.

Nach einem Einbruch im vergangenen Jahr hat sich die Zahl der Organspender in Deutschland bis Ende Oktober wieder um etwa 11% erhöht, siehe unser Übersichtsartikel zur Organtransplantation. 8500 schwerkranke Menschen in Deutschland stehen derzeit auf den Wartelisten für ein Spenderorgan. Es besteht also ein großer Bedarf an Organspenden.

Seit Jahren werden immer mehr neue und wirksamere Antikörper gegen Lungenkrebs in die Therapie eingeführt. Jetzt befasst sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit dem von den Pneumologen und ihrer Fachgesellschaft schon lange geforderten Anspruch auf ein von den Krankenkassen finanziertes Lungenkrebs-Screening bei langjährigen starken Rauchern. Lungenkrebs ist nach wie vor die Tumorerkrankung mit der höchsten Sterberate innerhalb der ersten fünf Erkrankungsjahre. Zu den Eckpunkten eines künftigen Screenings-Programms finden Sie ebenfalls einen aktuellen Übersichtsartikel.

Selbst die Digitalisierung im Gesundheitswesen, ein Langzeitthema, kommt voran, wenn auch noch nicht mit dem proklamierten neuen „Deutschland-Tempo“. Endlich soll das elektronische (E-)Rezept Realität werden. Man glaubt es kaum. Zur Osteoporose, einer wahren „Volkskrankheit“, gibt es eine neue Leitlinie. Wir berichten. Kennen Sie die Aufgaben und Unterschiede der landläufig „Ethikkommission“ genannten Gremien? Ein Übersichtsartikel zeigt ihre Einflussmöglichkeiten und Aufgaben. Das "klinische Ethikkomitee" kann sogar zur Wahrung von Patientenrechten von Betroffenen angesprochen werden. Einmalig sind die Mitwirkungsrechte von Patienten über ihre maßgeblichen Patientenvertretungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Berlin. In diesem obersten Gremium der Selbstverwaltung von gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern, sprich niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten und den Krankenhäusern, sind seit vielen Jahren Patientenvertreter an der Ausgestaltung der Leistungsansprüche aller Patienten beteiligt. Dies betrifft neue Behandlungsmethoden und auch die oft sehr teuren neuen innovativen Medikamente. Ein umfassendes Positionspapier der vier maßgeblichen Patientenorganisationen fordert daher eine professionelle Gleichstellung der Patientenvertretung inclusive eines zukünftigen Stimmrechts. Schlussendlich wird unser Gesundheitssystem doch einschließlich der Krankenkassen von den Beiträgen der Versicherten finanziert.

Wir halten es nach wie vor, wie auch die Vertreter der ärztlichen Spitzenorganisationen für unverantwortlich, den Gebrauch von Cannabis in Deutschland zu legalisieren. Auch wenn Karl Lauterbach als Bundesgesundheitsminister der Zeitung „Tagesspiegel“ gegenüber erklärt, die inhaltliche Debatte sei abgeschlossen, ist dies im Sinne der Suchtvermeidung und Gesundheitsgefährdung nicht vertretbar. Im Vorfeld dieser geplanten Teillegalisierung gibt es geradezu einen kommerziellen Hype. Hier wird ein Markt wie für Tabak gepusht. Studien in den USA zeigten jetzt wieder, dass Marihuana-Konsumenten ein stark erhöhtes Risiko für Herzversagen, Herzinfarkt oder Schlaganfall aufweisen. Auch die immer wieder propagierte Schmerzlinderung durch Cannabis ist nur bei sehr wenigen Erkrankungen gesichert. Wir berichten hierzu.

Ihnen Allen wünschen wir eine besinnliche Adventszeit, frohe Weihnachten und ein gutes neues Jahr 2024 mit Frieden und bei bestmöglicher Gesundheit. Ihnen sei, wie auf unserem Titelbild und von Günter Grass (1927-2015) in einem Gedicht formuliert …„der Atem ein Schal”…

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

Inhalt

Aktuelles

5 Studienlage zu Cannabis bei Krebsschmerzen – Wenig positive Belege, aber Risiken
6 Sepsis: Lungenentzündung ist Hauptursache
9 Dreifachimpfung gegen "Grippe", Corona und Pneumokokken möglich: Empfehlung der STIKO
10 Gesundheitsausschuss bestätigt künftige Führung des G-BA
12 Thrombose: Die unterschätzte Gefahr
14 Neue Gesundheitsinformation zu Statinen
15 Ärzteverbände empfehlen neue RSV-Impfung
16 Fast 110.000 gesetzlich Versicherte wegen psychischer Störungen nach Cannabisgebrauch in Behandlung
18 Weltdiabetestag: Gesundes Zahnfleisch ist wichtig!
19 Hausärzte rufen zu Grippeschutzimpfungen auf

Zu Ihrer Information

20 Organspende – schon mal darüber nachgedacht?
24 Neue Leitlinie Osteoporose
26 Programm zum Gewichtsmanagement verbessert Asthma-Symptome bei Adipositas
28 Inklusion in der Schlafmedizin
29 Schlafstörungen: Kongress war sehr erfolgreich
30 Patientenvertretung muss Gesundheitsversorgung als gleichberechtigter Partner konstruktiv mitgestalten können
32 Recht auf kostenlose Kopie der Patientenakte
32 Jetzt endlich das Patientenrechtegesetz auf den Weg bringen!
33 Handbuch Pflege: Praktischer Lotse – mit Neuerungen der Pflegereform
34 Neue Möglichkeiten der Organtransplantation
36 Außerklinische Intensivpflege
37 Kommissionsvorschlag zum Europäischen Behindertenausweis und Parkausweis
38 Riechtraining kann Erholung von Geruchs- und Geschmackssinn nach COVID-19 verbessern
40 Früherkennung von Lungenkrebs
43 NAD+ und Pneumokokken ade
44 Medizinethik und Ihre Gremien

Selbsthilfe

49 Jetzt über 50 Infoflyer der Deutschen Atemwegsliga e.V.

Rubrik

50 Impressum

Anzeige

Studienlage zu Cannabis bei Krebsschmerzen – Wenig positive Belege, aber Risiken

Foto: AdobeStock / MKS

Das multinationale Komitee zur unterstützenden (supportiven) Therapie bei Krebserkrankungen, MASCC spricht sich auf Basis einer systematischen weltweiten Auswertung gegen den Einsatz von Cannabis oder seinen Verbindungen (Cannabinoiden) als hilfreiches (adjuvantes) Schmerzmittel bei erkrankten aus. Nach dieser Durchsicht liegen kaum Belege zur Wirksamkeit, jedoch Hinweise zu möglichen Risiken vor. Besondere Vorsicht ist bei der gleichzeitigen Therapie mit Checkpoint-Inhibitoren (in der Krebstherapie eingesetzen Antikörpern) angebracht.

Nach aktuellen Einschätzungen nutzen etwa 18 % aller Patienten mit einer Krebserkrankung zu irgendeinem Zeitpunkt Cannabis entweder zur Linderung (palliativ) oder zur Behandlung ihrer krebsbedingten Schmerzen. Das MASCC-Komitee (Multinational Association of Supportive Care in Cancer) führte dazu eine systematische Auswertung von wissenschaftlichen (randomisierten) Studien mit dem Einsatz von Cannabis bei Krebserkrankungen durch. Ziel war es, den Einsatz von Cannabis und die damit einhergehenden Ergebnisse und Risiken, wie unerwünschte Ereignisse (Nebenwirkungungen) bei Krebspatienten besser bewerten zu können.

Wie ist die Studienlage zu Cannabis bei Krebsschmerzen?

Für diese systematische Auswertung ermittelten die Autoren sämtliche kontrollierten, randomisierten Studien oder systematische Auswertungen und Zusammenfassungen über entsprechende Studien aus vier weltweiten, medizinischen Datenbanken. Die Recherche umfasste einen Publikationszeitraum bis zum 12. November 2021. Einbezogen wurden Studien bei erwachsenen Patienten.

Systematische Auswertung aller erfassten Übersichten und wissenschaftlichen Studien

Insgesamt konnten 34 entsprechende Publikationen für die Auswertung ermittelt werden. Dies umfasste 7 wissenschaftliche Studien zur Krebsschmerz-Therapie. In zwei der Studien konnten positive Belege gefunden werden. Dies konnten die anderen Studien jedoch nicht bestätigten. Wissenschaftlich hochwertige, zusammenfassende Auswertungen von Einzelstudien (Metaanalysen) fanden kaum Belege für eine effektive Schmerzlinderung bei Krebspatienten. Insgesamt 7 systematische Auswertungen und wissenschaftliche Studien berichteten jedoch über Risiken und unerwünschte Ereignisse (Nebenwirkungen) im Zusammenhang mit dem Einsatz von Cannabis.

Kaum positive Belege, jedoch Risiken und Interaktionen mit laufender Therapie

Das multinationale Komitee zur unterstützenden Therapie bei Krebserkrankungen spricht sich auf dieser wissenschaftlich ermittelten Basis aktuell gegen den Einsatz von Cannabis oder seinen Verbindungen (Cannabinoide) als hilfreiches Schmerzmittel bei Krebsschmerzen aus.

Quelle:
Nach Informationen des DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom

Sepsis: Lungenentzündung ist die Hauptursache

Foto: AdobeStock / sudok1

Sepsis, auch Blutvergiftung genannt, ist eine schwerwiegende Komplikation einer Infektion, bei der das körpereigene Immunsystem außer Kontrolle gerät und beginnt, die eigenen Organe zu schädigen. Sepsis kann Jede und Jeden treffen, besonders gefährdet sind jedoch ältere Menschen, insbesondere chronisch kranke Menschen, Neugeborene und Kleinkinder unter fünf Jahren.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass die meisten *Todesfälle* durch eine verbesserte Infektionsprävention *verhindert* werden könnten, etwa durch Impfungen, die Einhaltung von Hygieneregeln, eine rechtzeitige medizinische Behandlung und das Identifizieren von Sepsis-Frühsymptomen durch Laien und medizinisches Personal.

Die Ursachen von Sepsis

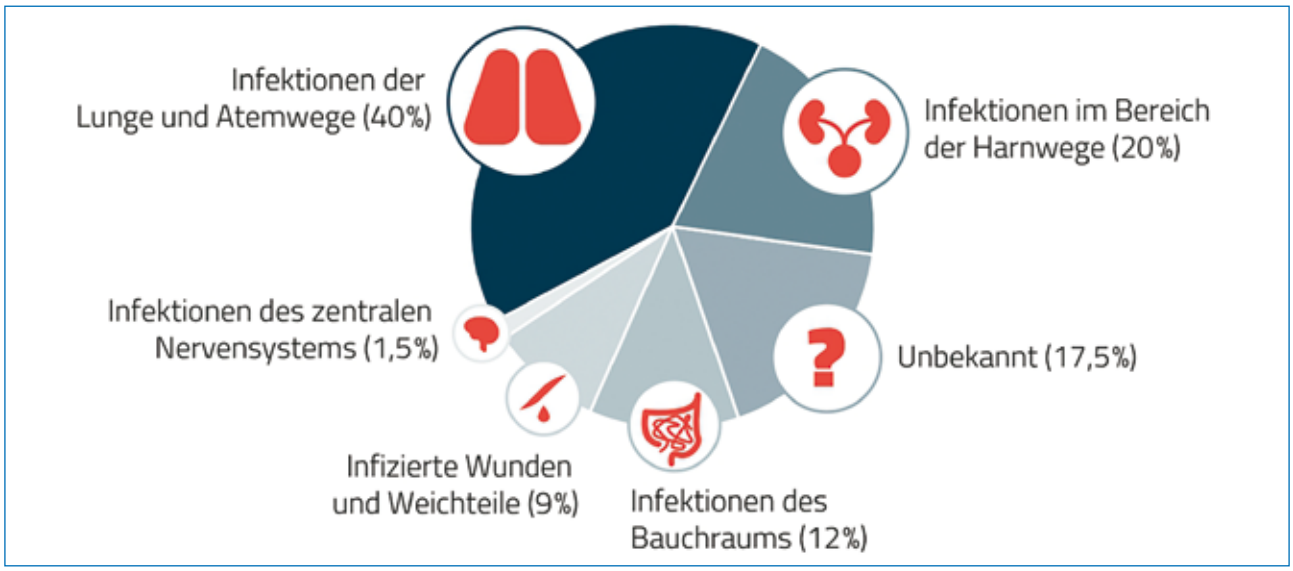
In Deutschland *erkranken jährlich mindestens 340.000 Erwachsene an Sepsis*, wovon *etwa 100.000 sterben*. 75% der Überlebenden leiden oft unter erheblichen physischen und psychischen Langzeitfolgen. Schwere Krankheitsverläufe und 90% der Todesfälle sind auf eine *virale Sepsis* zurückzuführen. Bei über 75% der Patienten, die aufgrund von *COVID-19* auf der Intensivstation behandelt wurden, trat ein Organversagen auf, was auf eine Sepsis hinweist. Laut den Ergebnissen einer im Rahmen der Kampagne *"Deutschland Erkennt Sepsis"* durchgeführten Umfrage ist jedoch nur einer kleinen Minderheit überhaupt bewusst, dass jede Infektion, so auch eine COVID-19, *zur Sepsis* führen kann. Die Ergebnisse zeigen auch, wie gering das Wissen über Risikofaktoren, Symptome und Folgen einer Sepsis ist. Viele Menschen glauben beispielsweise fälschlicherweise, dass infizierte Wunden die Hauptauslöser für Sepsis sind, obwohl Wundinfektionen nur in etwa 9% der Fälle die Ursache sind. Die Mehrheit der Sepsis-Fälle entsteht durch Lungenentzündungen (40%) und anderen Erkrankungen im Bauchraum, wie Entzündungen des Blinddarms, der Nieren oder der Harnwege. Es gibt Impfungen gegen die häufigsten Sepsis-Auslöser. Die Ständige Impfkommission (STIKO) betont, dass z. B. Impfungen gegen Influenza und Pneumokokken sowie gegen Meningokokken und Haemophilus influenzae B dazu beitragen können, Sepsis-Neuerkrankungen zu verhindern.

Wie erkennt man eine Sepsis?

Sepsis kann sich schnell entwickeln und im schlimmsten Fall innerhalb kürzester Zeit zum Tod führen. Deshalb ist es wichtig, die Symptome frühzeitig zu erkennen. Die *wichtigsten Sepsis-Zeichen* sind:

- Fieber oder Untertemperatur,
- Beschleunigte Atmung,
- Beschleunigter Herzschlag,
- Verwirrtheit, Benommenheit, Bewusstseinsveränderung,
- Schüttelfrost ,
- Blasse, fleckige oder ungewöhnlich warme/kalte Haut,
- Starke Schmerzen oder
- Extremes Krankheitsgefühl.

Symptome können unspezifisch sein und auch bei anderen Erkrankungen auftreten. Genauso kann *auch ohne Fieber* eine Sepsis vorliegen. *Bei Verdacht* auf Sepsis sollte *umgehend ärztliche Hilfe* in Anspruch genommen werden. Die



von der Sepsis Stiftung entwickelte **Sepsis-Checkliste** (www.sepsischeck.de) hilft dabei, Symptome frühzeitig zu erkennen und sofort die richtigen Maßnahmen zu ergreifen. Wenn Hinweise für eine Sepsis vorliegen, sollte dem/der behandelnden Arzt/Ärztin die *Frage* gestellt werden: *„Könnte es Sepsis sein?"*. In einem Standardverfahren würde dann Blut entnommen und eine Blutkultur angelegt werden, um den Erreger der Erkrankung zu identifizieren. Außerdem sollte eine Anamnese erfolgen, bei der potenziell medizinisch relevante Informationen erfragt werden.

Wie kann man sich vor Sepsis schützen?

Die *Vorbeugung* und *frühzeitige Behandlung* von Infektionen ist entscheidend, um das Risiko von Sepsis zu minimieren. Neben Impfungen gegen u.a. Pneumokokken, COVID-19 oder Grippe und angemessener ärztlicher Versorgung, z. B. im Falle chronischer Erkrankungen, sind Hygienemaßnahmen wie *regelmäßiges Händewaschen* entscheidend, um die Verbreitung von Infektionen zu verhindern. Verletzungen oder Wunden sollten ordnungsgemäß gereinigt und versorgt werden.

Anzeichen von Atemwegsinfektionen sind

- Fieber,
- Husten und
- Atembeschwerden.

Wenn Anzeichen einer schweren Infektion vorliegen, wie hohes Fieber oder Verwirrtheit, sollte in jedem Fall umgehend ärztliche Hilfe aufgesucht werden. Die *schnelle Diagnose* und Behandlung von Infektionen sind maßgebend, um die Entstehung einer Sepsis zu vermeiden. Wenn eine Sepsis entsteht, umfasst die Behandlung die Gabe von Antibiotika und in schweren Fällen auch die Unterstützung der Organfunktion.

Sepsis Stiftung engagiert sich auf breiter Ebene

Die Sepsis Stiftung mit Sitz in Berlin wurde 2012 als gemeinnützige Stiftung gegründet. Sie engagiert sich seitdem für Aufklärung und Förderung einer schnelleren Identifizierung und effektiveren Behandlung von Sepsis. Ihr zentrales Ziel ist es, Menschen in Deutschland die gleichen Überlebenschancen und Reha-Möglichkeiten zu ermöglichen wie in vergleichbaren Ländern. Dazu gehört unter anderem die Förderung des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung durch umfassende Aufklärung über die Frühsymptome von Sepsis und die *dringliche Behandlung als akuten medizinischen Notfall.* Sie ist Bündnispartner der vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) geförderten bundesweiten Aufklärungs-Kampagne *"Deutschland Erkennt Sepsis"*, und Konsortialführer des vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) *geförderten Sepsis Wissen Projekts*, das zum Ziel hat, die Gesundheitskompetenz von Sepsis-Risikogruppen zu stärken. Außerdem ist die Sepsis Stiftung die erste Anlaufstelle für die *medizinische Fachberatung* Sepsis-betroffener Menschen und ihrer Angehöriger. Das Experten-Team stellt umfassende Informationen zur Verfügung, und unterstützt Betroffene sowie deren Familien mit Fachwissen, z. B. zu den Themen *Frührehabilitationsmaßnahmen* oder "Long Sepsis" (Sepsis – Spätfolgen) sowie mit Kontakten, wenn es z. B. um das Thema *Rechtsberatung* geht.

Auf höchster politischer Ebene setzt sich die Sepsis Stiftung aktiv für die Einführung verbindlicher Qualitätsverbesserungsmaßnahmen in Krankenhäusern ein, mit dem Ziel der Früherkennung von Sepsis und anderen lebensbedrohlichen Notfällen. Zu den geforderten Maßnahmen gehören die verstärkte Nutzung von Fehlermeldesystemen für kritische Zwischenfälle (CIRS), *regelmäßige Schulungen* des medizinischen Personals

zur *Früherkennung lebensbedrohlicher Erkrankungen*, die Einrichtung *fachübergreifender Notfallteams* in Krankenhäusern und die Stärkung der Bereiche Notfallmedizin, Infektionsmedizin sowie des öffentlichen Gesundheitswesens. Obwohl Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern erheblich in sein Gesundheitswesen investiert, sind die Ergebnisse nur als durchschnittlich zu bewerten. Dies wird besonders deutlich bei einem Blick auf die *Sepsis-Sterblichkeitsrate, die in Deutschland teilweise doppelt so hoch* ist wie beispielsweise in Australien, den USA, England, Irland oder Schweden. Am Beispiel Australien zeigt sich, wie effektiv solche Maßnahmen sein können. Dort führte die verbindliche Einführung von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen in Krankenhäusern zwischen 2000 und 2012 zu einer signifikanten Reduzierung der Sepsis-Sterblichkeit im Krankenhaus von 35% auf 18%.

Trotz der Defizite hat sich die unermüdliche Arbeit der Sepsis Stiftung ausgezahlt. Die Bedeutung von Sepsis rückt vermehrt in den Fokus der Öffentlichkeit, und politische Entscheidungsträger im Gesundheitswesen setzen sich verstärkt für das Thema ein. Die Verabschiedung der *World Sepsis Declaration* und die Einführung des jährlichen *"World Sepsis Day"* am 13. September 2012 sind wichtige Schritte. 2017 wurde von der WHO die Sepsis-Resolution verabschiedet, die die Vorbeugung, Erkennung, Diagnose und Behandlung von Sepsis verbessern soll. Im Jahr 2022 wurde die Bedeutung von Sepsis erstmals im Kommuniqué der Gesundheitsminister der G7 hervorgehoben, mit dem Ziel, die Umsetzung der WHO-Sepsis-Resolution sowohl auf internationaler als auch auf nationaler Ebene voranzutreiben. Mit der im *September 2023* beim World Sepsis Day vorgestellten *"Berliner Deklaration"* zur Sepsis rufen Delegierte und Unterstützerorganisationen des Events zur Durchsetzung der WHO Sepsis-Resolution und zur Wiederbelebung der globalen Sepsis-Aktion auf. Die Deklaration wurde bereits von zahlreichen namhaften Organisationen unterzeichnet.

Die Unterstützung der Sepsis Stiftung ermöglicht eine Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit zur Aufklärung der Allgemeinbevölkerung und des medizinischen Fachpersonals, sowie eine verbesserte Unterstützung und Versorgungsleistung Betroffener im deutschen Gesundheitssystem.

