



Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht

- 
- Husten, was tun ?
 - Alarmzeichen Husten !
 - Lebendorganspende
 - Hilfsmittelreport 2025
 - Mangelernährung

Offizielles Organ von:

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

Raus mit dem Schleim!

Husten und starke Verschleimung ernst nehmen



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

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

Simeox – Eine wirksame Therapie gegen den Schleim

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

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



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

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

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

PhysioAssist GmbH

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

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

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

nun sind wir schon wieder in der Adventszeit. Zeit zum Nachdenken und Einstimmen auf das kommende Weihnachtsfest, das Vollenden eines Jahres und den baldigen Beginn eines neuen.

Noch nie haben wir in unserem Editorial zu einer neuen Ausgabe Ihrer „Luftpost“ aus dem Buch einer großen Frau der wissenschaftlichen Forschung zitiert: Katalin Karikó, ungarisch-amerikanische Biochemikerin (geb. 1955) ist eine Ausnahmepersönlichkeit. Als Forscherin hat sie Jahrzehnte ihres Lebens der unermüdlichen Erforschung der mRNA gewidmet. Dank ihrer Erkenntnisse konnten in kurzer Zeit Impfstoffe gegen Covid-19 entwickelt und eingesetzt werden. In aller Welt wurden so Millionen Menschen vor dem Schlimmsten in dieser bisher größten Pandemie unseres Jahrhunderts geschützt. Dafür wurden ihr und einem Kollegen die höchste wissenschaftliche Auszeichnung, der Nobelpreis, 2023 verliehen. Aus ihrem im vorigen Jahr erschienenen Buch (siehe unsere Rezension auf Seite 40) „Durchbruch-Mein Leben für die Forschung“ möchten wir hier zitieren: „Jede Zelle ist wie eine Science-Fiction-Stadt, die niemals schläft. Sie vibriert nur so vor Aktivität. Fast alle unsere Zellen enthalten ausgeklügelte Fabriken, die rund um die Uhr wie am Fließband tausende Produkte herstellen. Labyrinthische Transportwege lassen selbst die komplexesten, vom Menschen konstruierten Autobahnen hoffnungslos simpel aussehen. Die Verpackungs- und Versandzentren arbeiten effizienter als jeder Paketdienst. Die Kraftwerke stellen Unmengen Energie zur Verfügung, und Recycling-Systeme sorgen dafür, dass nichts verschwendet wird oder lange herumliegt und vergammelt.“

In Ihren Zellen werden komplexe Codes verschlüsselt, versiegelt, weitertransportiert, entschlüsselt und heruntergebrochen. Nur mit diesem einen Schlüssel

sind Tore zu öffnen und zu schließen. Überwachungsnetzwerke bemerken jeden Eindringling...und attackieren ihn, sobald er entdeckt ist. Das sind unfassbar viele biologische Aktivitäten, die ohne Unterbrechung ablaufen, in jeder einzelnen Ihrer Billionen Zellen.

... Ihre Zellen [haben] gepumpt, befördert, gestapelt, transportiert, transkribiert, dekodiert, konstruiert, zerstört, gefaltet, blockiert, empfangen und ausgestoßen. So wurde es ermöglicht, dass sie atmen, ... In anderen Worten: Sie haben gelebt.“ Kann man Funktionsweisen unseres Körpers verständlicher darstellen?

Mit den Inhalten unserer neuen Winterausgabe Ihrer „Luftpost“ versuchen wir mit unterschiedlichen Artikeln und Informationen Beiträge zum Verständnis aktueller Gesundheitsthemen zu leisten. Über Husten – was tun, welche Alarmzeichen sind bei Husten sofort abzuklären, über die neuen Empfehlungen zur Gürtelrose-Impfung, die Reform zur Lebendorganspende, die neue Themenseite zur elektronischen Patientenakte (ePA), zur Mangelernährung bei Älteren und Menschen mit Diabetes und Adipositas, für eine Widerspruchslösung bei der Organspende bis zu den segensreichen Aktivitäten der Asbestose Selbsthilfegruppen e.V. reicht die Vielfalt in dieser Ausgabe.

Wir wünschen Ihnen von Herzen besinnliche und frohe Feiertage mit vielen guten menschlichen Begegnungen, Gesprächen und vor allem ein glückliches neues Jahr bei bestmöglicher Gesundheit.