Autorin:
Karen Tippkötter
Hindenburgdamm 27, 12203 Berlin
Tel. 030 45 05 51 415
Email:
karen.tippkoetter@sepsis-stiftung.de

Weitere Informationen über Sepsis und die Sepsis Stiftung:
www.sepsis-stiftung.de

Sepsis Stiftung

Empfehlung der STIKO:

Dreifachimpfung gegen "Grippe", Corona und Pneumokokken möglich

Foto: AdobeStock / Konstantin Yuganov

Herbstzeit ist Erkältungszeit: Erwachsene aus Risikogruppen können sich bei einem Arzttermin gleichzeitig drei Impfungen geben lassen. Die Ständige Impfkommission empiehlt Menschen ab 60 Jahren, chronisch Kranken, Menschen mit Immundefekten und Menschen, die durch ihren Beruf stärker gefährdet sind, eine Dreifachimpfung gegen Corona, Grippe und Pneumokokken.

Erwachsene aus genannten Risikogruppen haben die Möglichkeit, sich bei einem Termin gleich gegen drei Krankheiten impfen zulassen: *Grippe (Influenza)*, *Corona* und *Pneumokokken*. Das empfahl die **St**ändige **I**mpf**ko**mmission (**Stiko**) jetzt, wobei sie einen neuen Pneumokokken-Impfstoff berücksichtigte. Dieser Impfstoff ist den Angaben zufolge seit Anfang 2022 in Deutschland für Menschen ab 18 zugelassen.

Ständige Impfkommission empfiehlt Dreifachimpfung für Risikogruppen

Die Stiko empfiehlt die *Impfung gegen Pneumokokken* für:

- über 60-Jährige,
- chronisch Kranke,
- Menschen mit Immundefekten
- und beruflich gefährdete Menschen.

Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren gelten weiterhin die bisherigen Empfehlungen zur Pneumokokken-Standardimpfung bzw. -Indikationsimpfung. Die Empfehlungen decken sich zum Teil mit denen gegen Grippe und Corona für diesen Herbst.

Eine *Impfung* gegen die drei Infektionskrankheiten soll unter anderem *schwere Verläufe, Krankenhauseinweisungen, Folgeschäden* und *Tod* verhindern. "Außerdem schützt die Impfung dieser Indikationsgruppen auch andere Bevölkerungsgruppen, indem die Verbreitung des Erregers in der Bevölkerung reduziert wird". Bislang bewertet die Stiko die Impfquoten in den genannten Gruppen in Deutschland als zu gering.

Pressemeldung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP), nach Meldung des MDR vom 11.10.2023

Gesundheitsausschuss des Bundestages bestätigt künftige Führung des G-BA

Werden die künftige G-BA-Spitze bilden: Prof. Josef Hecken, RA Karin Maag und Dr. med. Bernhard van Treeck. /Rosa Reibke, G-BA (Hecken, Maag), MB Hamburg (van Treeck)

Der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages hat in seiner Sitzung am 11. Oktober 2023 die künftige Spitze des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bestätigt.

Somit wird der bisherige Unparteiische Vorsitzende Josef Hecken sowie die Unparteiische stellvertretende Vorsitzende Rechtsanwältin Karin Maag und Dr. med. Bernhard van Treeck die Aufgaben in der kommenden sechsjährigen Amtszeit von Juli 2024 bis Juni 2030 wahrnehmen.

Zuvor hatten sich die vier Trägerorganisationen des G-BA – dazu gehören die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) – auf die neuen Vorsitzenden geeinigt.

Diese wurden wie gesetzlich vorgesehen, zunächst an das Bundesgesundheitsministerium (BMG) gemeldet. Als Rechtsaufsicht des G-BA hatte das Ministerium nach einer formalen Prüfung die Korrektheit der gesetzlich vorgeschriebenen Anforderungen festgestellt.

Auch der Gesundheitsausschuss stimmt der Benennung zu. Anderenfalls hätte der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages die Vorschläge der vier gesetzlichen Trägerorganisationen des G-BA nach einer nicht öffentlichen Anhörung der Benannten mit einer zwei Drittel-Mehrheit seiner Mitglieder widersprechen können, falls es Bedenken gegeben hätte.

Quelle:
Nach Informationen des Deutschen Ärzteblattes vom 12.10.2023

Wieder befreit durchatmen mit SIMEOX

Schleim in der Lunge – Ein nicht zu unterschätzendes Problem vieler Lungenerkrankungen

Viele Lungenerkrankungen wie z.B. Bronchiektasen oder COPD führen zu einer ständigen Verschleimung der Lunge. Dieser Schleim lässt sich oftmals nur schwer aus der Lunge bekommen. Die Folge ist, dass man schlechter Luft bekommt und die Atmung beeinträchtigt wird, Hustenanfälle den Alltag erschweren und den Schlaf stören.

Simeox – Eine wirksame Therapie gegen den Schleim

Wer dauerhaft von übermäßigem oder zähem Schleim in der Lunge betroffen ist, braucht eine wirksame Therapie, um den Schleim aus den Atemwegen zu befördern. Simeox wurde als Sekretmobilisationsgerät genau zu diesem Zweck entwickelt, um Patienten von ihrer Sekretlast zu befreien. Nach jahrelanger Forschung, gemeinsam mit renommierten Instituten, wurde ein pneumatisches Signal identifiziert, auf dem die Wirkung von Simeox basiert. Dieses Signal erzeugt während der Therapie drei Effekte:

- *Verflüssigung des Sekrets durch Oszillation/Vibration*
- *Ablösung des Sekrets von den Gefäßwänden*
- *Unterstützung der Bewegung von körpereigenen Flimmerhärchen in den Atemwegen (Zilien)*

Durch diese Effekte kann Ihnen Simeox dabei helfen, den belastenden und zähen Schleim, insbesondere auch aus den tiefen Bereichen der Lunge, zu verflüssigen, abzutransportieren und letztendlich abzuhusten.

Während der Einatmung geht es darum, durch eine langsame Einatmung möglichst viel Luft „hinter“ das Sekret zu bekommen, das die Atemwege verengt.

Das Simeox-Signal wird dann während der Ausatmung aktiviert. Dabei wird das Sekret verflüssigt und in Richtung der zentralen Atemwege zum Abhusten bewegt.

Die Anwendung erfolgt in entspannter Ruheatmung und das Gerät ist ausschließlich in der Ausatemphase aktiv. Im Vergleich zu anderen Atemtherapiegeräten ermüdet man nicht so schnell. Simeox ist einfach zu bedienen und kann zu Hause selbständig angewendet werden.

Simeox hilft Ihnen so, die Belastung durch den festsitzenden Schleim zu reduzieren und wieder freier zu atmen.

Erfolgreiche Simeox Anwendung

Simeox wird bereits in vielen Lungenzentren und pneumologischen Rehabilitationskliniken in Deutschland erfolgreich eingesetzt. Auch viele Physiotherapeuten, die auf die Behandlung von Atemwegspatienten spezialisiert sind, arbeiten mit Simeox. Wichtig ist dabei die regelmäßige Anwendung. Bei chronischem Sekretverhalt bietet sich die tägliche, selbstständige Nutzung zu Hause an.

Mit Simeox zu Hause effektiv therapieren

Simeox ist für den Einsatz zu Hause zugelassen und verordnungsfähig. Gesetzliche und private Krankenkassen übernehmen die Kosten, wenn die therapeutische Erforderlichkeit vom behandelnden Arzt attestiert wird. Eine Geräteerprobung ist dann sinnvoll, wenn Feuchtinhalation und OPEP Geräte bereits verwendet wurden. Eine Simeox-Testung kann unverbindlich und kostenlos beim Hersteller angefragt werden.

Weiterführende Informationen, Studien und Anfragen zur Gerätetestung unter:

PhysioAssist GmbH
Stadtplatz 10
83714 Miesbach

Email: kontakt@physio-assist.de
Telefon: 08025 925 95 88
www.physioassist.de

Thrombose: Die unterschätzte Gefahr

Foto: AdobeStock / New Africa

Am 13. Oktober war der Welt-Thrombose-Tag. Allein in Deutschland sterben immer noch mehr als 40.000 Menschen jedes Jahr an den Folgen einer Lungenembolie – das sind mehr Menschen als durch Verkehrsunfälle, Aids (HIV), Prostata- und Brustkrebs zusammen.

CDU-Politiker Philipp Mißfelder, Fernseh- und Radiomoderatorin Stephanie Tücking, Serena Williams, ehemalige Tennis-Weltranglisten-Erste, Marina Abramović, international berühmte Performancekünstlerin, sie alle haben eine Lungenembolie erleiden müssen – nur Williams und Abramović haben das potenziell tödliche Ereignis überlebt.

Nach *Herzinfarkt* und *Schlaganfall* stellt die *Lungenembolie die dritthäufigste Herz-Kreislauf-Erkrankung* dar. Viele der durch Lungenembolie verursachten Todesfälle könnten verhindert werden, wenn mehr Wissen über erste Anzeichen einer Thrombose oder über geeignete Prophylaxemaßnahmen in der Bevölkerung vorhanden wäre. „Wir alle müssen endlich mehr tun, damit eine verständliche Thromboseaufklärung zu den Menschen kommt. Das öffentliche Bewusstsein über Risikofaktoren, Anzeichen und Symptome von thromboembolischen Erkrankungen ist noch zu gering", forderte Prof. Rupert Bauersachs, wissenschaftlicher Leiter des Aktionsbündnisses Thrombose, anlässlich des 10. Welt-Thrombose-Tages am 13. Oktober 2023.

Weltweit steht *jeder vierte Todesfall* in Zusammenhang mit einer *Thrombose*. Bei einer Thrombose bilden sich potenziell tödliche Blutgerinnsel in einer Arterie (arterielle Thrombose) oder Vene (Venenthrombose). Einmal gebildet, kann ein Gerinnsel den normalen Blutfluss verlangsamen oder blockieren und sogar über den

Foto: Klinikum Darmstadt

Prof. Rupert Bauersachs

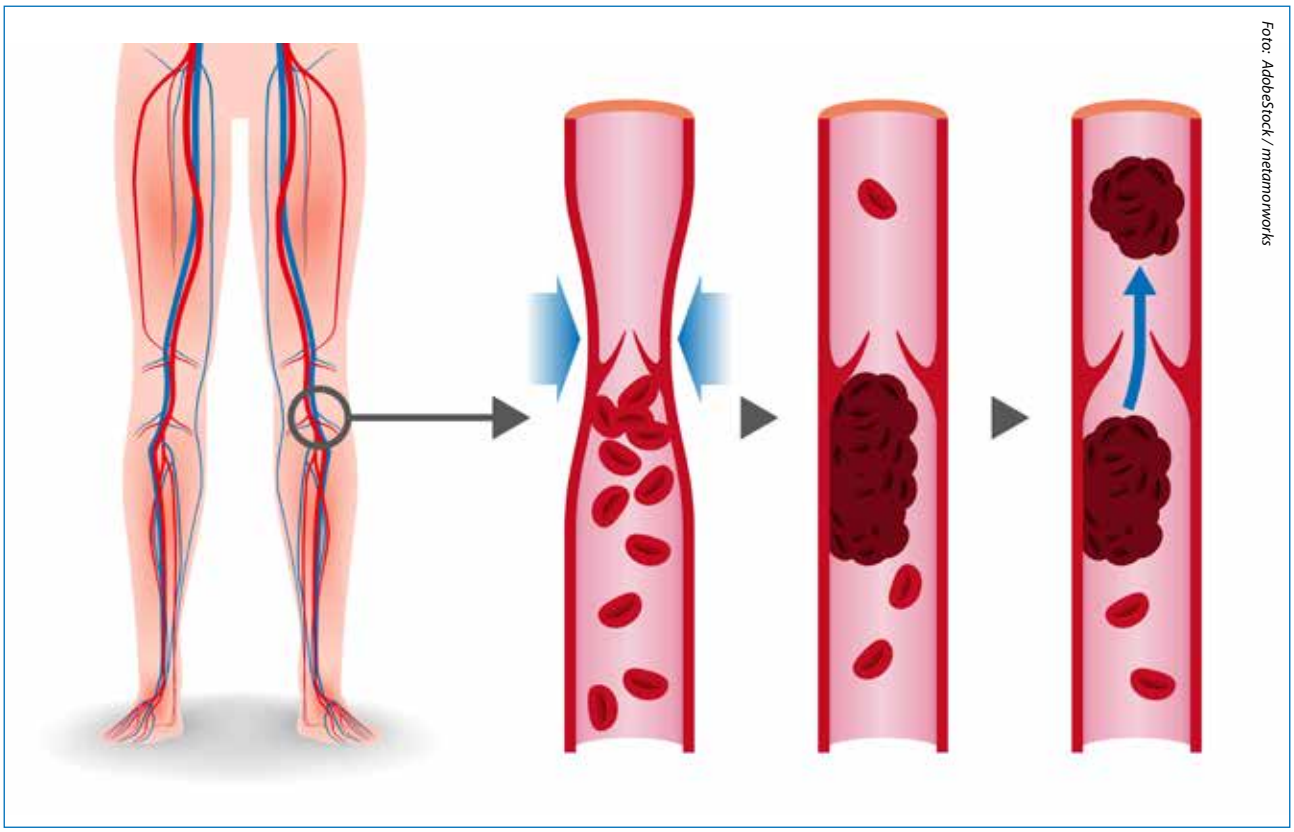


Foto: AdobeStock / metamorworks

Mechanismus des "Economy-Class-Syndroms" bei Langstreckenflügen, tiefe Venenthrombose (TVT), Lungenembolie (PE), Koronarthrombose (von links nach rechts)

Blutkreislauf zur Lunge oder anderen Organen wandern. Thrombose ist die – oft vermeidbare – zugrunde liegende Ursache von

- Herzinfarkt,
- thromboembolischem Schlaganfall und
- venöser Thromboembolie (VTE), den drei häufigsten kardiovaskulären Ereignissen.

Um die Aufklärung voranzutreiben, geht das Aktionsbündnis dahin, wo die Menschen sind. In diesem Jahr führte das "Aktionsbündnis Thrombose" eine Aufklärungsaktion im Berliner Shopping-Center Alexa am 13. Oktober von 10 bis 20 Uhr durch. Attraktion und Aufklärungshilfe war ein überdimensionales Organmodell einer Vene.

Der Welt-Thrombose-Tag (WTT) unterstützt das globale Ziel der Weltgesundheitsversammlung *vorzeitige Todesfälle* durch nicht übertragbare Krankheiten bis 2025 um 25 Prozent zu reduzieren. Der WTT wurde 2014 von der "International Society on Thrombosis and Haemostasis" (ISTH) als Reaktion auf die Forderungen von Mitgliedern nach einem weltweiten Aktionstag initiiert.

Über das Aktionsbündnis Thrombose

Das "Aktionsbündnis Thrombose" wurde 2014 von der Deutschen Gesellschaft für Angiologie e.V. (DGA) ins Leben gerufen. Dem Bündnis gehören heute führende Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie, die Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung, die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin sowie die Deutsche Gefäßliga an. Sie alle engagieren sich gemeinsam mit Partnern für mehr Aufklärung über Ursachen und Auswirkungen von Thrombosen bis zu Lungenembolien.

Quelle: DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom, Meldung vom 11.10.2023

Weitere Informationen:
https://www.risiko-thrombose.de/files/images/Presse/Pressemitteilung_10.WTT.pdf

Neue Gesundheitsinformation zu Statinen

Foto: AdobeStock / roger ashford

Auf zwei Seiten informiert die allgemein verständliche Kurzinformation über mögliche Vor- und Nachteile, wenn man Medikamente zur Cholesterinsenkung (Statine) einnimmt. Ziel ist, ernsthaften Gefäßerkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall vorzubeugen.

Auch wer eigentlich gesunde Gefäße hat, kann ein erhöhtes Risiko für ernste Gefäßerkrankungen haben. Dabei spielen verschiedene Risikofaktoren eine Rolle, etwa *Rauchen*, *Bluthochdruck*, *erhöhte Blutfette* oder *erbliche Veranlagung*.

Statine senken das *Cholesterin im Blut* und können einige Herzinfarkte, Schlaganfälle und vorzeitige Todesfälle verhindern. Je höher das persönliche Risiko für Gefäßerkrankungen ist, desto eher sind Statine vorteilhaft. Bei hohem Risiko verhindern sie zum Beispiel etwa 6 ernsthafte Gefäßerkrankungen bei 100 Behandelten innerhalb von 10 Jahren. Je niedriger das persönliche Risiko ist, desto geringer ist der Nutzen. Als *Nebenwirkungen* von Statinen können selten Muskelschmerzen und erhöhte Leberwerte auftreten.

Im ärztlichen Gespräch können sich Menschen mit Risikofaktoren beraten lassen und gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt prüfen, ob für sie eine Statin-Behandlung in Frage kommt.

Praxen und Kliniken können die neue Kurzinformation kostenlos ausdrucken und auslegen sowie an Interessierte weitergeben.

Hintergrund

Das *Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin* (ÄZQ) entwickelt im Auftrag von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) Kurzinformationen. Sie informieren auf zwei Seiten in allgemein verständlicher Sprache über Erkrankungen oder Gesundheitsthemen. Alle Texte sind evidenzbasiert und werden nach einer strengen Methodik entwickelt.

Diese Gesundheitsinformation hat das ÄZQ gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) entwickelt. Sie beruht auf dem Leitfaden "Medikamentöse Cholesterinsenkung zur Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse" der AkdÄ und erscheint in der Reihe "Kurzinformationen" des ÄZQ. Für Menschen mit Diabetes mellitus oder bekannten Gefäßerkrankungen wie koronare Herzkrankheit (KHK), Herzinfarkt oder Schlaganfall stehen eigene Informationen zur Verfügung.

Quelle und Kontakt:
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
E-Mail: patienteninformation@azq.de

Schutz vor Atemwegserkrankungen:

Ärzteverbände empfehlen neue RSV-Impfung

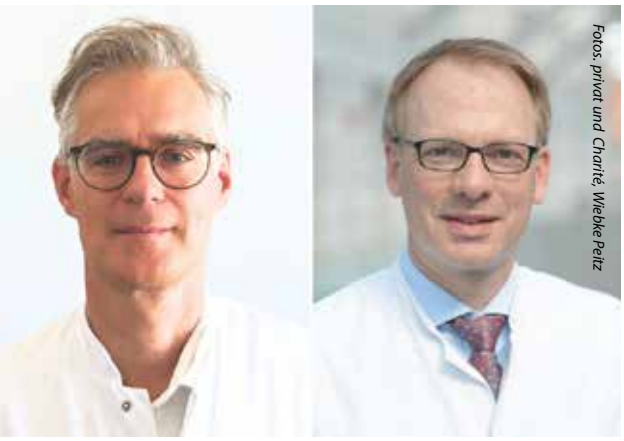
Neuer Schutz vor schweren Atemwegserkrankungen: Expertinnen und Experten von elf medizinischen Fachgesellschaften und Institutionen rufen jetzt insbesondere Über-60-Jährige mit Vorerkrankungen auf, sich gegen das Respiratory Syncytial-Virus (RSV) impfen zu lassen.

In einem am 2. November gemeinsam veröffentlichten Positionspapier heißt es: *„RSV-Infektionen gefährden nicht nur Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder, sondern können auch bei älteren und vorerkrankten Erwachsenen schwere Krankheitsverläufe und Komplikationen von vorbestehenden Erkrankungen auslösen."* Erstmals überhaupt sind nun zwei Impfstoffe gegen das RS-Virus in der Europäischen Union zugelassen worden. Die konkrete Empfehlung: *„Insbesondere Erwachsene mit deutlich eingeschränkter Immunabwehr oder schweren Lungen- sowie Herz-Kreislauf-Vorerkrankungen empfehlen wir eine Impfung"*, sagt Co-Autor *Professor Wolfram Windisch* (links), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), unter deren Leitung das Empfehlungspapier entstanden ist.

Vor allem in den Wintermonaten treten RSV-Infektionen gehäuft auf. *„In den Kliniken beobachten wir eine vergleichbare Krankheitslast und Sterberate wie bei Lungenentzündungen* nach Influenza- oder Pneumokokken-Infektionen. Besonders gefährdet sind auch Menschen mit bösartigen Blutkrebserkrankungen wie Leukämie oder Multiples Myelom", erklärt *Professor Martin Witzenrath* (rechts), federführender Autor des neuen Positionspapiers und Direktor der Klinik für Pneumologie, Beatmungsmedizin und Intensivmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Er warnt zudem vor dem Risiko schwerer Folgeerkrankungen, die durch eine RSV-Infektion ausgelöst werden können.

Nach Pandemie: RSV-Erkrankungen wesentlich häufiger – Oftmals unerkannt

Eine aktuelle Studie zeigt auf, dass insbesondere nach den ersten Wellen der COVID-19-Pandemie RSV-Erkrankungen wesentlich häufiger vorkommen. „Diese Erkrankungen sind aber nicht neu und waren schon vor COVID-19 häufig. Allerdings ist der Nachweis durch eine zusätzliche Laboruntersuchung aufwendig", sagt Witzenrath. Daher werde beim Hausarzt



Professor Wolfram Windisch und Professor Martin Witzenrath

nur selten eine entsprechende Untersuchung in die Wege geleitet, auch einen ausreichend sensitiven Schnelltest für Praxen gäbe es bisher nicht. „Deswegen ist der Anteil von unbekannten Virusinfektionen in der Bevölkerung recht hoch – oftmals kann dem eine RSV-Erkrankung zugrunde liegen, die auch im Krankenhaus in der klinischen Routine meist unerkannt bleibt."

RSV-Impfung jetzt in der EU zugelassen – Kostenübernahme prüfen lassen

Die European Medicine Agency (EMA) hat in diesem Jahr erstmals zwei Impfstoffe für die EU zugelassen, die bereits in Apotheken erhältlich sind. Da die Ständige Impfkommission (STIKO) noch keine entsprechende Empfehlung für Deutschland ausgesprochen hat, sind die Kosten in der Regel privat (erg.: noch) zu tragen. Eine Kostenübernahme kann aber auch individuell bei der zuständigen Krankenkasse beantragt werden. Grundsätzlich gelte immer, erst das Beratungsgespräch mit dem eigenen Hausarzt zu suchen.

Quelle:
Pressemeldung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)
vom 02.11.2023

Fast 110.000 gesetzlich Versicherte wegen psychischer Störungen nach Cannabisgebrauch in Behandlung

Foto: AdobeStock / pikselstock

2021 ist in Deutschland bei insgesamt 108.313 gesetzlich Versicherten im Alter von 10 bis 54 Jahren eine psychische Störung bzw. Verhaltensstörung durch Cannabis oder seine Verbindungen (Cannabinoide) dokumentiert worden. Laut den Gesetzlichen Krankenkassen waren sie deshalb in ärztlicher oder phychotherapeutischer Behandlung. Bezogen auf den Bevölkerungsanteil aller Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in dieser Altersgruppe (37,5 Millionen) entspricht dies einer bundesweiten Diagnosehäufigkeit von fast 29 Betroffenen je 10.000 gesetzlich Krankenversicherten. Dabei zeigen sich zwischen Jugendlichen und Erwachsenen in der Häufigkeit dieser Diagnose deutliche Unterschiede. So waren in der Altersgruppe von 10 bis 17 Jahren vier Versicherten je 10.000 und in der Altersgruppe von 18 bis 54 Jahre 32 von je 10.000 Versicherten betroffen. Regional auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte zeigten die Abrechnungsdaten der Ärzte und Physchotherapeuten in Deutschland ein deutliches Gefälle von Norden nach Süden.

So sind in Bayern die Behandlungszahlen überwiegend deutlich niedriger. Der bayrische Landkreis Landshut weist mit 7 Behandelten je 10.000 gesetzlich Versicherten deutschlandweit die niedrigste dokumentierte Behandlungszahl auf. Die höchsten Zahlen an Behandelten wegen Cannabis-Folgen wurden im niedersächsischen Wilhelmshaven mit 88 Betroffenen von 10.000 Versicherten dokumentiert. Danach folgten in der Häufigkeit Pirmasens (in Rheinland-Pfalz) mit 86, Flensburg (Schleswig-Holstein) mit 86 und Bremerhaven mit 68 Betroffenen. Neben Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein im Norden, fällt auch die Region Nordrhein mit höheren Werten auf, hier insbesondere am Niederrhein entlang der niederländischen Grenze. Bei den dortigen 10- bis 17-Jährigen lag die Zahl der Behandlungsbedürftigen in nahezu allen Kreisen unter 30 Betroffenen, damit aber bei einem Mehrfachen des deutschen Behandlungsdurchschnittes.

So weit die zentralen Ergebnisse einer aktuellen Auswertung der vertragsärztlichen und psychothe-

Dr. Dominik von Stillfried, Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (Zi)

rapeutischen Abrechnungsdaten für das Jahr 2021, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) veröffentlicht hat.

„Die von uns aktuell ausgewerteten Daten geben einen Hinweis darauf, dass sich die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit den gesundheitlichen Risiken auseinandersetzen müssen, die mit dem Konsum von Cannabis verbunden sind. Allerdings ist von einer *Untererfassung* auszugehen. Die *gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums* dürfen aber ebenso wenig unterschätzt werden wie das Suchtpotenzial von Cannabis und seinen Verbindungen (Cannabinoiden). Aus Studien wissen wir, dass der K*onsum von Cannabis*-Produkten *hirnorganische Veränderungen* hervorrufen, zu *Verhaltensauffälligkeiten* bei Kindern und Jugendlichen führen sowie psychische Veränderungen auslösen kann", sagte der Vorstandsvorsitzende des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung Dr. Dominik von Stillfried. *Mit* der nun *geplanten Legalisierung* von Cannabis bestehe die *Gefahr, dass das Risikobewusstsein sinke*, weil der Begriff der Legalisierung fälschlicherweise als Signal für eine geringere Gefährlichkeit der Droge wahrgenommen werde, so von Stillfried weiter: **„Ziel einer verantwortungsvollen Gesundheitsvorsorge muss es aber doch sein, die Verbreitung suchtauslösender Substanzen einzuschränken und noch mehr Aufklärungsangebote über die Gefahren von Drogenkonsum zu geben."**

Die bundesweiten vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Abrechnungsdaten gemäß § 295 im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) der Jahre 2021 und 2022 bilden die Grundlage für diese Auswertung. Die Häufigkeit einer Behandlung wegen "Cannabis-Neben- und Folgewirkungen" berechnet sich als Anteil von Betroffenen je 10.000 Versicherten, bei denen in einem Quartal 2021 und in mindestens einem weiteren der patientenindividuellen drei Folgequartale eine ärztlich gesichert Diagnose einer psychischen Verhaltensstörung durch Cannabis dokumentiert wurde. Basis waren alle bundesweit gesetzlichen Versicherten im Alter von 10 bis 54 Jahren mit mindestens einmaliger ärztlich erforderlicher Behandlung im Jahr 2021.

Quelle: Nach "Monitor Versorgungsforschung" vom 29.09.2023

P.S. Aus der Züricher Suchthilfe ist seit Jahren bekannt, dass der Gebrauch von Cannabis und seinen Verbindungen (Cannabinoide) insbesondere bei jungen Erwachsenen als Einstiegsdroge für "härtere" Suchtmittel insbesondere Kokain nachgewiesen ist. (Anm. der Red.)

Weltdiabetestag: Gesundes Zahnfleisch ist wichtig!

Foto: proDente e.V./Kierzkowski

Menschen mit Diabetes sollten besonders gut auf ihre Mundgesundheit achten. Denn erhöhte Blutzuckerwerte begünstigen Entzündungen im ganzen Körper - auch im Mund. So erkranken Diabetikerinnen und Diabetiker dreimal so häufig an einer Parodontitis, einer Entzündung der zahntragenden Gewebe, wie Menschen ohne Diabetes. Unbehandelt kann sie dazu führen, dass sich die betroffenen Zähne lockern und schließlich ausfallen. Eine Parodontitis entwickelt sich immer aus einer Zahnfleischentzündung. Neben guter Mundhygiene sind engmaschige Kontrollen in der Zahnarztpraxis wichtig, um eine Parodontitis frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

„Im Durchschnitt verlieren Menschen mit einem unbehandelten oder schlecht eingestellten Diabetes mehr Zähne durch eine Parodontitis als Menschen ohne Diabetes beziehungsweise mit einem gut gemanagten Diabetes", erklärt Dr. Romy Ermler, Vorstandsvorsitzende der Initiative proDente e.V. und Vizepräsidentin der Bundeszahnärztekammer (BZÄK). „Daher sollte die Prävention und die Behandlung einer Parodontitis fester Bestandteil des Diabetes-Managements sein", rät Ermler anlässlich des Weltdiabetestags am 14. November.

Hoher Blutzucker fördert Parodontitis

Diabetikerinnen und Diabetiker sollten neben einer guten Einstellung des Diabetes mellitus auch ihre Mundgesundheit im Blick haben. Denn hohe Blutzuckerwerte begünstigen Entzündungen. So ist auch das Zahnfleisch hierfür anfälliger. Besteht die Zahnfleischentzündung, in der Fachsprache Gingivitis genannt, über längere Zeit, kann sie auf das zahnumgebende Gewebe, den Zahnhalteapparat, übergehen. Eine Parodontitis entsteht. Ohne Behandlung bilden sich Taschen zwischen Zahn und Zahnfleisch. In tiefe Zahnfleischtaschen können sich krankmachende Bakterien einnisten, die Gewebe und Knochen zerstören. Die Zähne verlieren zunehmend an Halt und können schließlich verloren gehen. Insgesamt kann bei Menschen mit Diabetes durch hohe Blutzuckerwerte eine Parodontitis leichter entstehen, stärker ausgeprägt sein und schneller voranschreiten. Auch sprechen Diabetikerinnen und Diabetiker nicht so gut auf die Behandlung der Parodontitis an. Erste Symptome wie Zahnfleischbluten, Mundgeruch oder Schwellung und Rötung des Zahnfleischs am besten bei der Zahnärztin oder dem Zahnarzt abklären lassen!

Parodontitis verschlechtert Blutzuckerwerte

Umgekehrt sollten Patientinnen und Patienten mit Parodontitis aufmerksam sein für Symptome eines Diabetes mellitus wie Müdigkeit, Schwindel, Durst oder häufiges Wasserlassen. Denn eine unbehandelte Parodontitis kann die Insulinresistenz bei Typ-2-Diabetes fördern. Gelangen Bakterien aus den Zahnfleischtaschen über die Blutbahn in den gesamten Körper, können sie auch dort Entzündungen auslösen. Das erschwert dann auch die Einstellung des Blutzuckers. Die hohen Blutzuckerwerte wiederum schaden den Blutgefäßen, die die Organe versorgen. Das Risiko für typische Folgeerkrankungen des Diabetes wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigt.

Pressemeldung Initiative proDente e. V. vom 31.10.2023

Hausärzte rufen zu Grippeschutzimpfungen auf

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), das oberste Organ aller niedergelassenen Ärzte in Deutschland ruft dazu auf, sich entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) gegen Grippe und gegebenenfalls gegen COVID-19 rechtzeitig impfen zu lassen.

„Die Impfung bietet den besten und gleichzeitig einfachsten Schutz vor der saisonalen Influenza, der echten "Grippe"", sagte Dr. med. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV. Auch Ärztinnen und Ärzte seien aufgerufen, ihre Patienten gezielt auf die Schutzimpfungen anzusprechen.

Zu den *Influenzarisikogruppen* gehören:

- Menschen über 60 Jahre,
- mit einem Grundleiden,
- mit schweren neurologischen Grunderkrankungen oder
- einem geschwächten Immunsystem,
- Schwangere und
- Bewohner von Alters- und Pflegeheimen.

Außerdem sollten sich auch jene impfen lassen, die *beruflich viel Kontakt* zu anderen Personen haben und sich deshalb schneller anstecken können.

Sind Impfungen gegen die echte Grippe (Influenza) und COVID-19 angezeigt, können beide Impfstoffe laut STIKO am gleichen Termin verabreicht werden.

Auf die *Symptome der Influenza* weist die Kassenärztiche Vereinigung (KV) Sachsen-Anhalt hin:

- hohes Fieber,
- Husten oder
- Halsschmerzen,
- Abgeschlagenheit,
- starke Kopf- und Gliederschmerzen.

„Zwar beeinflusst auch eine *normale* Erkältung mit Husten und Schnupfen das Wohlbefinden, doch eine Influenza kann die Betroffenen bis zu mehreren Wochen außer Gefecht setzen und bei besonders schweren Verläufen sogar zum Tod führen“, warnte der Vorsitzende der Kassenärtlichen Vereinigung Jörg Böhme.

Der Vorstand der Kassenärtlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern rät, dazu eine Terminvereinbarung mit der Hausarztpraxis. „Die Praxen müssen die Impftermine so organisieren, dass der angebrochene Impfstoff verbraucht werden kann, für alle Impfwilligen zur Verfügung steht und kein Impfstoff übrig bleibt“, so der Vorstand.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt für Praxen Infomaterialien wie ein Praxisplakat, eine Infokarte und ein Video zur Verfügung, mit denen sie auf die Impfung hinweisen können.

Quelle:
Nach dInformationen des Deutschen Ärzteblattes

Broschüre:

Organspende – schon mal darüber nachgedacht?

Die Entscheidung ist sehr persönlich: Würde ich nach meinem Tod Organe spenden oder nicht? Zwar halten viele Menschen in unserem Land eine Organspende für sinnvoll, aber ein klares und eindeutiges Bekenntnis fehlt häufig. Mehr als die Hälfte aller Entscheidungen für oder gegen eine Organspende müssen die Angehörigen auf Basis des vermuteten Willens der verstorbenen Person treffen. Doch vielfach ist unklar, was die Person gewollt hätte.

„Was hat das mit mir zu tun?", wirst Du vielleicht denken. Mit dieser Broschüre wollen wir Dir Antworten auf diese Frage geben. Denn eines ist sicher: Es kann jeden von uns jederzeit treffen. Jeder kann in die Situation kommen, selbst eine Organtransplantation zu benötigen. Und jeder kann, durch einen Unfall oder ein anderes großes Unglück, selbst als Organspenderin oder Organspender in Betracht kommen.

In der Initiative Organspende Rheinland-Pfalz haben sich verschiedene Partner aus dem Gesundheitsbereich zusammengeschlossen, um über Organspende aufzuklären. Das gemeinsame Ziel ist, dass sich möglichst jede Bürgerin und jeder Bürger darüber Gedanken macht, ob sie oder er nach dem Tod die eigenen Organe für schwer kranke Menschen spenden möchte oder nicht. Mit unseren Aktionen, wie zum Beispiel dieser Broschüre, möchten wir ergebnisoffen über Organspende informieren. Die Projekte werden durch das rheinland-pfälzische Gesundheitsministerium sowie die gesetzlichen Krankenkassen finanziert.

Wenn Sie mehr über die Arbeit der Initiative erfahren möchten, schauen Sie doch mal auf der Website **www.initiative-organspende-rlp.de** vorbei. Informationen zu Organspende finden Sie auch auf dem Instagram-Kanal.

Organspende ist also ein Thema, das vor Niemandem von uns Halt macht. Und trotzdem sterben in jedem Jahr 700 bis 800 Menschen, die vergeblich auf ein Organ gewartet haben. Es gibt in Deutschland zu wenig Organspender. Dies liegt auch daran, dass in Deutschland eine Organspende nur dann zulässig ist, wenn eine Zustimmung zur Spende vorliegt. Aber viele Menschen haben noch keine Entscheidung für oder gegen Organspende getroffen oder ihren Entschluss weder dokumentiert noch ihren Angehörigen mitgeteilt.

Doch wer eine so bedeutsame Entscheidung treffen will, sollte auf jeden Fall gut informiert sein. In dieser Broschüre sind wichtige Aspekte zusammengestellt, die Dir bei Deiner Entscheidungsfindung helfen können. Es kommen auch Menschen zu Wort, die ganz persönlich mit dem Thema in Berührung gekommen sind.

Ein folgenschwerer Unfall

Nina ist eine 18-jährige aktive junge Frau, die bald Abitur macht. Danach möchte sie Sozialpädagogik studieren. Heute Abend ist sie auf einer Geburtstagsparty eingeladen. Sie ist etwas spät dran. Vorne an der Haltestelle steht schon der Bus, mit dem sie in die Stadt fahren möchte.

Nina rennt über die Straße um ihn zu erreichen. Und dann geht alles ganz schnell: Nina wird von einem Auto erfasst. Ein tragischer Unfall, der von einer auf die andere Sekunde Ninas Welt anhält. Sie ist sofort bewusstlos.

Der Rettungswagen ist schnell vor Ort und bringt sie mit Blaulicht ins nächstgelegene Krankenhaus. Dort wird alles versucht, um ihr Leben zu retten. Doch Nina hat eine Schädelfraktur und schwerste Hirnblutungen. Schon nach wenigen Stunden kann nur noch der unumkehrbare Ausfall aller Hirnfunktionen und damit ihr Tod festgestellt werden.

Ninas Eltern erhalten die erschütternde Nachricht am späten Abend. Sie sind schockiert und fassungslos – und stehen im Krankenhaus plötzlich vor der schwersten Entscheidung ihres Lebens: Sie werden gefragt, ob Ninas Organe gespendet werden dürfen. Doch, wie sollen sie entscheiden? Die Eltern wissen, dass Nina immer für andere da war. Aber was hätte sie in dieser konkreten Situation gemacht? Was hätte sie gewollt? Die Eltern wünschten, sie hätten mit Nina einmal über dieses Thema gesprochen.

Organspende kurz erklärt

Unter einer Organspende versteht man die Übertragung eines Organs von einem Organspender auf einen Empfänger. Man unterscheidet post mortale Spenden und Lebendspenden. Postmortal bedeutet, dass die Organe von einer Person stammen, die verstorben ist. Wenn eine Spende zu Lebzeiten erfolgt, spricht man von einer Lebendspende. Schwerpunkt dieser Broschüre ist die postmortale Organspende.

Für die Durchführung einer Organspende gibt es in Deutschland strenge Vorschriften. Sie ist nur dann möglich, wenn bei der verstorbenen Person der unumkehrbare Ausfall aller Hirnfunktionen, also der Hirntod, zweifelsfrei festgestellt wurde und eine Zustimmung zur Organspende vorliegt. Im idealen Fall hat die verstorbene Person zu Lebzeiten die Entscheidung selbst getroffen. Liegt keine Willensbekundung vor, müssen die Angehörigen nach dem mutmaßlichen Willen der verstorbenen Person entscheiden oder in letzter Instanz, wenn auch dieser nicht feststellbar ist, nach den eigenen Wertvorstellungen.

Die Organe des Spenders werden an schwer kranke Patientinnen und Patienten vermittelt, die auf einer sogenannten Warteliste stehen. Bei diesen Menschen liegt ein schwerer Organschaden vor, der angeboren, aber auch durch äußere Faktoren verursacht sein kann, zum Beispiel durch eine Infektion. Für sie ist ein „neues“ Organ oft die einzige Chance zum Überleben.

Das Transplantationsgesetz legt fest, welche Organe nach dem Tod gespendet werden können. Das sind *Nieren*, *Leber, Herz, Lunge, Bauchspeicheldrüse und Darm*. in Organspender kann also **bis zu sieben Organe spenden** und damit mehreren Menschen das Leben retten. Auch *Gewebespenden* sind möglich. Zu den transplantierbaren Geweben gehören zum Beispiel die *Hornhaut der Augen, Herzklappen, Blutgefäße, Knochen, Knorpel, Sehnen, Haut oder Bindegewebe.*

Wir müssen über Organspende reden!

Seit mehr als zehn Jahren lebe ich nun schon mit einer neuen Leber. Von Geburt an habe ich einen Gendefekt, der dazu führte, dass meine Leber nicht richtig arbeitet. „Glykogenose 1a“ heißt diese Stoffwechselkrankheit. Schon als kleines Kind fühlte ich mich häufig schwach und musste streng Diät halten. Mit 13 Jahren wurden meine Leberwerte so schlecht, dass ein Spezialist mir und meinen Eltern schließlich zu einer Transplantation riet. Doch ein passendes Spenderorgan gab es nicht und so ließen meine Eltern schließlich testen, ob sie für eine Lebendspende geeignet sein könnten. Mein Vater kam dafür tatsächlich in Frage und so wurde mir im Dezember 2009 ein Teil seiner Leber transplantiert.

Die nächsten drei Jahre waren ein ständiges Auf und Ab. Es ging mir nicht gut und ich verbrachte einen großen Teil meiner Zeit in Arztpraxen und im Krankenhaus. Meine Leberwerte wurden immer schlechter und bald war klar, dass ich erneut transplantiert werden musste. Ich kam auf die Warteliste, aber es war nicht absehbar, wann eine passende postmortale Spenderleber für mich zur Verfügung stehen würde. Die Zeit drängte. Da mein Vater kein zweites Mal spenden konnte, schenkte mir mein Onkel schließlich einen Teil seiner Leber.

Die zweite Transplantation ist nun schon acht Jahre her. Es geht mir gut und ich fühle mich fit. Ich bin unglaublich dankbar für diese "Geschenke" meiner Familie, denn ohne sie würde es mich heute nicht mehr geben. Organspende ist ein wichtiges Thema für mich und hat in mir den Wunsch geweckt, anderen mit ähnlichen Erfahrungen zu helfen. Deshalb arbeite ich jetzt bei der Kinderhilfe Organtransplantation. Wir müssen über Organspende reden, denn sie kann lebensrettend sein.

Mein Bruder hätte es so gewollt!

Eigentlich war alles wie immer. Ich kam mittags von der Schule zurück und dachte, mein Zwillingsbruder Jan-Niclas sei längst zu Hause. Er war morgens mit meiner Mutter ins Krankenhaus gefahren, weil ihm die Rachenmandeln verkleinert werden sollten. Eigentlich eine Routineoperation. Doch als ich die Wohnung betrat, saßen meine Eltern weinend da – und eine fremde Frau. Heute weiß ich, es war eine Seelsorgerin.