Mit luftigen Grüßen

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



Inhalt

Aktuelles

- 5 Bundesverfassungsgericht kippt Triage-Regelung
- 6 Husten – Was tun ?
- 11 Husten: Welche Alarmzeichen sind sofort abzuklären ?
- 14 Stiko gibt neue Empfehlung zur Gürtelrose-Impfung
- 15 Bundeskabinett beschließt Reform zur Lebendorganspende
- 18 Neue Themenseite zur elektronische Patientenakte (ePA)
- 20 Cannabisabhängigkeit bei jedem 4. Nutzer von medizinisch verordnetem Cannabis
- 21 Grippe (Influenza) vergrößert Schlaganfallrisiko



Zu Ihrer Information

- 22 Hilfsmittelreport 2025
- 26 Millionen Menschen sind mangelernährt – auch Ältere und Menschen mit Diabetes und Adipositas
- 28 Digitales Angebot verbessert Versorgung von Menschen mit Diabetes und erleichtert Abläufe in Arztpraxen
- 30 Grippeviren im Vergleich
- 31 Bauchortenaneurysma
- 32 Organspende neu regeln
- 34 Über 1 Milliarde Abfallteile jährlich durch die Diabetestherapie: Wie die Umwelt durch wenige Maßnahmen geschont werden kann
- 36 Prävention der Altersblindheit

Über den Tellerrand

- 38 Der Bundesverband der Asbestose Selbsthilfegruppen e.V.

Selbsthilfe

- 40 Buchtipp: Katalin Karikó Durchbruch – Mein Leben für die Forschung
- 41 Initiative von GERTY NUSS – Wir fordern einen neuen Umgang mit Alkohol in Deutschland

Rubrik

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

Anzeige

Bundesweit • Beste Beratung • Service vor Ort • Partner aller Kassen • Urlaubsversorgung • Miete und Kauf • Gute Preise

Versorgung im Krisenfall:

Bundesverfassungsgericht kippt Triage-Regelung



Foto: AdobeStock / U.J. Alexander

Mit Beschluss vom 04.11.2025 hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) die bisher geltenden Regelungen zur Triage bei dringenden medizinischen Behandlungen für nichtig erklärt. Es gab damit einer vom Ärzteverband Marburger Bund unterstützten Beschwerde statt, die Ende 2023 von 14 Intensiv- und Notfallmedizinern eingereicht worden war.

Sie richtete sich gegen ein Gesetz, das der Bundestag 2022 beschlossen hatte, um Benachteiligungen von Alten und Menschen mit Behinderungen zu verhindern. In der Corona Krise stand das Thema aufgrund voller Intensivstationen im Fokus. Als Begründung führten die Karlsruher Verfassungsrichter an, der Bundesgesetzgeber sei nicht dafür zuständig, eine solche Regelung zu treffen.

Eine Gesetzgebungskompetenz stehe dem Bund hier nicht zu. Es handele sich - so das Gericht - nämlich nicht um Maßnahmen, welche eine Pandemie eindämmen sollen. Stattdessen gehe es um die Folgen einer Pandemie. Die Zuteilung knapper Ressourcen in einem solchen Fall müsse nicht zwingend gesamtstaatlich geregelt werden, sie sei *maßgeblich Länder-*

sache. Grundsätzlich könnten die notwendigen Entscheidungen örtlich nach unterschiedlichen Vorgaben getroffen werden.

Pressemeldung der BAG SELBSTHILFE vom 05.11.2025

Triage

Triage (von französisch triage – Auswahl, Sortierung – deutsche Bedeutung: Auch Sichtung oder Einteilung, ist ein nicht gesetzlich festgelegtes oder methodisch spezifiziertes Verfahren zur Vorrangigkeit medizinischer Hilfeleistungen bei unzureichenden Kapazitäten, zum Beispiel aufgrund einer unerwarteten Zahl an Patienten. Falls es unmöglich ist, allen, die Hilfe benötigen, sofort zu helfen, besteht ohne strukturierte Triage die Gefahr einer zum Beispiel politisch oder ideologisch motivierten unethischen Rangfolge medizinischer Hilfeleistungen.