Die Frau erklärte mir, dass bei der Operation meines Zwillingsbruders etwas ganz Schlimmes passiert sei und dass mein Bruder deshalb nicht mehr aufwachen würde. Viel später erfuhr ich, dass es bei der Operation Komplikationen gegeben hatte. In der Folge war Jan-Niclas Gehirn nicht mehr richtig durchblutet und

hatte so wenig Sauerstoff bekommen, dass der Hirntod eintrat.

Die Nachricht war für mich unfassbar. Ich war erst sechs Jahre alt und konnte nicht verstehen, dass der Mensch, der zuvor immer bei mir war, plötzlich fehlte. Ich sah meinen Bruder noch einmal, bevor sie die Geräte abschalteten. Ich erinnere mich noch gut daran. Alles war so ruhig im Krankenhaus – und in meinem Kopf war es gleichzeitig so laut. Die Trauer war in den folgenden Jahren der tägliche Begleiter unserer Familie. Auch heute vermisse ich meinen Zwillingsbruder noch sehr.

Meine Eltern gaben die Organe meines Bruders damals zur Spende frei. Sie waren sich sicher: Jan-Niclas hätte das so gewollt. Über ihre Entscheidung bin ich sehr froh. Zu wissen, dass etwas von ihm in einem anderen Menschen weiterlebt, macht mich sehr stolz.

Gesetzliche Regelungen

Das *Transplantationsgesetz* (TPG) bildet in Deutschland die rechtliche Grundlage für die Organ- und Gewebespende. Alle Abläufe zu Spende, Vermittlung und Transplantation von Organen und Geweben werden dort genau beschrieben, um einheitliche und klar rechtsverbindliche Standards zu definieren und Missbrauch zu verhindern. Der Handel mit Organen ist nach dem TPG streng verboten.

Nicht „Nein“ sagen ist kein „Ja“ – zumindest nicht in Deutschland

In Ländern wie Dänemark, Irland oder Litauen dürfen Organe und Gewebe nach dem Tod nur dann entnommen werden, wenn die oder der Verstorbene zuvor der Organspende zugestimmt hat. Wenn die verstorbene Person selbst keine Entscheidung für oder gegen eine Organspende getroffen hat, werden die Angehörigen um eine Entscheidung gebeten. Das nennt man erweiterte Zustimmungslösung. In Deutschland gilt eine Abwandlung dieser Zustimmungslösung, die man als Entscheidungslösung bezeichnet. Dabei soll jede Bürgerin und jeder Bürger umfassend informiert werden, um eine sichere Entscheidung für oder gegen die Organ- und Gewebespende treffen zu können.

In den meisten europäischen Ländern gilt die sogenannte *Widerspruchslösung*: Hat die verstorbene Person einer Organspende zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen, können Organe zur Transplantation entnommen werden. Sollte keine Erklärung der verstorbenen Person bekannt sein, können in vielen Ländern stellvertretend die Angehörigen entscheiden.

Foto: AdobeStock / fovito

Prozesse verbessern

Die Ursachen für die niedrigen Organspendezahlen in Deutschland sind vielfältig und liegen in unterschiedlichen Bereichen. Mit der Änderung des TPG im Jahr 2019 wurden die Organisationsstrukturen und Abläufe in den Kliniken, in denen Organe entnommen werden, verbessert. Die Krankenhäuser werden für diese Aufgaben auch besser ausgestattet. Ziel ist, dass mehr mögliche Spender erkannt werden.

Online-Register soll kommen

Im Januar *2020* erfolgte im Bundestag eine Abstimmung zur Neuregelung der Entscheidung zur Organspende. Nach kontroversen und teils emotional geführten Debatten über die Widerspruchslösung beschlossen die Abgeordneten mit deutlicher Mehrheit das *„Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende“*. Die geltende Regelung, dass eine aktive Zustimmung zur Organspende vorliegen muss, bleibt vom Grundsatz her unverändert. Das neue Gesetz ist im *März 2022* in Kraft getreten. Das neue *zentrale Online-Register,* in dem Bürgerinnen und Bürger ihre Bereitschaft zur Organspende festhalten können, wird voraussichtlich im Jahr 2024 eingerichtet werden.

Die Deutschen sollen durch gezielte Maßnahmen noch stärker für das Thema sensibilisiert werden. Grundwissen über die Organspende wird bei Erste-Hilfe-Kursen im Rahmen des Führerscheinerwerbs vermittelt. Wer einen Personalausweis oder einen Reisepass beantragt oder verlängert, erhält über die Ausweisstelle Infomaterial. Zudem besteht die Möglichkeit, sich alle zwei Jahre in der Hausarztpraxis zum Thema Organ- und Gewebespende zu informieren.

Quelle:
Initiative Organspende Rheinland-Pfalz

Advertorial mit freundlicher Unterstützung von Sanofi

Wieder mehr Erleben mit (schwerem) Asthma

Betroffenen ein Leben zu ermöglichen, in dem das Asthma keine oder nur noch eine kleine, untergeordnete Rolle spielt, ist das heutige Ziel der Behandlung dieser Erkrankung. Beschwerden sollten nicht mehr oder kaum noch spürbar sein. Das zu erreichen, ist zwar nicht immer einfach, aber in vielen Fällen möglich. Die Freiheit in der Lebensgestaltung – ohne dass das Asthma sich immer wieder in den Mittelpunkt drängt – spielt eine große Rolle für die persönliche Lebensqualität. Was das für Menschen mit Asthma bedeutet, ist ganz unterschiedlich.

Familie oder Hobby: So wertvoll ist Lebensqualität

Für Petra bedeutet Lebensqualität, frei zu leben. Ihr schweres Asthma war trotz verschiedener Medikamente nicht kontrolliert und sie fühlte sich in ihrem Leben immer wieder eingeschränkt. Schließlich riet ihr ein Lungenfacharzt zur Umstellung auf eine moderne Therapie. Seitdem fühlt sie sich ihrem Asthma nicht mehr ausgeliefert. „Für mich ist das Schönste, dass ich einfach in mein Auto steigen kann und losfahre. Letztens bin ich mit meinen Enkelkindern in den Urlaub gefahren, das hat alles wunderbar geklappt, ohne Probleme," erzählt sie.

Für Wolfgang ist es wichtig, sein Leben mit Asthma aktiv zu gestalten. Lange Zeit hatte er das Gefühl, dass seine Behandlung nicht gut auf ihn abgestimmt war. Den ersehnten Wandel brachte ein Lungenfacharzt, denn nach einer ausführlichen Besprechung erhielt Wolfgang neue Medikamente. „Danach ging es mir viel besser und ich konnte mich nun stärker belasten. Keine Asthmaanfälle mehr in der Nacht oder am Tag. Es geht mir einfach gut," erinnert sich Wolfgang. Mit neuer Motivation schloss er sich einer Lungensportgruppe an, wo er sich mit anderen Betroffenen austauschen kann.

Lorena liebt es draußen unterwegs zu sein. Sie geht gerne mit ihrem Partner wandern und ist seit ihrer Kindheit Reiterin. Als das wegen ihres schweren Asthmas nicht mehr möglich war, beschloss sie etwas zu ändern. Sie wurde Expertin für ihr eigenes Asthma und ging zu einem Lungenfacharzt. Heute schöpft sie wieder Kraft aus ihrem aktiven Lebensstil: „Die Pferde spielen eine sehr, sehr große Rolle in meinem Leben. Das gibt mir sehr viel Energie. Außerdem mein Partner, meine Familie und mein Freundeskreis."

Mit maßgeschneiderter Therapie zum Ziel?

Inzwischen gibt es moderne Medikamente, die gezielt gegen die Entzündung wirken, die schwerem Asthma häufig zugrunde liegt. Durch die Fortschritte in der Therapie hat sich auch das angestrebte Therapieziel verändert. Lungenfacharzt Dr. Christian Geßner, Leipzig, erklärt: „Was wir hinkriegen wollen, nennt sich Asthma-Remission – was nicht heißt, dass das Asthma geheilt oder völlig verschwunden ist, sondern dass der Patient durch eine regelmäßige Einnahme von Medikamenten erreicht, dass er eigentlich gar keine Asthma-Beschwerden mehr hat und normal sein Leben leben kann."

Weitere Informationen und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse über Asthma sowie hilfreiche Tipps von Betroffenen und Expert*innen gibt es auf der Website **www.Asthma-Aktivisten.de** und **im Asthma-Podcast „ATMUNGSaktiv"** (überall dort, wo es Podcasts gibt).

MAT-DE-2304701-1.0-10/2023, Foto: unsplash

Neue medizinische Leitlinie Osteoporose

Knochenschwund als Rheumafolge: Von Anfang an mitdenken und rechtzeitig gegensteuern

Foto: AdobeStock / pikselstock

Die Osteoporose zählt zu den häufigsten Begleiterscheinungen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen. Sowohl das rheumatische Entzündungsgeschehen selbst als auch der durch die Beschwerden verursachte Bewegungsmangel können Osteoporose, bekannt als Knochenschwund, fördern.

Ein bedeutender Risikofaktor kann zudem die bei vielen Rheuma-Betroffenen notwendige Einnahme von Glukokortikoiden sein. In der Osteoporose-Leitlinie des Dachverbands Osteologie werden diese Besonderheiten nun deutlich stärker berücksichtigt. Die Leitlinie fasst den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose zusammen und wurde im Vergleich zur zuvor gültigen Fassung von 2017 völlig neu überarbeitet. Die *Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V.* (DGRh) begrüßt die Neufassung sehr, an der sie mitgearbeitet hat. Der Welt Rheuma Tag am 12. Oktober war ein guter Anlass, auf die in der Neufassung erarbeiteten wichtigen Neuerungen aufmerksam zu machen.

Überarbeiteter Algorithmus zur Berechnung eines individuellen Risikos eines Knochenbruches

Typische Knochenbrüche (Frakturen), die auf osteoporotische Veränderungen der Knochenmasse zurückgehen, sind der Oberschenkelhalsbruch und das Einbrechen der Wirbelsäule. Beide Ereignisse betreffen besonders Frauen nach der Menopause. Beide sind im Zehnjahreszeitraum zwischen 2009 und 2019 deutlich häufiger geworden. Nachden aktuellen Angaben der Leitlinie erleiden jedes Jahr knapp 50 von 100.000 Frauen zwischen 50 und 59 Jahren einen Bruch des Oberschenkels. Mit jeder zunehmenden Lebensdekade steigt die Häufigkeit deutlich an – bis hin zu fast 4.400 Betroffenen von 100.000 bei den Über-90-Jährigen. Dabei ist das Frakturrisiko jedoch individuell äußerst unterschiedlich und nicht nur vom Alter abhängig. „Eine der wichtigsten Neuerungen in der Leitlinie betrifft die rechnerische Wahrscheinlichkeit des individuellen Risikos“, laut Prof. Dr. med. Peter M. Kern, Direktor der Klinik für Immunologie, Rheumatologie und Osteologie am Klinikum Fulda, der für die DGRh an der aktuellen Leitlinie mitgearbeitet hat. Die Berechnung stützt sich dabei auf rund 100 nachweisliche Risikofaktoren und berücksichtigt nun auch *entzündlich-rheumatische Erkrankungen* wie die rheumatoide Arthritis, den Systemischen Lupus Erythematodes und die Spondyloarthritiden. Auch ist die Gewichtung der einzelnen Risikofaktoren komplett überarbeitet und nach neuen Erkenntnissen angepasst worden.

Foto: AdobeStock / crevis

Vier Stadien der Osteoporose am Beispiel des Oberschenkelknochens - von links nach rechts: Abbau der Knochendichte

Neue Kriterien für Osteoporose-Basisuntersuchung und Anamnese

Eine Basisuntersuchung auf Osteoporose wird nun explizit auch dann empfohlen, wenn eine Therapie mit Glukokortikoiden (Kortison) in einer Dosierung von 7,5 mg pro Tag oder höher für einen Zeitraum von mehr als drei Monaten geplant ist. „Diese Diagnostik sollte nun auch Männern und Frauen vor dem 50. Lebensjahr angeboten werden, wenn sie an den oben genannten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen leiden", sagte PD Dr. med. Björn Bühring, Chefarzt der Klinik für Rheumatologie, Immunologie und Osteologie am Bergischen Rheuma–Zentrum in Wuppertal. Auch er war als DGRh-Experte an der Erarbeitung der interdisziplinären Leitlinie beteiligt. Bei Patient:innen mit rheumatischen Erkrankungen über 70 Jahren sollte zudem jährlich nach *Stürzen* oder *sturzbedingten Frakturen* gefragt und ein Test zur Erfassung der Mobilität und des Sturzrisikos gemacht werden.

Medikamentöse Osteoporose-Therapie: angepasste Empfehlungen, neue Wirkstoffe

Angepasst wurden auch die Empfehlungen dazu, ab welchem Frakturrisiko eine medikamentöse Therapie begonnen oder zumindest empfohlen werden sollte. „Unter anderem wurde dabei nun stärker berücksichtigt, dass das Risiko für eine *Schenkelhals*- oder *Wirbelkörperfraktur* in den ersten Jahren nach einem bereits erlittenen Bruch besonders hoch ist", erläuterte Bühring. Weil auch die Einnahme von Glukokortikoiden stärker gewichtet werde, sei es absehbar, dass gerade Rheuma-Patientinnen und -Patienten nun deutlich öfter als bisher eine medikamentöse Osteoporose-Therapie erhalten oder angeboten bekommen würden.

Auch die Hinweise dazu, wie diese Therapie gestaltet werden sollte, wurden grundlegend überarbeitet. Bei der Prophylaxe und Therapie der Osteoporose werden zwei unterschiedliche Klassen von Medikamenten eingesetzt: *Antiresorptive Wirkstoffe* wie *Bisphosphonat* hemmen den weiteren Knochenabbau und sogenannte knochenaufbauende Substanzen. Sie können damit den knochenabbauen Prozess sogar umkehren. „Hier gibt es neue Wirkstoffe, die nun berücksichtigt wurden, und auch zu den altbekannten Wirkstoffen liegen neue Erkenntnisse vor", laut Kern. Auf dieser Basis seien nun differenziertere Behandlungen möglich geworden, die sich stärker nach den individuellen Patientengegebenheiten richten.

Bei Osteoporose bei jeder Rheumatherapie von Beginn an denken

Aus Sicht der medizinischen Fachgesellschaft stellt die Aktualisierung einen großen Fortschritt für die behandelten Patienten dar. „Die Leitlinie stützt sich auf ein gesicherte wissenschaftliche Belege und bietet somit eine wertvolle, medizinisch fundierte Entscheidungshilfe", betonte DGRh-Präsident Professor Christof Specker, Düsseldorf. Die neuen Handlungsempfehlungen ermöglichten es, den Blick wesentlich früher als bisher auf mögliche osteoporotische Veränderungen zu richten. „Das Ziel muss sein, dass die Osteoporose bei jeder Rheumatherapie von Anfang an bedacht wird."

Quelle:
Dachverband Osteologie e.V. et al., S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50.Lebensjahr, https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/183-001

Programm zum Gewichtsmanagement verbessert Asthma-Symptome bei Menschen mit Adipositas

Foto: AdobeStock / Ployker

Schottische Forscher konnten belegen, dass eine Gewichtsreduktion bei Menschen mit schwer kontrollierbarem Asthma und starkem Übergewicht (Adipositas) zu Verbesserungen der Asthmakontrolle und der Lebensqualität führen kann.

Adipositas steht im Zusammenhang mit unkontrolliertem, schwer zu behandelndem Asthma und erhöhter Krankheitsschwere (Morbidität) und Sterblichkeit (Mortalität). Frühere Studien deuteten darauf, dass eine Gewichtsabnahme die Asthma-Kontrolle verbessern könnte, allerdings waren die untersuchten Asthma-Patienten sehr unterschiedlich. Bisher gab es keine gesicherte Übereinstimmung darüber, welche Methode der Gewichtsabnahme bei Asthma-Patienten am besten geeignet sei. Das **C**ounter**w**eight-Plus-**P**rogram (**CWP**) zur Gewichtskontrolle ist ein nachweislich wirksames, von Ernährungswissenschaftlern geleitetes Programm zur Ernährungsumstellung. In einer aktuellen Studie aus Schottland wurde nun untersucht, ob die Anwendung des CWP im Vergleich zur Standardbetreuung die Asthmakontrolle und die Lebensqualität von Patienten mit schwer behandelbarem Asthma und starkem Übergewicht verbessern kann.

Gewichtsreduktion bei Patienten mit schwer kontrollierbarem Asthma

Hierzu wurden in eine Studie per Zufallsverteilung Patienten mit schwer behandelbarem Asthma und einem Body-Mass-Index (BMI) über 30 kg/m^2 zwei unterschiedlichen Diätprogrammen zugeteilt. Bei dem CWP-Programm handelt es sich um eine 12-wöchige Phase der Ernährungsumstellung auf 800 kcal pro Tag und anschliessender schrittweiser, kontrollierter Erhöhung der täglichen Kalarienzufuhr und bei Aufrechterhaltung der gezielten Gewichtsabnahme über einen Zeitraum von einem Jahr. Primärer Zielpunkt war die Verbesserung der Werte im Asthma Control Questionnaire 6 (ACQ6) nach 16 Wochen. Der zweite

Zielpunkt war eine Verbesserung der Lebensqualität im Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ).

Deutlicherer Gewichtsverlust im CWP-Programm im Vergleich zur Kontrollbehandlung

Im Ergebnis war der Gewichtsverlust war in der CWP-Gruppe größer als in der Kontrollgruppe:

- Er betrug in der CWP-Gruppe im Durchschnitt 12,1 kg

Auch die Verbesserung der Asthmasymtome nach dem ACQ6-Score war in der CWP-Gruppe deutlich stärker als in der Kontrollgruppe. Ein größerer Anteil der Probanden erreichte den minimalen, klinisch bedeutsamen Unterschied im ACQ6-Score mit dem Gewichtsmanagementprogramm CWP als mit der Standardbehandlung, konkret:

- um 53 % in der CWP-Gruppe und
- um 19 % in der Kontroll-Gruppe

Die Verbesserung der Asthma-bezogenen Lebensqualität (AQLQ-Score) war in der CWP-Gruppe zudem größer als in der Kontrollgruppe.

Fazit: CWP-Gewichtsmanagementprogramm verbessert Asthmakontrolle und Lebensqualität

Die Anwendung eines *strukturierten Gewichtsmanagementprogramms* führte somit bei Erwachsenen mit schwer behandelbarem Asthma und Adipositas zu *klinisch bedeutsamen Verbesserungen der Asthmakontrolle und der Lebensqualität nach 16 Wochen*. Laut den Studienautoren lässt sich das eingesetzte Programm auch bei dieser schwer behandelbaren Asthma-Patientengruppe leicht umsetzen.

Quelle: DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom, Meldung vom 11.10.2023

Autor:
Sharma V et al.,

A Total Diet Replacement Weight Management Program for Difficult-to-Treat Asthma Associated With Obesity: A Randomized Controlled Feasibility Trial. Chest. 2023 Jan 14:S0012-3692(23)00117-4. doi: 10.1016/j.chest.2023.01.015. Epub ahead of print. PMID: 36649753.

Anzeige

OXYCARE Medical Group GmbH
MEMBER OF SOS oxygène
FON +49(0)421 48 99 66 · www.oxycare.eu

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

Sauerstoffversorgung

– Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

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

- **SimplyGo**, mit 2 l/min Dauerflow
- **SimplyGo Mini**, ab 2,3 kg
- **Inogen Rove 6**, ab 2,15 kg NEU
- **Platinum Mobile POCI**
- **Freestyle Comfort** Inogen Rove 6 ab 1.950,00 € *
- **Eclipse 5**

Inhalation & Atemtherapie

- **Pureneb AEROSONIC+** Ideal für die Sinusitis-Therapie
mit 100 Hz Schall-Vibration
z.B. bei Nasennebenhöhlenentzündung
• Erhöhte Medikamentendeposition bei gleichzeitiger Behandlung beider Naseneingänge durch speziellen Nasenaufsatz

- **IPPB Alpha 300 + PSI** IPPB Atemtherapie mit Pressure Support Inhalation (PSI)
Intermittend Positive Pressure Breathing
- Prä- und postoperatives Atemtraining wirkt sich kräftigend und erweiternd auf das Alveolargewebe aus
- Unterstützt bei der Einatmung mit einem konstanten Inspirationsfluss, **PSI = P**ressure **S**upport **I**nhalation, dadurch Erhöhung der Medikamentendeposition

- **LightNeb Membranvernebler** 174,50 €
Klein - leicht (115 g) - geräuschlos, Verneblung von NaCl bis Antibiotika möglich. Mit 2x AA Batterien

- **MicroDrop Calimero2**
Für Kinder und Babys.
• Erzeugt sehr kleine Aerosol-Teilchen
• Kurze Inhalationszeit

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

Blutdruckmessgeräte

- **Boso Medicus X - Testsieger** Medicus X 39,95 € *
Mit Standardmanschette 22-32 cm und Einknopf-Bedienung

- **Boso medicus Exclusive**
Für Kinder oder Sehbehinderte
Mit XS Manschette oder Standardmanschette

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

Inklusion in der Schlafmedizin

Barrierefreiheit für blinde und sehbehinderte Menschen sowie Menschen mit Leseschwäche

Menschen mit Behinderungen sind besonderen Schwierigkeiten ausgesetzt, wenn sie sich über gesundheitliche Fragen z.B. Schlafstörungen eigenständig informieren wollen.

Nach einer Idee von Nina Schweppe einer Betroffenen, entwickelt die Niedersächsische Selbsthilfeorganisation „Arbeitskreis Schlafapnoe Niedersächsischer Selbsthilfegruppen“ mit Unterstützung der AOK Lösungen für Patienten mit Schlafstörungen.

Sie möchte für Patienten, die blind, sehbehindert oder von Beeinträchtigungen der Lesefähigkeit betroffen sind, einen barrierefreien Zugang zu Informationen über Schlafstörungen schaffen.

So können diese Patienten selbstwirksam alles tun, um sich über Ursache und Therapie von Schlafstörungen zu informieren.

Dem ZweiSinnePrinzip folgend, sollen die Informationen als barrierefreies PDF und als Hörbuch im Daisy-Format als CD und als Download zur Verfügung gestellt werden.

Mit diesem Inklusionsprojekt schaffen wir nicht nur die Möglichkeit für Menschen mit Seh- und Leseschwierigkeiten, die Patientenratgeber zur Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation zu nutzen, sondern wir bieten auch einen Mehrwert für alle Menschen, die lieber hören statt zu lesen.

Das *Nachschlagewerk* „Schlafapnoe Fragen und Antworten zur Therapie“ sowie der *Patientenratgeber Ein- und Durchschlafstörungen* wurden auf unserem Patientenkongress „Schlafstörungen veröffentlicht und stehen zum Herunterladen zur Verfügung.

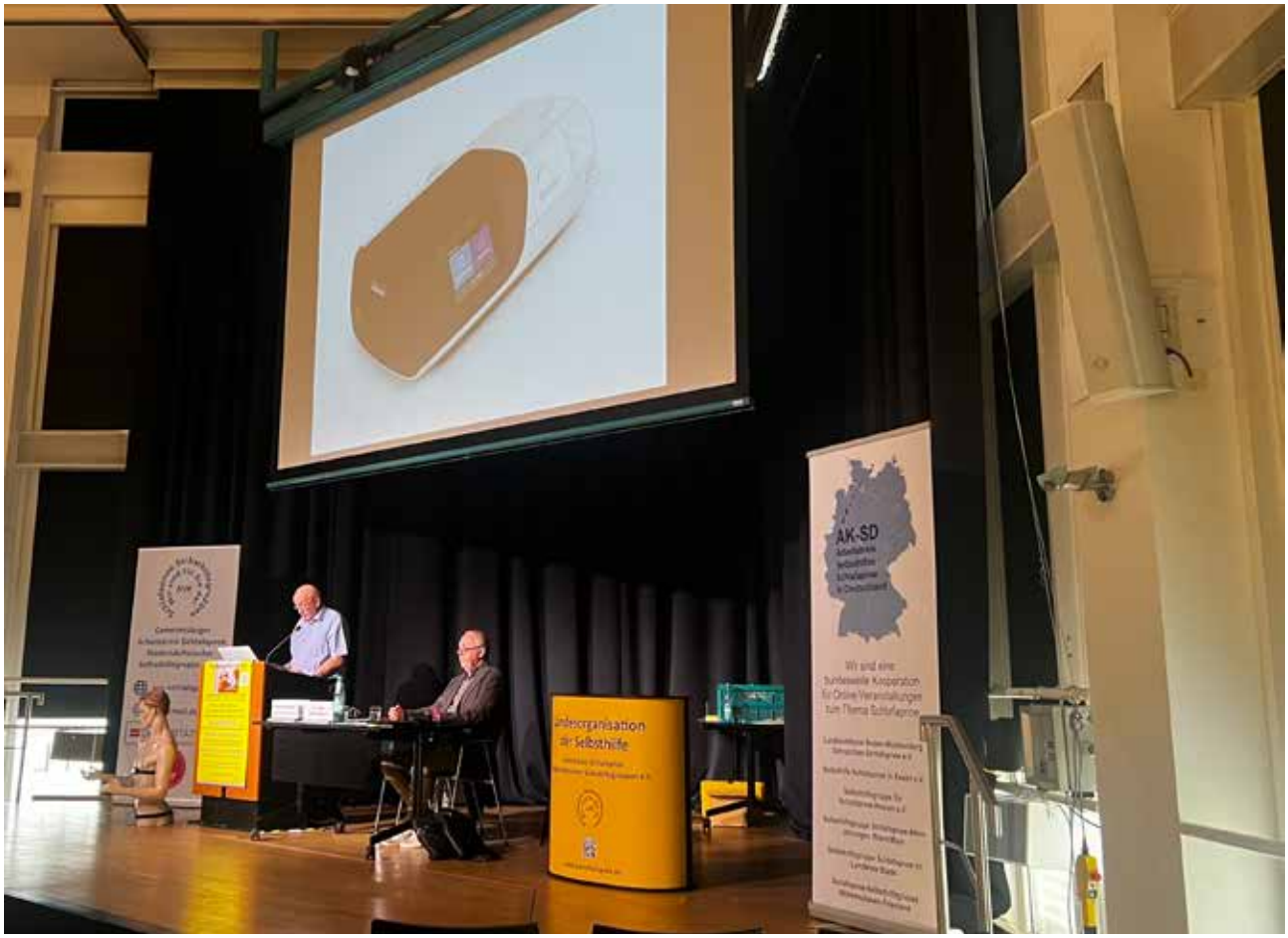
Weitere Patientenratgeber sind mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin und Schlafforschung sowie der AOK in Vorbereitung.

Reinhard Wagner

Kontakt:
Selbsthilfegruppen
im Arbeitskreis Schlafapnoe
Niedersächsischer
Selbsthilfegruppen e.V.
Reinhard Wagner
Weserstr. 8, 26382 Wilhelmshaven
Tel.: 04421 95 62 22
E-Mail: w.agner@t-online.de

Wir bewegen gemeinsam – was uns verbindet
Selbsthilfegruppen im Arbeitskreis Schlafapnoe Nds. Selbsthilfegruppen e.V.

Schlafstörungen: Kongress war sehr erfolgreich



Kongressthemen waren die vielen Schlafstörungen die auch gemeinsam auftreten können.

Um es den Betroffenen zu ermöglichen dem Arzt Hinweise für die Diagnose zu geben, war es uns wichtig die Vielfalt der Schlafstörungen abzubilden.

Es kann für den Arzt schwierig sein die richtige Diagnose zu stellen, da in vielen Fällen der *Patient die Symptome nicht bemerkt* und deshalb nicht berichtet.

So können die Angaben des Patienten
- "Ich schlafe schlecht" und
- "Ich bin tagsüber müde“ oder
- "Ich bin immer müde und kann trotzdem nicht einschlafen"
- "Ich kann nicht durchschlafen" oder
- "Ich wache früh auf“

zu unterschiedlichen Diagnosen führen.

Hinter diesen Beschreibungen können sich u.a.
- Ein- und Durchschlafstörungen,
- die circadiane Schlaf-Wachrhythmus Störung,
- Non-24 bei Blinden,
- die Schlafapnoe oder
- ein Restless-Legs-Syndrom (RLS), d.h. ein Sydrom der unruhigen Beine

verstecken.

Die Beschreibung „Ich bin tagesschläfrig und habe schon mal einen Sekundenschlaf erlebt“, kann z.B. auf eine Schlafapnoe oder auf die oftmals mit einem RLS verbundenen nächtlichen periodischen Beinbewegungen hinweisen.

Es ist für den Arzt wichtig bei Schlafstörungen genau hinzuschauen, denn es besteht auch die Möglichkeit, dass alle Schlafstörungen gleichzeitig vorhanden sind.

Die einzelnen Videos zu den unterschiedlichen Schlafstörungen können gestreamt werden:
https://www.youtube.com/@ASN-Selbsthilfegruppen/videos

Zwei weitere Videos setzen sich mit den Themen Inklusion und Barrierefreiheit auseinander.

Patientenvertretung muss Gesundheitsversorgung als gleichberechtigter Partner konstruktiv mitgestalten können

Foto: G-BA

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Berlin

Ein umfassendes Forderungspapier der maßgeblichen Patientenvertretungen im G-BA verdeutlicht den notwendigen strukturellen Wandel als Basisvoraussetzung für eine tatsächliche Stärkung der Patientenvertretung.

Für eine Stärkung der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sind entsprechende Rahmenbedingungen im derzeit vom Bundesgesundheitsministerium bearbeiteten Versorgungsgesetz I (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – *GVSG*) zu schaffen. Um den Entscheidungsträgern eine Entwicklungsperspektive vorzutragen, haben die maßgeblichen Patientenorganisationen ein umfassendes Forderungspapier zusammengestellt.

Darin bemängeln sie insbesondere das *große Missverhältnis der Kräfte* zum *Nachteil der Patientenvertretung*, die in Beteiligungsgremien nach § 140f SGB V auf Bundes- und Landesebene ein gesetzlich gewolltes und über Jahre weiterentwickeltes Antrags- und Mitberatungsrecht hat. Im G-BA wird sie dabei lediglich von einer Stabsstelle Patientenbeteiligung mit derzeit knapp zehn Vollzeitstellen (VZÄ) unterstützt, während allein die Beratungen des Unterausschusses Arzneimittel des G-BA in dessen Geschäftsstelle durch 50 Mitarbeiter:innen fachlich vorbereitet werden.

„Dieses Missverhältnis an professioneller Unterstützung und Begleitung der Gremienarbeit gilt es durch neue gesetzliche Vorgaben zu beseitigen, um eine vollwertige Ausschöpfung des bereits bestehenden Antragsrechts und die Ausübung eines zukünftigen Stimmrechts realisieren zu können", sagt Dr. Martin Danner, Sprecher des Koordinierungsausschusses der maßgeblichen Patientenvertretung nach § 140f SGB-V beim G-BA.

Denn während die *Selbstverwaltungspartner* von
- gesetzlicher Krankenversicherung (GKV),
- Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV),
- Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZABV)
- und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG)

ihre Aufgaben mit einem hohen personellen Aufwand bearbeiten, bewältigen die überwiegend ehrenamtlich und unentgeltlich tätigen rund 300 Patientenvertreter:innen die Beratungen und den zeitlichen Aufwand zur fachlichen Vorbereitung zusätzlich zu ihren eigentlichen Kernaufgaben.

Damit die Patientenvertretung ihren gesetzlichen Auftrag im Gesundheitswesen sachgerecht wahrnehmen kann, ist ein systematischer und nachhaltiger Wandel notwendig. Dazu ist *professionelles hauptamtliches Personal* eine *unabdingbare Grundvoraussetzung* sowie die Sicherstellung und Koordination der Patientenbeteiligung bei den gesetzlich benannten Organisationen. Dazu gehört die Finanzierung der Koordinierungsstelle für das Benennungsverfahren, wie auch eine entsprechende Entschädigung der SprecherInnen für ihre im G-BA unerlässliche Aufgabe, die nicht als „Einkommen" gewertet werden darf. Erst wenn diese Voraussetzungen geschaffen sind, ist eine Erweiterung des Auftrags der Patientenvertretung denkbar.

In einem sich dramatisch wandelnden Gesundheitssystem ist die *Organisation der Patientenbeteiligung* als Aufgabe im öffentlichen Interesse *unverzichtbar*, um denjenigen eine wirkmächtige Stimme zu geben, um die es in der Versorgung eigentlich geht und die in den bisherigen Strukturen der Selbstverwaltung völlig unterrepräsentiert sind. Daher fordern die Patientenorganisationen auch *eine* zusätzliche *Person als unparteiisches Mitglied im G-BA* und das Recht auf deren Benennung.

Nach Pressemeldung der BAG Selbsthlife vom 27.09.2023.

Maßgebliche Patientenorganisationen:
BAG SELBSTHILFE e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.
Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)
Sozialverband VdK Deutschland e.V.
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Kontakt für Rückfragen:
Dr. Martin Danner - BAG SELBSTHILFE e.V.
Geschaeftsfuehrer@bag-selbsthilfe.de
Sprecher der Maßgeblichen Patientenverbände im G-BA

Recht auf kostenlose erste Kopie der Patientenakte anerkannt – Urteil des Europäischen Gerichtshofs

Nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 26.10.2023 (C-307/22) können Patient*innen keine Kosten mehr für Abschriften ihrer Akten auferlegt werden. Die erste zur Verfügung gestellte Kopie ist unentgeltlich und vollständig herauszugeben. Eine Begründung des Herausgabebegehrens ist zudem nicht erforderlich.

Hintergrund ist ein Fall vor dem deutschen Bundesgerichtshof. In dem der Entscheidung zugrundeliegenden Sachverhalt hatte ein Patient von seiner Zahnärztin eine Kopie seiner Unterlagen verlangt, um gegen sie Haftungsansprüche geltend zu machen, da er einen Behandlungsfehler vermutete. Die Zahnärztin forderte, dass er die Kosten dafür übernimmt. Dies ist nach deutschem Recht gem. § 630g Absatz 2 Satz 2 BGB auch vorgesehen.

Der EuGH entschied nun im Sinne des Patienten. In der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sei ein Recht auf Erhalt einer Kopie der personenbezogenen Daten supranational verankert (Artikel 15 Absatz 3 Satz 1 DSGVO), das durch nationales Recht nicht ausgehebelt werden kann.

Quelle:
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.
Oranienburger Str. 13-14
10178 Berlin

Jetzt endlich das Patientenrechtegesetz auf den Weg bringen!

Die BAG Selbsthilfe begrüßt die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) zum Recht auf kostenlosen Ausdruck von Patientenunterlagen und mahnt lang geforderte Reformen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), des Sozialrechtes und die Umsetzung der Maßgaben der UN-Behindertenrechtskonvention an.

Patient:innen haben einen Anspruch auf die *kostenlose Einsicht in ihre Akten* – auch ohne Angabe von Gründen. Dieses aktuelle Urteil des Europäischen Gerichtshofes ist aus der Sicht der BAG Selbsthilfe ein wichtiger Schritt.

Will man aber die Rechte der PatientInnen wirklich verbessern, braucht es nun endlich ein Patientenrechtegesetz II, das umfassende Veränderungen verankert. Dazu sind entsprechende *Reformen des BGB* und des *Sozialrechtes* vorzunehmen, sowie die Maßgaben der *UN-Behindertenrechtskonvention* umzusetzen.

„Es stehen vor allem die Umkehr der *Beweislast* bei der *Kausalität von Behandlungsfehlern* und eine *Schärfung der patientenorientierten Informations- und Aufklärungspflichten* der Behandelnden im Fokus. Derzeit sind Patient:innen, die ja faktisch immer einen *Behandlungsvertrag mit dem Arzt* schließen, gegenüber anderen Personen, die etwa einen Kaufvertrag über ein Auto schließen, hinsichtlich ihrer Beweispflichten benachteiligt, da die Regelungen zur Schuldrechtsreform beim Patientenrechtegesetz I nicht berücksichtigt wurden. Dies muss dringend korrigiert werden", fordert Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer der BAG Selbsthilfe.

Bislang ist es so, dass Patient:innen grundsätzlich Behandlungsfehler, Gesundheitsschaden und Ursächlichkeit des Behandlungsfehlers für diesen *Schaden* (sog. Kausalität) *beweisen* müssen. Gelingt es nicht nachzuweisen, dass der Arzt eine Pflichtverletzung begangen hat, die einen Behandlungsfehler darstellt und diese ursächlich zu einem Gesundheitsschaden geführt hat (§§ 650h I-V, 630f BGB), kann er keine Schadensersatzansprüche geltend machen.

Damit Patient:innen überhaupt von einem möglichen Behandlungsfehler erfahren, sollten in Zukunft Ärzte – auch ohne Nachfrage der PatientInnen – verpflichtet sein, hierüber zu informieren.

Foto: BAG SELBSTHILFE

Dr. Martin Danner. Geschäftsführer der BAG Selbsthilfe

Auch für *Menschen mit Behinderungen* fehlt es bislang an einer Absicherung ihrer Rechtspositionen aus der UN-Behindertenrechtskonvention. Rechte, wie den ortsnahen Zugang zu barrierefreien Gesundheitseinrichtungen oder Mitspracherechte von Menschen mit Behinderungen bei der Ausgestaltung des Gesundheitswesens sind in der UN-Behindertenrechtskonvention abstrakt gewährleistet. Dringend erforderlich sind aber *konkrete Normen*, die die Umsetzung der Rechte in der Praxis sichern.

Darüber hinaus sollten die Regelung der Genehmigungsfiktion in § 13 Abs. 3a SGB V und §§ 18ff SGB IX als Sachleistungsanspruch umgesetzt werden, damit auch Betroffene ohne größeres Vermögen die Möglichkeit haben, Hilfsmittel zeitnah zu erhalten. Denn so würde bei einem Ausbleiben einer Entscheidung der zuständigen Behörde innerhalb einer festgelegten Frist der positive Bescheid auf einen Antrag hypothetisch angenommen.

„Nicht zuletzt ist die von uns seit Jahren geforderte Einführung eines haftungsergänzenden Medizinschadensfonds, der Lücken im bestehenden Haftungssystem auffangen kann, jetzt endlich umzusetzen. Denn nur schützen wir Patient:innen, die beispielsweise Opfer von Versicherungslücken oder Insolvenzen Beteiligter wurden", so Dr. Martin Danner.

Pressemeldung der BAG Selbsthilfe vom 31.10.2023.

Handbuch Pflege:

Praktischer Lotse – mit Neuerungen der Pflegereform

Einige Änderungen der „Pflegereform 2023" sind schon in Kraft, andere folgen bald: Ein höherer Beitragssatz in der Pflegeversicherung gilt seit dem 1. Juli. Mehr Klarheit, wie die Fristen bis zur Entscheidung über einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit zu bemessen sind, gibt es ab Oktober. Und ab Januar 2024 ist mehr Geld für alle Pflegeleistungen vorgesehen. Im Jahresverlauf stehen dann schrittweise weitere Verbesserungen an.

Damit Pflegebedürftige und ihre Angehörige mit den vielen Details der Pflegereform auch Schritt halten können, hat der Ratgeber „Handbuch Pflege" der Verbraucherzentrale in der gerade aktualisierten Auflage alle Neuerungen verständlich aufbereitet. Die bewährten Checklisten und Formulare helfen, die passenden Pflegeleistungen auszuwählen und richtig zu beantragen.

Nach wie vor gilt: Der *Termin zur Begutachtung* durch den *Medizinischen Dienst* (MDK) *muss gut vorbereitet werden*, wenn Pflege notwendig wird. Das Handbuch gibt dabei nicht nur praktisch Tipps, sondern erläutert auch verständlich Begutachtungskriterien und die Leistungen der Pflegeversicherung. In einem eigenen Kapitel ist zu erfahren, was bei der Unterstützung durch ausländische Betreuungskräfte zu beachten ist.

Der Formularteil des Buchs enthält u.a. hilfreiche Musterschreiben. Die lotsen nicht nur durch den Antragsdschungel, sondern bieten auch Formulierungshilfen, etwa für einen Widerspruch gegen die Einstufung in einen Pflegegrad oder um beim Arbeitgeber die Freistellung zur Begleitung eines todkranken nahen Angehörigen zu beantragen. Alle Formulare wie auch Checklisten lassen sich heraustrennen und archivieren – oder alternativ online ausfüllen und ausdrucken.

Quelle:
Pressemeldung vom 25.09.2023
der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen

Der Ratgeber **„Handbuch Pflege. Hilfe organisieren: Anträge, Checklisten, Verträge"** hat 198 Seiten und kostet 18,- Euro.

Autor:
Otto N. Bretzinger

Bestellmöglichkeiten:
Im Online-Shop unter www.ratgeber-verbraucherzentrale.de oder unter 0211 / 38 09-555.

Der Ratgeber ist auch in den Beratungsstellen der Verbraucherzentralen und im Buchhandel erhältlich.

Neue Möglichkeiten der Organtransplantation

Patientinnen und Patienten in Deutschland profitieren kaum von Präzisionsmedizin

Foto: AdobeStock / fovito

Warten als tödliche Falle: Nirgendwo in Europa rettet Organspende so wenig Leben wie in Deutschland. Obwohl Tests für die Verträglichkeitsbewertungen von Organspenden immer präziser und moderner werden, bringen sie für die Patientinnen und Patienten hierzulande keinen Fortschritt. Denn in Deutschland müssen Patientinnen und Patienten nehmen, was sie kriegen können – egal wie schlecht die Verträglichkeit ist. Warum das so ist, welche Lösungen helfen können und welche neuen Möglichkeiten die Präzisionsmedizin bei der Organtransplantation bietet, haben Experten bei einer Online-Pressekonferenz am 19. September der Deutschen Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie e.V. (DGTI) erläutert.

Rund 8500 Menschen stehen in Deutschland auf der Warteliste für ein Spenderorgan. Täglich sterben laut Statistik 2-3 Menschen von ihnen, weil das lebensrettende Organ fehlt. *Professor Dr. med. Rainer Blasczyk*, Leiter des Instituts für Transfusionsmedizin und Transplantat Engineering an der Medizinischen Hochschule Hannover und Kongresspräsident der 56. Jahrestagung der DGTI, warnt: „Die Sterberaten auf den *Wartelisten für Leber und Lunge* sind im Vergleich zu anderen Eurotransplant-Ländern sogar mehr als doppelt so hoch. Und im Gegensatz zur Dialysetherapie bei Niereninsuffizienz gibt es für diese Organe keine Ersatztherapie."