Weitere Einzelheiten zu dieser Entscheidung des BVerfG können unter folgendem Link abgerufen werden:

<https://www.zdfheute.de/politik/ausland/bundesverfassungsgericht-triage-urteil-corona-100.html>

Husten – Was tun?

Die Patienten-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin 2025 zum Update der S2k-Leitlinie Fachärztliche Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit Husten

Die Lunge ist durch die eingeatmete Luft zahlreichen Einflüssen aus der Außenwelt ausgesetzt, etwa dadurch, dass man Staub oder Rauch einatmet oder sich verschluckt. Durch diese und zahlreiche andere Auslöser wird der Hustenreflex auch bei ansonst lungengesunden Personen aktiviert und das verschluckte Fremdmaterial entfernt.

Husten hat aber weitere Gesichter: Neben dem Hustenreflex bei Gesunden ist Husten ein wichtiges Kennzeichen (Symptom), das bei akuten oder chronischen Erkrankungen der Lunge, der oberen und unteren Atemwege oder der Speiseröhre auftreten kann. In diesem Sinne ist auch der bekannte Raucherhusten zu verstehen.

Erst durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse der letzten Jahre wurde klar, dass es noch eine dritte Art Husten gibt: Bei etwa 10% der Patienten mit chronischem Husten lässt sich trotz sorgfältiger Untersuchungen keine Ursache für den Husten feststellen. Wir sprechen vom idiopathischen Husten, dem Fachausdruck für den Husten ohne erkennbare zugrunde liegende Krankheit, der auch keinen Schutzreflex gegenüber einem schädigenden Einfluss darstellt. Hier ist der Husten kein Symptom, sondern die Krankheit selbst.

Husten ist sehr häufig; die Leitlinie klassifiziert Husten nach dessen Dauer in drei Kategorien:

- Akuter Husten: bis zu 3 Wochen Dauer
- Subakuter Husten: 3–8 Wochen Dauer
- Chronischer Husten: länger als 8 Wochen.

- Ein weiteres Klassifizierungsmerkmal:
- Husten ohne Auswurf („Reizhusten“)
 - Husten mit Auswurf

1. Der akute Husten (bei nicht chronisch kranken Erwachsenen)

Akuter Husten ist meist die Folge eines viralen (Erkältungs-)Infekts. Der Erkältungsinfekt und der damit verbundene Husten klingt in der Regel auch ohne Behandlung etwa nach 2 bis 3 Wochen ab. Bei ansonsten gesunden Personen mit offensichtlichem Erkältungshusten ist meistens keine Untersuchung beim Arzt nötig. Eine Ausnahme bilden Alarmsymptome, die eine sofortige ärztliche Untersuchung und weitere Abklärung erfordern (Tab. 1).

Es gibt frei verkäufliche pflanzliche und synthetische Medikamente, die die Symptomatik lindern und die Dauer des Hustens verkürzen können. Hierzu zählen Efeu-, Eukalyptus-, Thymian-, Primel- und andere Pflanzenextrakte, Cineol, Ambroxol, N-Acetylcystein, sowie der Hustenstiller Dextromethorphan. Eine inhalative Therapie mit einem Kortisonspray kann den manchmal 6–8 Wochen dauernden Husten nach einem abgelaufenen Infekt erleichtern und, ist jedoch im Gegensatz zu den zuvor genannt Präparaten in der Apotheke nicht frei verkäuflich.

Wichtig ist, dass Antibiotika keine Wirkung auf den Husten bei einem Virusinfekt haben und deshalb hierfür in der Regel nicht empfohlen sind.

Alarmsymptom	Einige mögliche Ursachen
Blutiger Auswurf	Lungenkrebs, Lungenembolie
Atemnot, Herzklopfen, blaue Verfärbung der Lippen, schaumiger Auswurf	Lungenembolie, akute Herzschwäche, Lungenödem
Hohes Fieber über 38,5 °C	Lungenentzündung
Starker Brustschmerz	Kann auch auf einen Herzinfarkt hinweisen
Abfall der Sauerstoffsättigung	Alle aufgeführten Ursachen möglich