Hinzu kommt, dass vor allem bei der *Lebertransplantation* auch die Überlebensraten der transplantierten Empfänger niedriger sind als im europäischen Ausland. „Das liegt daran, dass die Organknappheit bedingt, dass jeweils nur die Schwerstkranken mit der schlechtesten Prognose transplantiert werden können", erläutert Blasczyk. Immer wieder wird der Konflikt zwischen Dringlichkeit und Erfolgsaussicht diskutiert. Im letzten Jahr haben *in Deutschland nur 869 Menschen Organe* nach ihrem Tod gespendet (Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation). Tendenz: weiter sinkend.

Ein Ausweg wäre die *Lebendspende* – zumindest für die Nierentransplantation. „Aber genau hier geht die Problematik weiter: Die Qualität der Nieren-Lebendtransplantationen ist in Deutschland nicht gut, da sie mit besonders vielen Problemen verbunden ist", erklärt Blasczyk. Den Grund dafür sieht der Experte im *veralteten Transplantationsrecht in Deutschland*, welches ein Näheverhältnis (Verwandte, Partner) zwischen Spender und Empfänger verlangt. „Im Vordergrund steht also die Frage nach dem Verwandtschaftsverhältnis und nicht die Fragen, welche Spenderniere am besten zum Empfänger passt", so der Transfusionsmediziner. Abhilfe könnte die *Cross-over-Spende* ermöglichen, die in Deutschland nicht erlaubt ist, in Ländern mit modernerem Transplantationsrecht hingegen ist sie eine Selbstverständlichkeit. Dabei

werden die lebend gespendeten Organe so verteilt, dass ein bestmögliche Kombination für die Patientinnen und Patienten erreicht wird, so dass das neue Organ möglichst gut vom Transplantierten angenommen und eine Abstoßung unwahrscheinlicher wird.

Auf der diesjährigen Tagung der DGTI wurden nun *zwei* vollkommen *neue* und mehrfach preisgekrönte *Ansätze* für die Vermeidung einer Organabstoßung präsentiert. Die *erste Innovation* hat "Tarnkappen" für Organe entwickelt. Anstatt das Immunsystem beim Empfänger herunterzufahren, damit es sich nicht gegen das neue Organ „wehrt", wird das Spenderorgan, während es noch außerhalb des Körpers ist, gentechnisch verändert. Dadurch wird es nach dem Einpflanzen in den Empfänger von dessen Immun-Zellen nicht als fremd erkannt und damit nicht angegriffen. „Dies ist eine neue Dimension in der Organtransplantation", so der Experte.

Die *zweite Innovation* löst das Problem der Antikörpervermittelten Abstoßung, welche für die Mehrzahl der späten Organverluste verantwortlich ist. Dazu werden patienteneigene Immunzellen durch gentechnische Veränderung in "Killerzellen" umgewandelt. Diese können dann passgenau exakt die Zellen des Immunsystems ausschalten, die sonst Antikörper gegen das Transplantat bilden würden. Alle anderen Antikörperproduzierenden Zellen bleiben dabei unverändert, so dass das Immunsystem des Empfängers voll funktionstüchtig bleibt.

Professor Blasczyk: „Um Fortschritte zu erzielen, muss Transplantation immer wieder neu gedacht werden. Beide Verfahren haben das Potential dazu, die Organtransplantation in ein neues Zeitalter zu führen. Wir brauchen jedoch mehr Spenderorgane. Diese bekommen wir nur, wenn Deutschland, wie andere Länder auch, die *Widerspruchslösung* einführt, nach der *Jeder nach seinem Tode ein potenzieller Spender* ist – es sei denn er widerspricht ausdrücklich."

Quelle:
Pressemeldung der Deutschen Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie (DGTI), 19.09.2023

Anzeige

Außerklinische Intensivpflege

20 Verbände fordern umgehend Nachbesserungen am GKV-IPReG

Foto: AdobeStock / sudok1

Umsetzungsprobleme geben Anlass zur Sorge

Mit ihrem jetzt veröffentlichten Positionspapier machen 20 Verbände auf Probleme bei der Umsetzung des **I**ntensiv**p**flege- und **Re**habilitationsstärkungs**g**esetzes (**GKV-IPReG**) aufmerksam und fordern den Gesetzgeber zu Nachbesserungen auf.

Das sehr umstrittene GKV-IPReG ist bereits 2020 in Kraft getreten. **Ab dem 31. Oktober 2023** entfaltet es jedoch erst seine volle Wirkung: Ab diesem Zeitpunkt entfällt der Anspruch auf häusliche Krankenpflege für die betroffenen Versicherten endgültig und sie haben dann nur noch einen Anspruch auf **a**ußer**k**linische **I**ntensivpflege (**AKI**).

Bereits heute zeigt sich, dass das Gesetz zu *Rechtsunklarheit* sowie zu *Fehlentwicklungen*, *Leistungsverschiebungen* und *Versorgungsproblemen* führt. Unter anderem verkleinert sich der bislang leistungsberechtigte Personenkreis und die rechtssichere Verordnung von AKI wird durch unklare Voraussetzungen gefährdet. Auch ist die *Leistungserbringung* von AKI im Rahmen eines Persönlichen Budgets *künftig nicht mehr gewährleistet*.

Die Änderungen der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie, die am 15. September 2023 in Kraft getreten sind, lösen diese Probleme nicht und führen teilweise zu neuer *Rechtsunklarheit*. Deshalb ist jetzt der Gesetzgeber gefragt. Mit ihrem gemeinsamen Positionspapier fordern die Verbände daher, die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen umgehend umzusetzen, um die Versorgung von Menschen mit Bedarf an AKI sicherzustellen.

Weiterführende Informationen:
Positionspapier der Verbände vom 19. September 2023, Link: https://rehakind.com/infothek/gkv-ipreg-positionspapier-der-verbaende-2023-09-19-2/

Ansprechpartner:innen:
Katja Kruse, Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (bvkm)
E-Mail: katja.kruse@bvkm.de

Henriette Cartolano, Intensivkinder zuhause e.V.
Email: regio-berlin@intensivkinder.de

Thomas Koritz, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. (ISL)
Email: tkoritz@isl-ev.de

Markus Behrendt, IntensivLeben
– Verein für beatmete und intensivpflichtige Kinder und Jugendliche e.V.
Email: behrendt@intensivleben-kassel.de

Kommissionsvorschlag zum Europäischen Behindertenausweis und Parkausweis

Foto: AdobeStock / Björn Wylezich

Eine neue Richtlinie der Europäischen Union soll Menschen mit Behinderungen die Wahrnehmung ihres Rechts auf Freizügigkeit erleichtern und gleichberechtigten Zugang zu Sonderkonditionen, Vorzugsbehandlungen und besonderen Parkrechten in anderen Mitgliedsstaaten ermöglichen. Der Kommissionsvorschlag wird derzeit auf verschiedenen Ebenen diskutiert.

Die Europäische Kommission hat am 6. September 2023 einen Vorschlag für eine Richtlinie zu einem einheitlichen *Europäischen Behindertenausweis* und einen verbesserten *Europäischen Parkausweis* für Menschen mit Behinderungen vorgelegt, die beide EU-weit anerkannt werden sollen.

Der Europäische Behindertenausweis soll in der gesamten EU als anerkannter Nachweis einer Behinderung dienen und den gleichberechtigten Zugang zu öffentlichen und privaten Dienstleistungen gewährleisten. Dazu gehören etwa Verkehrsdienstleistungen, kulturelle Veranstaltungen, Museen, Freizeit- und Sportzentren oder Vergnügungsparks. Der Ausweis wird von den *zuständigen nationalen Behörden ausgestellt* und ist als Ergänzung der nationalen Ausweise oder Zertifikate gedacht. Innerstaatliche Regeln zum Behindertenausweis werden dadurch nicht automatisch berührt.

Der *verbesserte Europäische Parkausweis* soll Menschen mit Behinderungen Zugang zu den gleichen Parkrechten in einem anderen Mitgliedstaat ermöglichen. Für viele Menschen mit Behinderungen ist die individuelle Fahrt mit dem Auto die beste oder einzige Möglichkeit, eigenständig zu reisen und sich selbstständig fortzubewegen. Der neue Ausweis soll die nationalen Parkausweise ersetzen und *in der gesamten EU gelten*.

Der Kommissionsvorschlag wird nun vom Europäischen Parlament und vom Rat erörtert. Wenn der Vorschlag angenommen worden ist, haben die Mitgliedstaaten 18 Monate Zeit, um die Bestimmungen der Richtlinie in nationales Recht umzusetzen.

Die vorgeschlagene Richtlinie zur Einführung des Europäischen Behindertenausweises und des Europäischen Parkausweises für Menschen mit Behinderungen wurde in der EU-Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2021–2030 angekündigt.

Der Entwurf der Richtlinie ist unter folgendem Link (auch in Leichter Sprache) abrufbar:
https://germany.representation.ec.europa.eu/news/einheitlicher-behindertenausweis-und-parkausweis-sollen-reisen-fur-menschen-mit-behinderungen-2023-09-06_de

Quelle: Europäische Kommission vom 06.09.2023

HNO-Ärzte:

Riechtraining kann Erholung von Geruchs- und Geschmackssinn nach COVID-19 verbessern

Foto: AdobeStock / goanovi

Die meisten Menschen erholen sich von selbst von den Riech- und Schmeckstörungen, während einer COVID-19-Infektion. Wenn diese aber nach der Erkrankung andauern, rät die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC) in ihrer neuen Empfehlung zu einem Riechtraining.

Störungen der Geruchs- und Geschmackswahrnehmung gehören zu den häufigsten Symptomen einer COVID-19-Erkrankung. Nach Infektionen mit der Alpha- oder Delta-Variante von SARS-CoV-2 erkrankten etwa fünf von zehn Betroffenen daran, die Omikron-Variante verursachte bei etwa 4 Prozent der Erkrankten Riechstörungen. „Dieser Rückgang konnte auch in Studien bestätigt werden, in denen die Diagnose durch objektive Tests bestätigt wurde", berichtet Prof. Dr. med. Thomas Hummel, der an der Universitäts-HNO-Klinik in Dresden ein interdisziplinäres Zentrum für Riechen und Schmecken leitet und Mitglied der DGHNO-KHC-Arbeitsgemeinschaft Olfaktologie/Gustologie ist, die die Empfehlungen erarbeitet hat. Bei den *Tests* müssen die Patienten verschiedene Düfte durch Schnuppern an Filzstiften („Sniffin' sticks") benennen. Beim sogenannten **SDI-Test** werden neben

- der Geruchs**i**dentifizierung (**I**) auch
- die Riech**s**chwelle (**S**) und
- die Geruchs**d**iskrimination (**D**),

also die Unterscheidungsfähigkeit verschiedener Düfte, geprüft.

Da viele Geschmacksnuancen eigentlich mit dem Riechorgan identifiziert werden, empfinden die Patienten bei einer reinen Riechstörung auch eine Geschmacksbeeinträchtigung.

Riechstörungen können verschiedene Formen annehmen. Besonders unangenehm sind für viele Patienten die sogenannten *Parosmien* (*Geruchsstörungen*). Dabei verändern sich vertraute Düfte oft auf unangenehme Weise: Kaffee riecht plötzlich verbrannt, Lebensmittel scheinen verdorben zu sein, obwohl sie frisch gekauft wurden. *Parosmien* sind dagegen ein *gutes Zeichen*. „Sie weisen auf Reparaturvorgänge in

der Riechschleimhaut hin und sind ein *frühes Zeichen für eine Erholung*“, sagt der Experte: „Bis die Betroffenen wieder normal riechen und schmecken, kann es allerdings 6 bis 18 Monate oder länger dauern.“

Riechstörungen fallen in den Zuständigkeitsbereich von HNO-Ärzten. Diese sollten zunächst eine *genaue Untersuchung der Atemwege* vornehmen, rät die Arbeitsgemeinschaft Olfaktologie und Gustologie der Fachgesellschaft in ihren neuen Empfehlungen. Zu Riechstörungen kann es auch kommen, wenn *gutartige Polypen* oder *selten bösartige Tumore* die Atemwege in den Nasengängen versperren und die Düfte nicht mehr die Riechschleimhaut erreichen. Der HNO-Arzt überprüft deshalb die Durchgängigkeit der Atemwege in der Nase mit einem Endoskop.

Wenn keine anderen Ursachen gefunden werden, können HNO-Ärzte ihren Patienten ein *Riechtraining* verschreiben. „Die Patienten erhalten in der Regel vier verschiedene Duftstoffe. Häufig sind dies:

- Zitrone
- Rose
- Nelke
- und Eukalyptus“.

Prof. Hummel erläutert: „Daran müssen sie dann zweimal täglich für etwa 30 Sekunden schnuppern.“ Das Training muss nach Erfahrung des Experten regelmäßig und konsequent über 3 bis 12 Monate durchgeführt werden, wobei es hilfreich ist, alle 3 bis 4 Monate die Duftqualitäten zu wechseln.

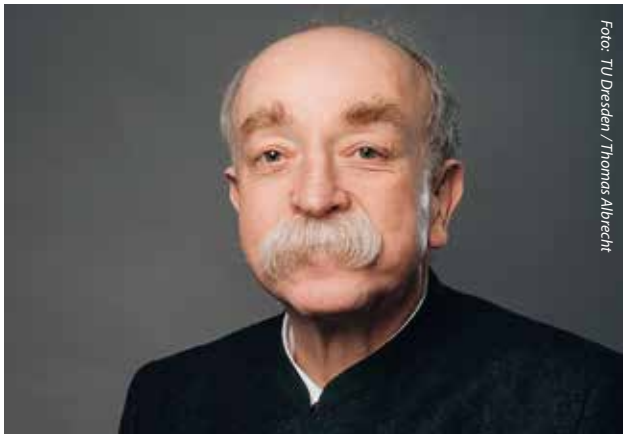


Foto: TU Dresden / Thomas Albrecht

Prof. Dr. med. Thomas Hummel, Universitäts-HNO-Klinik in Dresden

Eine schnelle Lösung mit Medikamenten gibt es bisher nach Einschätzung der HNO-Experten allerdings nicht. Die Wirksamkeit von Nahrungsergänzungsmitteln wie Omega-3-Fettsäuren oder einer Kombination aus Palmitoylethanolamid und Luteolin, die manchmal empfohlen würden, muss weiter geprüft werden. Das gilt auch für das Auftupfen von plättchenreichem Blutplasma oder Vitamin A auf die Riechrinne in der Nase. In Zusammenhang mit Riechstörungen nach COVID-19 raten die Experten von Kortison ab. Eine Anwendung etwa von Nasensprays hat in Studien keine Wirkung erzielt.

Pressemeldung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC) vom 10.10.2023

Anzeige

Früherkennung von Lungenkrebs

Ärztliche Fachgesellschaften stellen erstmals Eckpunkte eines nationalen Screening-Programms vor

Fotos: Deutsche Röntgengesellschaf

Autoren der Eckpunkte eines nationalen Früherkennungsproramm: Prof. Torsten Blum, Prof. Hans Hoffmann, Prof. Jens Vogel-Claussen

Noch immer sterben rund 45.000 Deutsche jährlich an Lungenkrebs, weil der Tumor zu spät erkannt wird. Das soll sich jetzt ändern. Wissenschaftler haben nun erstmals Eckpunkte eines nationalen Früherkennungsprogramms vorgestellt, das vor allem das Sterberisiko für langjährige Raucher deutlich senken kann.

„Wir geben behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie der Gesundheitspolitik klar definierte Empfehlungen an die Hand, die ein *einheitliches, strukturiertes, qualitätsgesichertes Früherkennungsprogramm* ermöglichen, das effektiv, sicher und zudem kosteneffizient ist", sagt *Professor Torsten Blum*, einer von drei federführenden Autoren des nun vorgelegten Positionspapiers. Ein Jahr haben Expertinnen und Experten der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) und der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT) gemeinsam daran gearbeitet. „Gleichzeitig warnen wir vor den realen Gefahren für Teilnehmer an unstrukturierten sowie unzureichend koordinierten Screening-Maßnahmen, da so unnötigerweise Schwachstellen und Fehlerquellen entlang der gesamten Prozesskette drohen", ergänzt der Pneumologe Blum, Oberarzt an der Klinik für Pneumologie des Helios Klinikums Emil von Behring in Berlin.

Die für die Anwendung des Computertomografie-Screenings notwendige *Rechtsverordnung* des zuständigen Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz (BMUV) könnte schon zum Jahreswechsel in Kraft treten. Anschließend hat der *Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)*, der über den Leistungsanspruch gesetzlich krankenversicherter Menschen entscheidet, *18 Monate Zeit* für die Erarbeitung einer notwendigen Richtlinie. „Ein unstrukturiertes Lungenkrebs-Screening ohne konkrete Richtlinien-Vorgaben ist somit vielleicht schon zum Jahresbeginn möglich, ein strukturiertes Programm aber erst mit den Beschlüssen des G-BA", erklärt *Professor Hans Hoffmann*, Thoraxchirurg und der zweite federführende Autor des Positionspapiers. „Als Kliniker wünschen wir uns natürlich zeitnah gute Richtlinien für ein strukturiertes Lungenkrebs-Screening-Programm in Deutschland, da es Menschenleben retten wird. Wir wissen aber auch um die damit einhergehende Arbeit und Verantwortung für den G-BA. Seitens der im Lungenkrebs-Screening beteiligten Fachgesellschaften unterstützen wir den zuständigen Bundesausschuss in seiner Arbeit, da wir alle ein *wirksames und sicheres nationales Programm* möchten", so der Leiter der Sektion für Thoraxchirurgie am Univeritätsklinikum rechts der Isar in München und Vorsitzender der Zertifizierungskommission für Lungenkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft.

Obwohl *Nutzen und Sicherheit von Lungenkrebs-Screenings wissenschaftlich unstrittig* sind, gilt es aber bis zum Vorliegen der G-BA-Richtlinie, weiterhin auf die Gefahren hinzuweisen. Die Botschaft ist hierbei klar: Niedrige Teilnahmequoten sowie hohe Raten an Überdiagnosen oder falsch-positiven Befunden

Prof. Wolfram Windisch, Prof. Kostantin Nikolaou, Dr. Katrin Welcker

gefährden die Früherkennungsziele, können aber durch klare Strukturvorgaben vermieden werden. „Im Rahmen unserer HANSE-Studie zur Lungenkrebsfrüherkennung konnten wir an drei Klinik-Standorten in Norddeutschland zeigen, dass ein strukturiertes Lungenkrebs-Screening-Programm im bestehenden Gesundheitssystem gut integrierbar und machbar ist", zeigt der Radiologe *Professor Jens Vogel-Claussen* auf. Er ist Leiter der HANSE-Studie und der dritte federführende Autor des neuen Positionspapiers. „Die Umsetzung unserer Empfehlungen wird zu einer wirksamen und sicheren Lungenkrebs-Früherkennung bei langjährigen Rauchern in Deutschland führen. Aber auch zukünftig ist eine Beteiligung der Fachgesellschaften wichtig, um ein nationales Programm aufgrund neuer Forschungserkenntnisse gemeinsam weiterzuentwickeln", so der Leitende Oberarzt am Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der Medizinischen Hochschule Hannover.

Betroffen sind 3,3 Mio. Männer sowie 2,2 Mio. Frauen – Programme zu Raucherentwöhnung verpflichtend

Konkret soll sich das Lungenkrebs-Früherkennungsprogramm an *Menschen im Alter zwischen 50 und 75 Jahren* richten, die *mindestens 25 Jahre rauchen* oder deren *Rauchstopp weniger als zehn Jahre zurückliegt*. Auch Betroffenen mit mindestens 15 Packungsjahren – sprich: wer beispielsweise eine Packung pro Tag über 15 Jahre hinweg geraucht hat – soll das Screening ermöglicht werden. Dies träfe insgesamt auf rund 3,3 Millionen Männer sowie etwa 2,2 Millionen Frauen in Deutschland zu, stellen die Experten dar. Die sich *jährlich wiederholende Vorsorgeuntersuchung* soll von einer *zentralen Stelle* koordiniert werden. Das Lungenkrebs-Screening selbst wird mittels niedrigdosierter Computertomografie vorgenommen werden. „Die Lungenkrebsfrüherkennung im Rahmen eines gut strukturierten Screening-Programms ist eine der wichtigsten Empfehlungen der vergangenen zehn Jahre im Bereich Lungenkrebs", so DGP-Präsident *Professor Wolfram Windisch*, Chefarzt der Lungenklinik an den Kliniken der Stadt Köln, zur Bedeutung des Papiers. „In diese organisierten Vorsorgeuntersuchungen müssen aber auch *verpflichtend Programme zur Raucherentwöhnung* eingebettet werden, da deren Zusatznutzen wissenschaftlich klar belegt ist."

Bisher geringe Überlebenschancen – Neues Versorgungsangebot durch regionale Lungenkrebs-Zentren

Etwa *57.000 Menschen in Deutschland erkranken jedes Jahr an Lungenkrebs*. Nur rund 21 Prozent der Frauen und etwa 15 Prozent der Männer überleben die darauffolgenden fünf Jahre. Bei *Männern* ist Lungenkrebs nach Prostatakrebs die zweithäufigste, bei *Frauen* nach Brustkrebs und Darmkrebs die dritthäufigste Krebsneuerkrankung. *Zuletzt wurden in Deutschland fast 45.000 Todesfälle durch Lungenkrebs registriert – pro Jahr*. Weltweit sind es jährlich in etwa 1,8 Millionen Todesfälle. Was Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige zusätzlich enorm belastet: Mit dem Lungenkarzinom als Grunderkrankung gibt es sehr oft *zahlreiche Begleiterkrankungen*. Darüber hinaus tritt keine andere Krebsart mit so vielen Symptomen auf. „Was die Risikogruppe braucht, ist ein flächendeckendes und hochwertiges Versorgungsangebot. Vertragsärztliche Radiologien sowie die Radiologie in einem auf Lungenkrebs spezialisierten Zentrum sollen eine qualitätsgesicherte Untersuchung sowie eine exzellente Befundqualität sicherstellen", sagt *Professor Konstantin Nikolaou*, Präsident der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG). „Dabei soll jedem Lungenkrebs-Zentrum ein fest definierter regionaler Versorgungsbereich in Deutschland zugewiesen werden", so der Ärztliche Direktor der Abteilung für Diagnostische

und Interventionelle Radiologie am Universitätsklinikum Tübingen.

Frühzeitige Lungenkrebsbehandlung geht nur im interdisziplinären Team

Konkret wird in dem Positionspapier dargelegt, wie ein organisiertes Lungenkrebs-Früherkennungsprogramm in Deutschland genau aussehen kann. Dabei wird nicht nur die *Zielgruppe definiert*, auch die konkreten Behandlungsmethoden, Untersuchungsintervalle, Ressourcenaufwände, Anforderungen an die Screening-Einrichtungen und die Qualifikation der behandelnden Medizinerinnen und Mediziner wird dargelegt. Festgeschrieben ist auch, dass die Untersuchung sowie die gesundheitliche Beurteilung von betroffenen Patientinnen und Patienten nur im interdisziplinären Team geschehen kann. Dazu zählen Fachärztinnen und -ärzte für

- Pneumologie,
- Radiologie und
- Thoraxchirurgie.

„Für die umfassende Beurteilung und weitere Behandlung bei der Lungenkrebs-Früherkennung brauchen wir eine breite Expertise in den Fallbesprechungen. Für die Thoraxchirurgie ist ein qualitätsgesichertes Früherkennungsprogramm mittels niedrigdosierter Computertomografie der Schlüssel dazu, Lungenkrebs früher als bisher zu erkennen und die Sterberate zu reduzieren", sagt *Dr. Katrin Welcker*, Past-Präsidentin und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT). Sie ist Mitautorin des vorgelegten Positionspapiers und Chefärztin an der Klinik für Thoraxchirurgie der Kliniken Maria Hilf in Mönchengladbach.

Vorsorge senkt Gesundheitskosten – Vorschlag für Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Noch gibt es ein Lungenkrebs-Screening als flächendeckend organisierte Vorsorgeuntersuchung für Risikogruppen in Deutschland nicht. Vergleiche mit dem seit Jahren etablierten Mammografie-Screening zur Brustkrebs-Früherkennung bei Frauen weisen laut der Experten aber auf die enormen Erfolgsaussichten hin. Neben den medizinischen und gesundheitlichen Aspekten hat das Positionspapier auch die ökonomischen Punkte im Blick: *„Der Lungenkrebs nimmt jeweils den ersten Rang bei den direkten und indirekten krebsbedingten Gesundheitskosten in Europa ein"*, sagt Autor *Prof. Torsten Blum*. „Nach unserer Vorstellung sollen die Krankenkassen die Kosten für das Lungenkrebsscreening tragen. Mehrere gesundheitsökonomische Modelle konnten mittlerweile die Kosteneffektivität von jährlichen niedrigdosierten CT-Lungenkrebs-Screening-Programmen nachweisen", so der Wissenschaftler.

Gemeinsame Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP), Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) und der Deutschen Gesellschaft für Thoroxchirugie (DGT) vom 11.10.2023

Anzeige

ASKLEPIOS
LUNGENKLINIK GAUTING

SIE SORGEN SICH UM IHRE LUNGE?
WIR KÜMMERN UNS UM SIE.

Mehr Informationen zu unserer Klinik finden Sie hier:

IHRE KLINIK FÜR...

Pneumologie
Thorakale Onkologie
Thoraxchirurgie
Intensiv-, Schlaf- und Beatmungsmedizin

Unsere Patient:innen erhalten modernste Diagnose- und Therapieverfahren: Wir sind Lehrkrankenhaus der Universität München, Gründungsmitglied des Comprehensive Pneumology Centers (CPC), eine der wenigen außeruniversitären Lungenkliniken im Deutschen Zentrum für Lungenforschung (DZL) und erfüllen als Spezialklinik die vorgeschriebenen Qualitätsanforderungen für Lungenzentren des Bayerischen Gesundheitsministerium (ZALT).

(0 89) 8 57 91-0
Robert-Koch-Allee 2
82131 Gauting

NAD+ und Pneumokokken ade

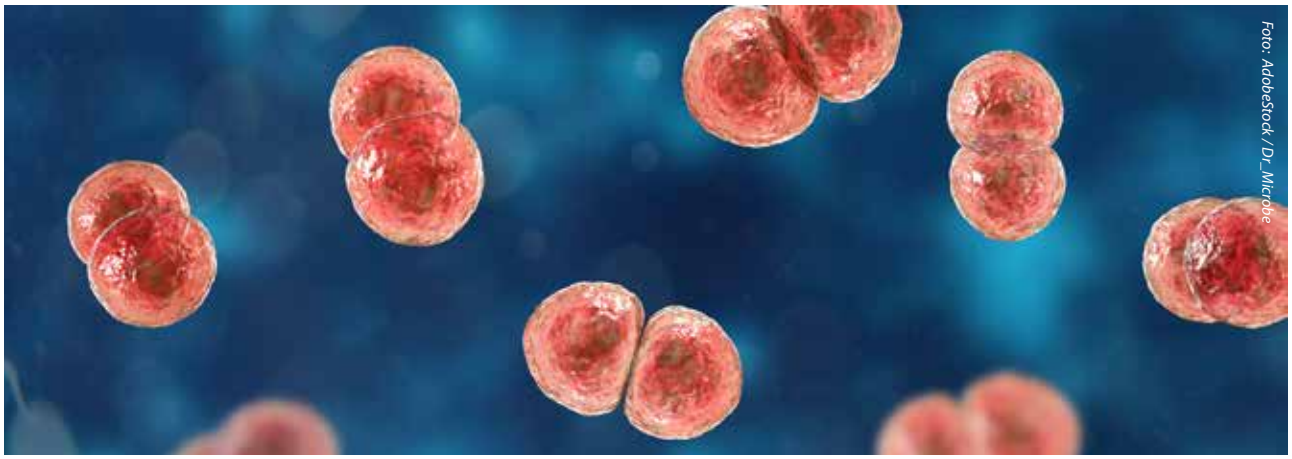


Foto: AdobeStock / Dr_Microbe

Lungenentzündungen werden oft durch Pneumokokken-Infektionen ausgelöst. Doch wie genau der Körper dagegen ankämpft, war unklar – eine Studie bringt jetzt Licht ins Dunkel.

Der Körper im Kampf gegen Lungenentzündung: Pneumokokken-Bakterien wachsen schlechter, wenn sie dem Stoffwechselmolekül NAD+ (Koenzym das an zahlreichen Reaktionen des Zellstoffwechsels beteiligt ist) ausgesetzt sind. Das hat eine Forschungsgruppe um den Marburger Lungenmediziner Prof. Bernd Schmeck herausgefunden, als sie untersuchte, wie die Atemwege auf eine Infektion mit Pneumokokken reagieren, dem wichtigsten Erreger der Lungenentzündung. Die beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Philipps-Universität Marburg und des Deutschen Zentrums für Lungenforschung berichteten im Wissenschaftsmagazin "Nature Communications" über ihre Ergebnisse.

Lungenentzündung, eine der häufigsten Todesursachen weltweit, geht oftmals auf eine Ansteckung mit dem Bakterium *Streptococcus pneumoniae* zurück. „Die Oberfläche der Atemwege bildet die erste Verteidigungslinie gegen Infektionen", hebt Lungenspezialist Bernd Schmeck hervor. „Sie bildet Schleim, um Bakterien einzuschließen, und sondert Stoffe ab, die Immunzellen anlocken oder die Bakterien direkt abtöten." Doch wie genau die Atemwegszellen die Pneumokokken bekämpfen, „darüber wissen wir noch viel zu wenig", erklärt Schmeck. Klar ist, lösliche Signalmoleküle sind an den meisten Wechselwirkungen zwischen Krankheitserregern und dem befallenen Gewebe beteiligt.

NAD+ unter Beobachtung

Schmeck brachte Fachleute des Marburger Zentrums für Synthetische Mikrobiologie und des Deutschen Zentrums für Lungenforschung zusammen, um genau unter die Lupe zu nehmen, wie die Atemwege auf eine Pneumokokken-Infektion reagieren. Das Team untersuchte, welche Änderungen im Zellstoffwechsel auf RNA- und Eiweiß-(Protein-)ebene stattfinden, wenn Pneumokokken die Atemwege befallen. Dabei fiel vor allem das Molekül NAD+ auf.

NAD+ unterstützt die Aktivität einer Vielzahl von Enzymen. „Um die funktionelle Bedeutung von NAD+ zu erforschen, haben wir die verschiedenen Enzyme seines Stoffwechsels näher untersucht, insbesondere die Auswirkungen auf eine Pneumokokken-Infektion", berichtet Erstautor Dr. Björn Klabunde, Doktorand in Schmecks Labor. „Wir fanden heraus, dass eine Infektion zu einem fehlgesteuerten NAD+-Stoffwechsel führt."

ATP vs. NAD+

Die Resultate der Forschungsgruppe erlauben neue Einblicke in den Infektionsprozess: „Die Infektion mit Streptococcus pneumoniae führt zu einer reduzierten NAD+-Produktion in den Atemwegszellen, was wiederum zu einer stärkeren Vermehrung der Bakterien führt", sagt Schmeck. „Verabreicht man hingegen NAD+, so bremst dies die Bakterien aus."

Das Team identifizierte auch eine bakterielle Gegenwehr – diese beruht auf der Produktion eines anderen Signals, nämlich ATP (universeller Energieträger in Zellen): „Verstärken die Erreger ihren ATP-Stoffwechsel, so wirkt dies der antibakteriellen Wirkung von NAD+ entgegen", erläutert Klabunde. „Unsere Ergebnisse legen erstmals nahe, dass die NAD+-Enzymkaskade als antibakterieller Mechanismus gegen Streptococcus pneumoniae wirkt", fasst Schmeck zusammen.

Quelle: Pressemitteilung Philipps-Universität Marburg vom 02.10.2023

Abgrenzung Ethik und Medizinethik:

Ethikrat – Zentrale Ethikkommission – Medizinische Ethik-Kommission – Klinisches Ethikkomitee

Der Begriff „Ethik" wird in unserem täglichen Sprachgebrauch häufig verwendet. Gibt man ihn in der Suchmaschine Google ein, werden einem ungefähr 63.400.000 Ergebnisse in 0,57 Sekunden angeboten. Für den Begriff „Medizinethik" findet man dort innerhalb von 0,82 Sekunden immer noch ungefähr 321.000 Ergebnisse. Aber was bedeuten diese beiden Begriffe?

Ethik

Das deutsche Wort „Ethik" stammt aus dem griechischen und beschreibt die Wissenschaft, die sich mit dem menschlichen Handeln beschäftigt. Der Begriff wurde von dem Philosophen *Sokrates* (469 bis 399 v. Chr.) erstmals in diesem Sinne verwendet. Der Deutsche Ethikrat übersetzt den Begriff als *„Wissen, wie man sich gut verhält"* und beschreibt weiter: *„Die Aufgabe der Ethik ist, Regeln zu machen. Regeln, die für alle Menschen gelten. Diese Regeln helfen den Menschen. Sie geben ihnen Sicherheit. Mit den Regeln kann jeder besser entscheiden: Was ist gut und was ist schlecht? Was ist richtig und was ist falsch? Und jeder weiß dann: „Das passiert, wenn ich mich so verhalte. Das ist verboten und das ist erlaubt."*

Medizinethik

Die „Medizinethik" ist ein Teilgebiet der allgemeinen Ethik, das sich mit den moralischen Wertvorstellungen in der Medizin, und hier vor allem mit dem ärztlichen Handeln, auseinandersetzt. Im weiteren Sinne ist die medizinische Ethik eine Normsetzung für alle im Gesundheitswesen tätigen Personen, Institutionen und Organisationen, wobei der Fokus auf dem Wohlergehen der Patienten ruht.

In unserer Gesellschaft beschäftigen sich eine Vielzahl von Expertengruppen sowie öffentliche und nichtöffentliche Gremien mit ethischen Fragen. Beispielsweise sind hier Deutscher Ethikrat, Zentrale Ethikkommission, Klinisches Ethikkomitee und Medizinische Ethik-Kommission zu nennen. Unter anderem bezüglich der Aufgaben, Arbeitsweise und Verbindlichkeit der Beratungsergebnisse dieser Institutionen besteht im Kreise der (ärztlichen, erg.) Kolleginnen und Kollegen teilweise eine gewisse Unsicherheit. Im Folgenden sollen daher die genannten vier Institutionen näher beschrieben und voneinander abgegrenzt werden.

Tabelle 1: Aufgaben

	Deutscher Ethikrat	Zentrale Ethik-Kommission	Klinisches Ethikkomitee	Medizinische Ethik-Kommission
Aufgabe/n	u.a.: Beratung in ethischen, gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen, medizinischen und rechtlichen Fragen sowie zu voraussichtlichen Folgen für Individuum und Gesellschaft, die sich im Zusammenhang mit der Forschung und Entwicklung insbesondere auf dem Gebiet der Lebenswissenschaften und ihrer Anwendung auf den Menschen ergeben.	u.a.: Erarbeitung von Stellungnahmen zu ethischen Fragen, die durch den Fortschritt und die technologische Entwicklung in der Medizin und ihren Grenzgebieten aufgeworfen werden und die eine gemeinsame Antwort für die Bundesrepublik Deutschland erfordern, in Fragen, die unter ethischen Gesichtspunkten im Hinblick auf die Pflichten bei der ärztlichen Berufsausübung von grundsätzlicher Bedeutung sind.	u.a.: Förderung der Umsetzung ethischer Grundsätze in der Berufsausübung im Krankenhaus. Fallbezogene ethische Beratung von Mitarbeitern, die unmittelbar in die Patientenversorgung mit einbezogen sind sowie von Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen in Fragen der Behandlung und Versorgung. Erarbeitung von Leitlinien zu klinisch-ethischen Fragestellungen sowie Fort- und Weiterbildung in klinisch ethischen Fragen.	u.a.: Bewertung von medizinischen Forschungsvorhaben am Menschen und an humanen Zellen, Geweben und Körperflüssigkeiten sowie zur epidemiologischen Forschung mit personenbezogenen Daten unter ethischen und rechtlichen Aspekten.

Tabelle 2: Rechtliche Verankerung und Träger wichtiger Gremien, die sich mit medizinethischen Fragestellungen beschäftigen

	Deutscher Ethikrat	Zentrale Ethik-Kommission	Klinisches Ethikkomitee	Medizinische Ethik-Kommission
Rechtliche Verankerung	Ethikratgesetz (EthRG)	Statuten der Zentralen Ethik-Kommission	Satzung der speziellen Einrichtung/Klinik	u.a.: Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzten, Arzneimittelgesetz (AMG) und Medizinprodukte-durchführungsgesetz (MPDG), entsprechende Landesgesetze
Träger	Bundestag	Bundesärztekammer	Spezielle Einrichtung/ Klinik	Entsprechend der jeweiligen Landesgesetzgebung: Landesärztekammer oder Medizinische Fakultät oder Bundesland (z. B. Berlin)

Deutscher Ethikrat

Aufgaben, Stellung sowie die Arbeitsweise des Deutschen Ethikrats sind im *Ethikratgesetz* (EthRG) aus dem Jahr *2007* festgeschrieben. Der Deutsche Ethikrat verfolgt als Aufgabe die ethischen, gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen, medizinischen und rechtlichen Fragen sowie die voraussichtlichen Folgen für Individuum und Gesellschaft, die sich im Zusammenhang mit der Forschung und Entwicklung insbesondere auf dem Gebiet der Lebenswissenschaften und ihrer Anwendung auf den Menschen ergeben. Zu seinen Aufgaben gehören insbesondere die Information der Öffentlichkeit und Förderung der Diskussion in der Gesellschaft unter Einbeziehung der verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen, die Erarbeitung von Stellungnahmen sowie von Empfehlungen für politisches und gesetzgeberisches Handeln. Zu den weiteren Aufgaben des Deutschen Ethikrates zählt die Zusammenarbeit mit nationalen Ethikräten und vergleichbaren Einrichtungen anderer Staaten und internationaler Organisationen.

Der *Deutsche Ethikrat* ist in seiner Tätigkeit unabhängig und nur an den durch das EthRG begründeten Auftrag gebunden. Die Mitglieder des Deutschen Ethikrats üben ihr Amt persönlich und unabhängig aus. Der Deutsche Ethikrat besteht *aus 26 Mitgliedern*, die naturwissenschaftliche, medizinische, theologische, philosophische, ethische, soziale, ökonomische und rechtliche Belange in besonderer Weise repräsentieren. Zu seinen Mitgliedern gehören Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus den genannten Wissenschaftsgebieten; darüber hinaus gehören ihm anerkannte Personen an, die in besonderer Weise mit ethischen Fragen der Lebenswissenschaften vertraut sind.

Der Deutsche Ethikrat erarbeitet seine Stellungnahmen auf Grund eigenen Entschlusses, im Auftrag des Deutschen Bundestags oder im Auftrag der Bundesregierung. Er leitet seine Stellungnahmen dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung vor der Veröffentlichung zur Kenntnis zu und berichtet diesen zum Ablauf jedes Kalenderjahres schriftlich über seine Aktivitäten und den Stand der gesellschaftlichen Debatte.

Um die Öffentlichkeit zu informieren und die gesellschaftliche Diskussion zu fördern, führt der Ethikrat öffentliche Veranstaltungen durch und informiert regelmäßig auf seiner Internetseite sowie in seinen Infobriefen und Jahresberichten über seine Aktivitäten. *Aktuelle Themen* des Deutschen Ethikrates sind: „Mensch und Maschine“, „Normative Fragen des Umgangs mit einer Pandemie“ und „Suizide“.

Zum Thema *„Mensch und Maschine“* beschäftigt sich der Deutsche Ethikrat dabei unter anderem mit folgenden Fragen:

- Was sind ethisch bedeutsame Unterschiede zwischen Menschen und Maschinen mit ihren jeweiligen materiellen und funktionalen Merkmalen?
- Welche Gemeinsamkeiten, Annäherungen und Schnittstellen zwischen Mensch und Maschine sind zu beobachten oder zu erwarten, und wie wirken sich diese auf unser Selbstverständnis aus?
- Was sind die gesellschaftlichen, kulturellen und historischen Grundlagen des Verhältnisses von Menschen und Maschinen und welche Werte, Normen und

gesellschaftlichen Visionen verbergen sich dahinter?
- Welche Rolle spielen verschiedene Konzepte von Intelligenz, Vernunft, Autonomie und Verantwortung für die Entwicklung aber auch für die Bewertung (teil-)autonomer Systeme?

Beim Thema *„Normative Fragen des Umgangs mit einer Pandemie“* beschäftigt sich der Deutsche Ethikrat unter anderem mit den normativen Schlüsselbegriffen, die vertiefte Reflexion bedürfen, wie etwa die der Verletzlichkeit (Vulnerabilität) und Systemrelevanz. Die Kennzeichnung älterer und vorerkrankter Personengruppen als besonders verletzlich (vulnerabel) hat einerseits zu großer Solidaritätsbereitschaft und breiter Akzeptanz der allgemeinen Schutzmaßnahmen geführt, dabei andererseits aber auch der Rechtfertigung besonderer Belastungen und Freiheitseinschränkungen für diese Personengruppen gedient. Offenbar ist die Anerkennung besonderer Schutzbedürftigkeit mit dem Risiko der Stigmatisierung verbunden. Weitere Themen sind die *Verteilungsgerechtigkeit* beziehungsweise die Rang- und Reihenfolge beim Zugang zu knappen Ressourcen im Rahmen einer Pandemie.

Der Deutsche Ethikrat hat sich 2014 und 2017 in Form von zwei Ad-hoc-Empfehlungen mit einigen Aspekten zur Thematik „Suizid“ („Selbtmord") befasst. Dabei stand zum einen die Regulierung der Suizidbeihilfe sowie zum anderen die Suizidprävention im Vordergrund. Anlässlich des *Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 26. Februar 2020*, mit dem das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) für verfassungswidrig erklärt wurde, wurde die Debatte nicht nur in Fachkreisen, sondern auch in der breiteren Öffentlichkeit neu entfacht. Kritiker des Urteils werfen diesem unter anderem vor, den Lebensschutz zugunsten eines Ideals der freien Selbstbestimmung zu vernachlässigen, das grundsätzlich fragwürdig und auf eine Vielzahl suizidaler Taten nicht anwendbar sei. Zu dieser Thematik möchte der Deutsche Ethikrat einen Beitrag zur Differenzierung der Debattenlage leisten und die verschiedenen Kategorien und Konstellationen von Sterbe- und Selbsttötungswünschen sowie ihre Einbettung in das komplexe Phänomen der Suizidalität leisten.