Tabelle 1: Alarmsymptome bei akutem Husten

Basisdiagnostik bei chronischem Husten
Erhebung der Krankengeschichte
Ärztliche Untersuchung
Röntgenaufnahme der Brustorgane
Lungenfunktionsprüfung

Kasten 1: Basisdiagnostik bei chronischem Husten

2. Der subakute Husten (bei nicht chronisch kranken Erwachsenen)

Bei Beteiligung der Nasennebenhöhlen, bei bekannter Asthmaneigung, bei Infektionen mit einigen hierfür bekannten Erregern (z.B. Adenoviren, Keuchhusten, Respiratory Syncytial Virus, Influenzavirus, Mycoplasma) kann der akut aufgetretene Husten bis zu 8 Wochen anhalten, klingt aber dann wie beim akuten Husten spontan ab. Eine technische Diagnostik (Labor, Röntgenaufnahme) ist in der Regel auch hier nicht nötig.

3. Der chronische Husten

Im Gegensatz zu akutem und subakutem Husten (bis zu 8 Wochen Dauer) ist die Basisdiagnostik (s. Kasten 1) beim chronischen Husten, der acht Wochen und länger besteht, ohne zeitliche Verzögerung zu beginnen.

Die meisten chronischen Erkrankungen, deren Symptom der Husten ist, lassen sich durch die Basisdiagnostik erkennen oder sie gibt Hinweise auf weitere erforderliche diagnostische Maßnahmen.

Wenn man die auslösende Erkrankung des chronischen Hustens mittels Basisdiagnostik nicht feststellen konnte, ist eine weitere, individuell auf den betroffenen Patienten zugeschnittene (personalisierte) Diagnostik erforderlich. Grundlage der personalisierten Diagnostik ist eine ausführliche Befragung, die Verdachtsmomente auf eine nicht offensichtliche Ursache des

Hustens ergibt; s. Kasten 3. Es ist weder zielführend noch möglich, alle Untersuchungen bei jedem Patienten durchzuführen.

Zum Beispiel sind eine Computertomographie oder eine Spiegelung der Atemwege (Bronchien) nur in bestimmten Verdachtsfällen (erweiterte Bronchien, Tumorverdacht, Fibroseverdacht etc.) notwendig.

Falls man die Ursache des Hustens im Rahmen dieser personalisierten Untersuchungen feststellt, wird die entsprechende Behandlung der Grundkrankheit den Husten lindern.

- **Medikamentenbedingte Ursachen des Hustens:** Bestimmte Medikamente können anhaltenden Husten verursachen. In erster Linie sind es bestimmte Blutdruckmedikamente (ACE-Hemmer; deren Namen mit -pril enden, z.B. Ramipril). Der Arzt wird bei chronischem Husten solche Medikamente durch andere Blutdruckmedikamente ersetzen, die keinen Husten verursachen.
- **Asthma-Husten:** wird mit Asthmasprays (inhalatives Kortison und bronchialerweiternde Medikamente) behandelt.
- **Refluxbedingter Husten** – wenn Husten und Sodbrennen und/oder Aufstoßen bestehen - wird mit säurehemmenden Medikamenten behandelt. Lifestyle-Maßnahmen wie die Meidung spätabendlicher oder opulenter Mahlzeiten, Alkohol, Rauchen sind ebenso wichtig. Häufig spricht das Sodbrennen

Häufige Ursachen für den chronischen Husten
Raucherbronchitis
Infektiöse Erkrankungen: Tuberkulose und andere bakterielle Erreger, Erweiterte Bronchien (Bronchiektasen), Post-COVID
Verschluckte Fremdkörper
Herzschwäche, Lungenstauung
Sämtliche nicht ansteckende Lungenerkrankungen (COPD, Asthma, Lungenfibrose, Lungenkrebs, Hochdruck im Lungenkreislauf etc.)