Zentrale Ethikkommission

Im Zusammenhang mit der ärztlichen Selbstverwaltung hat die *Bundesärztekammer* (BÄK) im Jahr *1994* beschlossen, eine unabhängige und multidisziplinär zusammengesetzte Zentrale Kommission zur Wahrnehmung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer einzurichten. Diese Zentrale Ethikkommission (ZEKO) hat im Jahr 1995 ihre Arbeit aufgenommen. Nach den entsprechenden Statuten ist die Zentrale Ethikkommission in ihrer Meinungsbildung und Entscheidungsfindung unabhängig. Sie hat dabei die *Werteordnung des Grundgesetzes*, wie sie insbesondere für die Unantastbarkeit der Menschenwürde und den Lebensschutz ausgeprägt ist, ebenso zu beachten wie die für die ärztliche Tätigkeit und für die biomedizinische Forschung maßgeblichen ethischen Grundsätze, wie sie insbesondere in den *Deklarationen des Weltärztebundes* niedergelegt sind.

Die *Aufgaben* der Zentralen Ethikkommission sind insbesondere,
- Stellungnahmen zu ethischen Fragen abzugeben, die durch den Fortschritt und die technologische Entwicklung in der Medizin und ihren Grenzgebieten aufgeworfen werden und die eine gemeinsame Antwort für die Bundesrepublik Deutschland erfordern,
- Die Zentrale Ethikkommission hat *bis zu 16 Mitglieder* aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen, die über wissenschaftliche Fachkompetenz und über Erfahrungen verfügen, die sie mit ethischen Fragestellungen vertraut machen. Im Einzelnen sollen unter anderem fünf Vertreter aus der Medizin, zwei Vertreter aus der Philosophie oder Theologie, zwei Vertreter aus den Naturwissenschaften, ein Vertreter aus den Sozialwissenschaften sowie zwei Vertreter aus den Rechtswissenschaften stammen.
- in Fragen, die unter ethischen Gesichtspunkten im Hinblick auf die Pflichten bei der ärztlichen Berufsausübung von grundsätzlicher Bedeutung sind, Stellung zu nehmen und
- auf Wunsch der Ethik-Kommission einer Landesärztekammer oder einer Medizinischen Fakultät bei Wahrung der Unabhängigkeit dieser Ethik-Kommissionen für eine ergänzende Beurteilung einer ethischen Frage von grundsätzlicher Bedeutung zur Verfügung zu stehen.

Die Arbeit der Zentralen Ethikkommission wird unter anderem in jährlichen Berichten dokumentiert und veröffentlicht. Zudem werden von der Zentralen Ethikkommission Stellungnahmen zu relevanten Themen abgegeben. Adressat der Stellungnahmen der Zentralen Ethikkommission ist vor allem die Ärzteschaft, aber auch die interessierte Öffentlichkeit. Dabei bearbeitet die Zentrale Ethikkommission sowohl für Ärztinnen und Ärzte aktuell besonders relevante ethische Fragestellungen als auch Themenfelder, die mitunter noch nicht im Fokus der allgemeinen Diskussion stehen. Die *aktuelle Stellungnahme* beschäftigt sich mit dem Thema „Ärztliche Verantwortung an den Grenzen der Sinnhaf-

tigkeit medizinischer Maßnahmen. Zum Umgang mit „Futility“ („Sinnlosigkeit").

Klinisches Ethikkomitee

Klinische Ethikkomitees entstanden in Deutschland in den *1990er Jahren*. Im Jahr 2006 begrüßte die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer in einer Stellungnahme die Ethikberatung in der klinischen Medizin und die Einrichtung von Klinischen Ethikkomitees.

Klinische Ethikkomitees verstehen sich als *fächer- und berufsgruppen-übergreifende Beratungsgremien* für schwierige, moralisch kontroverse Entscheidungen in Grenzsituationen der modernen Medizin an medizinischen Einrichtungen. Für die Implementierung der Klinischen Ethikkomitees gibt es keine übergeordneten Statuten, sie sind meist in der jeweiligen Satzung des speziellen Klinikums verankert.

Zu den *Aufgaben* eines Klinischen Ethikkomitees können unter anderem folgende Punkte gehören:

- Eine fallbezogene ethische Beratung von Mitarbeitern, die unmittelbar in die Patientenversorgung miteinbezogen sind.
- Die *Anhörung von Patienten*, deren gerichtlich bestellten *Betreuern, Bevollmächtigten* oder *Angehörigen* zu konkreten ethischen Fragestellungen.
- Die Durchführung von Ethik-Konsilen zur individuellen Fallberatung. Bei der Durchführung von Ethik-Konsilen wird unter Leitung eines Moderators versucht, zu einer verantwortbaren Lösung eines anstehenden ethischen Problems zu kommen. Zunächst sollte eine konkrete und deutliche Problemformulierung vorgenommen werden. Im weiteren Verlauf werden Informationen über die medizinischen und pflegerischen Einzelheiten sowie der Lebenseinstellung und Weltanschauung des Patienten zu sammengetragen. Auch organisatorische Aspekte müssen hierbei beachtet werden. Auf Basis dieser Fakten wird versucht, zu einer Wertung zu kommen. Abschließend wird in der Beschlussfassung, die am besten zu verantwortende Lösung formuliert und schriftlich niedergelegt.
- Die Beratung zu ethischen Grundsatzfragen und die Erarbeitung von Leitlinien zu klinisch-ethischen Fragestellungen. Leitlinien sollen solche Fragestellungen in allgemeiner Form aufnehmen und Hinweise zu ihrer Lösung geben. Sie sollen keine Lösungen vorschreiben, sondern als Beratungsgrundlage für den Einzelfall dienen. Bei der Leitlinienentwicklung spielen die gesellschaftliche Werteordnung, rechtliche Rahmenbedingungen und die Ausrichtung der Institution eine große Rolle.
- Die Information sowie die Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern in ethischen Belangen. Das Bewusstsein soll für Probleme geschärft werden, die ein moralisches Abwägen und Handeln erfordern. Wesentlich soll durch die Arbeit des Klinischen Ethikkomitees eine langfristige Verbesserung des ethischen Diskursklimas herbeigeführt werden.

In Deutschland wurden inzwischen an etwa 150 Krankenhäusern ein Ethikkomitee gegründet, bei etwa 80 Krankenhäusern befindet sich die Ethikberatung im Aufbau.

Das Klinische Ethikkomitee ist im Gegensatz zur medizinischen Ethikkommission *nicht für* die Beurteilung von *Forschungsvorhaben zuständig*, die eine Beteiligung von gesunden Probanden oder Patienten einschließen.

Medizinische Ethik-Kommission

In Deutschland wurden im Jahr *1973 die ersten Ethik-Kommissionen* an den *Universitäten* in *Ulm* und *Göttingen* gegründet. Auf der 29. Generalversammlung des Weltärztebundes in Tokio wurde im Oktober 1975 die Forderung nach unabhängigen Ethik-Kommissionen in der revidierten Deklaration von Helsinki festgeschrieben. In der aktuellen Fassung wird in der deutschen Übersetzung unter anderem im Absatz 23 zu Forschungs-Ethikkommissionen Folgendes aufgeführt: Das Studienprotokoll ist *vor Studienbeginn* zur Erwägung, Stellungnahme, Beratung und Zustimmung der zuständigen Forschungs-Ethikkommission vorzulegen. Diese Ethik-Kommission muss transparent in ihrer Arbeitsweise, *unabhängig vom Forscher oder dem Sponsor* und von jeder anderen unzulässigen Beeinflussung, sowie angemessen qualifiziert sein. Sie muss den Gesetzen und Rechtsvor schriften des Landes oder der Länder, in dem oder denen die Forschung durchgeführt werden soll, sowie den maßgeblichen internationalen Normen und Standards Rechnung tragen, die jedoch den in dieser Deklaration festgelegten Schutz von Versuchspersonen nicht abschwächen oder aufheben dürfen.

Medizinische Ethik-Kommissionen haben die *Aufgabe*, *medizinische Forschungsvorhaben* am Menschen und an humanen Zellen, Geweben und Körperflüssigkeiten sowie die epidemiologische *Forschung mit personenbezogenen Daten* unter ethischen und rechtlichen Aspekten zu bewerten. Sie setzen sich aus Personen verschiedener Berufsgruppen, vor allem aus der Medizin und den Rechtswissenschaften. Aufgabe dieser Kommissionen ist es, die ethische Unbedenklichkeit von Forschungsvorhaben am Menschen zu prüfen. Dabei muss der Schutz

verschiedener Bereiche sichergestellt werden. Insbesondere muss der Schutz der Patientinnen/Patienten beziehungsweise Probandinnen/Probanden gewährleistet werden, ebenso wie der Schutz der prüfenden beziehungsweise forschenden Ärztinnen/Ärzte.

Rechtlich sind die Medizinischen Ethik-Kommissionen in Deutschland unter anderem in der *Berufsordnung* für Ärztinnen und Ärzte sowie im deutschen *Arzneimittelgesetz* (AMG) und *Medizinproduktedurchführungsgesetz* (MPDG) verankert. In der (Muster-)Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte heißt es in § 15 unter anderem „Ärztinnen und Ärzte, die sich an einem Forschungsvorhaben beteiligen, bei dem in die psychische oder körperliche Integrität eines Menschen eingegriffen oder Körpermaterialien oder Daten verwendet werden, die sich einem bestimmten Menschen zuordnen lassen, müssen sicherstellen, dass vor der Durchführung des Forschungsvorhabens eine Beratung erfolgt, die auf die mit ihm verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen zielt und die von einer bei der zuständigen Ärztekammer gebildeten Ethik-Kommission oder von einer anderen, nach Landesrecht gebildeten unabhängigen und interdisziplinär besetzten Ethik-Kommission durchgeführt wird."

Diese (Muster-)Berufsordnung, die gemäß des Föderalismus ins jeweilige Landesrecht überführt wird, gilt für alle Ärztinnen und Ärzte, unabhängig, ob sie kurativ oder präventiv tätig sind.

Die *Zuständigkeit* einer medizinischen Ethik-Kommission bestimmt sich *nach dem Ort des Leiters/der Leiterin der Studie* sowie der institutionellen Zugehörigkeit des Leiters/der Leiterin.

- Universitätsangehörige richten Anträge in aller Regel (abhängig vom jeweiligen Bundesland) an die Ethik-Kommission ihrer Universität.
- Forschende Ärztinnen und Ärzte außerhalb der Universitäten und Universitätskliniken wenden sich an die Ethik-Kommission der für sie zuständigen Ärztekammer beziehungsweise Landesbehörde.
- Multizentrische klinische Prüfungen müssen meistens bei mehreren Ethik-Kommissionen beantragt werden. Die federführende Ethik-Kommission ist diejenige, die für den Leiter/ die Leiterin der Studie zuständig ist. Die weiteren Ärztinnen/Ärzte wenden sich an die für sie zuständigen Ethik-Kommissionen, die den Antrag als beteiligte Ethik-Kommissionen beraten.
- U.a. bei Studien nach dem AMG oder MPDG sind Besonderheiten zu beachten.

Zur Harmonisierung der Arbeit der jeweils unabhängigen medizinischen Ethik-Kommissionen wurde *1983* der *Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen* als gemeinnütziger Verein mit dem Anliegen gegründet, im föderalen System der öffentlichrechtlichen Ethik-Kommissionen bundesweit Zusammenarbeit und Austausch zu ermöglichen. Heute gehören dem Arbeitskreis 52 medizinische Ethik-Kommissionen an. Auf der Homepage des Arbeitskreises Medizinischer Ethikkommissionen in Deutschland findet sich unter anderem auch eine Liste der Ethik-Kommissionen.

Ausblick

Ethische Aspekte haben in der Medizin einen besonderen Stellenwert. Zur allgemeinen, aber auch individuellen Beratung zu medizinethischen Fragen und auch darüber hinaus, existieren diverse Beratungsgremien mit unterschiedlichen Aufgaben und voneinander abweichender rechtlicher Verbindlichkeit. Sowohl für die Ärzteschaft als auch die Öffentlichkeit, die nicht regelmäßig hiermit zu tun haben, ist die Vielfalt der einzelnen Gremien mit leicht zu verwechselnden Namen aber unterschiedlichen Aufgaben leicht verwirrend. Auf eine präzise Verwendung der vollen Namen der einzelnen Gremien sollte daher besonders geachtet und auf Abkürzungen verzichtet werden.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz aus dem Ärzteblatt Rheinland-Pfalz 01/2023.

Literatur beim Autor

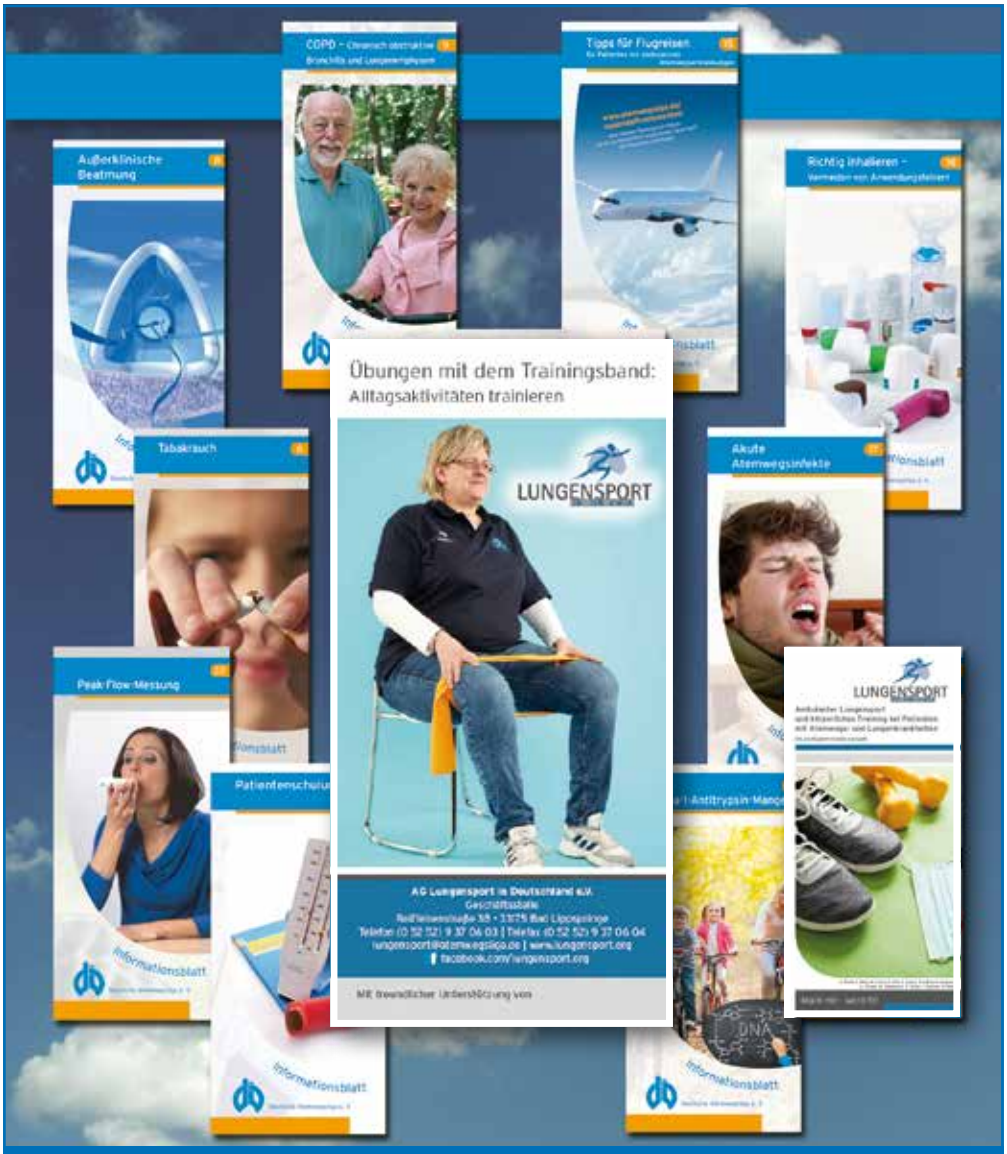
Autor
Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan Letzel Vorsitzender der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Foto: Engelmohr

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

Besonders nach dem Abklingen der COVID-19-Pandemie ist es besonders wichtig, Lungensport – nicht nur in einer Gruppe, sondern auch täglich selbst als Fitnesstraining durchzuführen.

Hierzu gibt der Leporello "Übungen mit dem Trainingsband" praktische Anleitungen und instruktive Bilder als Vorlage zur Sturzprävention, dem An- und Ausziehen, dem Aufstehen, etc. nützliche Tipps.



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

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

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

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

Die “Luftpost - Patientenzeitschrift für Atemwegskranke” im 31. Jahrgang

unterstützt durch
· Deutsche PatientenLiga Atemwegserkrankungen e.V. - (i.L.)
· 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 / Savinus
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, eingereichte Artikel zu redigieren. Anzeigen und Advertorials stehen inhaltlich in der Verantwortung des Inserenten. Sie geben daher nicht generell die Meinung des Herausgebers wieder. Die Beiträge der „Luftpost“ können das Gespräch mit dem Arzt sowie entsprechende Untersuchungen nicht ersetzen. Die „Luftpost“ dient der ergänzenden Information. Literaturnachweise können über Redaktion oder Autoren angefordert werden. Die „Luftpost“ erscheint viermal jährlich.

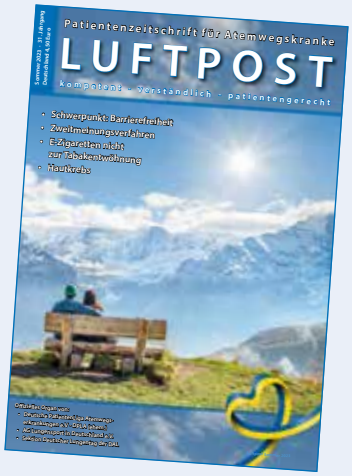
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden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

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

Einzelpreis pro Heft:
Deutschland 4,50 Euro,
Ausland 8,00 Euro,
Auflage 30.000

kompetent · verständlich · patientengerecht

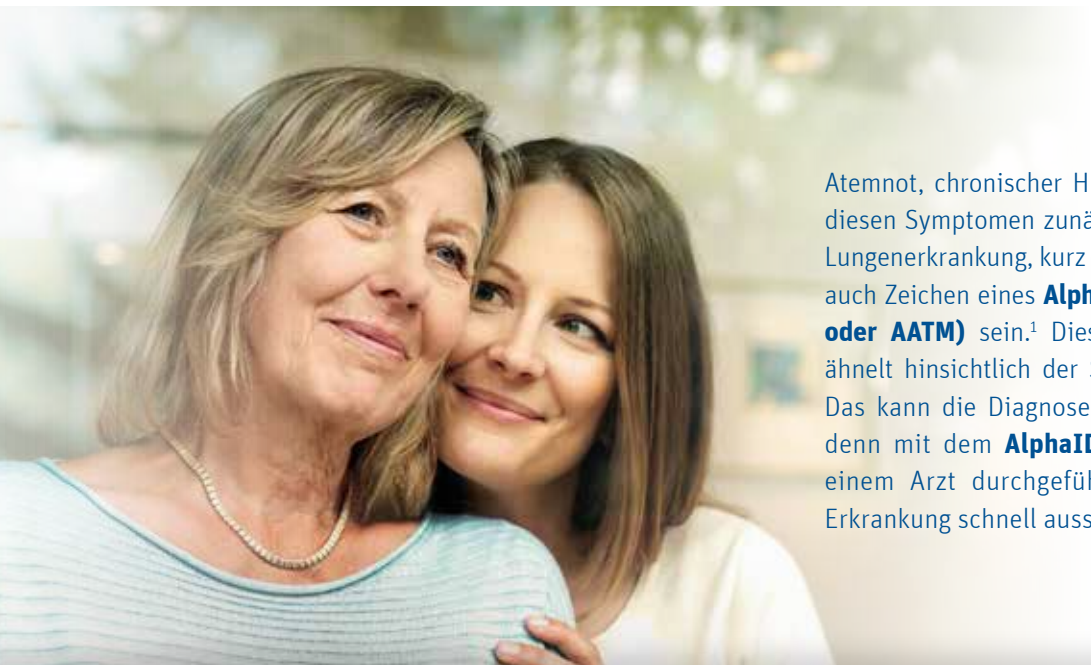
Diese und viele weitere Informationen sind kostenlos erhältlich.



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

Meine Lunge Mein Leben

HUSTEN & ATEMNOT TROTZ BEHANDLUNG?

SPRECHEN SIE MIT IHREM ARZT/IHRER ÄRZTIN ÜBER IHRE THERAPIEMÖGLICHKEITEN!

Mehr Informationen über die COPD, Videos und viele Tipps finden Sie auf www.copd.de

www.copd.de

DE-55764/23

AstraZeneca

22763 Hamburg | www.astrazeneca.de