Kasten 2: Häufige Erkrankungen, die chronischen Husten verursachen

Personalisierte Diagnostik	Bei welchen zusätzlichen Symptomen einleiten?
Hals-Nasen-Ohren-ärztliche Untersuchung	Symptome der Nebenhöhlen-, des Rachens, des Kehlkopfs, der Nase
Gastroenterologische Untersuchung	Bei Sodbrennen und/oder Aufstoßen
Lungenärztliche Untersuchung	Verdacht auf Asthma, COPD, Lungenfibrose
Allergologische Untersuchung	Verdacht auf Heuschnupfen, Tierhaarallergie, Hausstaubmilbenallergie
Kardiologische Untersuchung	Bei Verdacht auf Herzschwäche, Lungenstauung, Rhythmusstörungen
CT-Untersuchung	Raucher, starker Auswurf
Spiegelung der Bronchien (Bronchoskopie)	Tumorverdacht, Infektionen, Stridor bei der Atmung

Kasten 3: Personalisierte Diagnostik

- auf diese Behandlung an, wohingegen sich der Husten häufig nicht bessert. Wenn allerdings kein Sodbrennen besteht, wird eine solche „Probetherapie“ des Hustens nicht empfohlen. Dann wird über einen therapieresistenten (=refraktären) chronischen Husten gesprochen.
- **Hals-, Rachen-, Nebenhöhlen- oder Kehlkopfentzündungen** werden hals-nasen-ohren-ärztlich diagnostiziert und behandelt. Sie führen häufig zu einem Räusperzwang. Viele Patienten können den Hustenreiz in den oberen Atemwegen lokalisieren. Häufig spricht der Husten auf Tabletten, die auch bei Allergien eingesetzt werden (Antihistaminika) an. Auch Kortison-Nasensprays können helfen.
 - **Eine Allergie** verursacht nur dann Husten, wenn eine allergische Manifestation, wie allergischer Schnupfen oder Asthma, besteht. Man behandelt den Husten mit kortisonhaltigen Nasensprays oder bei Asthma mit inhalativen Kortisonpräparaten, sowie mit Allergietabletten.

Der idiopathische chronische Husten

Ungeachtet einer korrekten Diagnostik kann etwa bei jedem zehnten Patienten für den chronischen Husten keine zugrunde liegende Erkrankung gefunden werden. Diese Patienten husten deshalb, weil die Empfindlichkeit ihres Hustenreflexes erhöht ist. Wenn in einem Raum starke Rauchentwicklung besteht, werden viele Menschen husten; der Patient mit der erhöhten Sensitivität hustet bereits, wenn eine einzige Zigarette in

der Nähe geraucht wird, wenn Parfümgeruch eingeatmet wird, beim längeren Sprechen, Telefonieren oder unter körperlicher Belastung mit heftigem Atmen. Da insbesondere Frauen auch ohne chronische Lungenerkrankungen grundsätzlich eine stärkere Empfindlichkeit des Hustenreflexes haben als Männer, kommt der idiopathische Husten bei Frauen doppelt so häufig vor.

In anderen Fällen wurde eine dem Husten zugrunde liegende Ursache im Rahmen der Diagnostik festgestellt; es wurde z.B. eine chronische Nebenhöhlenentzündung diagnostiziert. Der HNO-Arzt hat fachgerecht die Nebenhöhlenentzündung behandelt. Obwohl es gelang, diese auszuheilen, kann der Husten weiter bestehen. Der Arzt spricht dann von einem chronisch refraktären Husten – dieser Husten bestand nicht als Folge (Symptom) der Entzündung der Nebenhöhlen, sondern als Zweiterkrankung.

Welche technischen Untersuchungen werden im Rahmen der personalisierten Diagnostik durchgeführt?

- Der Lungenarzt kann eine ausführliche Lungenfunktionstestung durchführen, die hilft, eine Asthmaneigung auch dann zu entdecken, wenn aktuell keine asthmatische Verengung der Bronchien besteht. Durch Inhalation einer Reizsubstanz wie Met
- hacholin werden bei Patienten mit Asthmaneigung schon bei geringer Dosis die Bronchien verkrampfen. Man spricht von einer bronchialen Hyperrea-

- gibilität, die mit Husten einhergehen kann (Husten als Asthmaäquivalent) und auf eine Asthmatherapie anspricht. Ein Entzündungsmarker, Stickstoffmonoxid, kann auf eine Husten-verursachende Entzündung im Bereich der Atemwege hinweisen, die mit inhalativem Kortison behandelt werden kann: Es ist die nicht-asthmatische eosinophile Bronchitis. Bei Verdacht auf (seltene) Erkrankungen der Luftröhre ist eine Bronchoskopie notwendig.
- Der Hals-Nasen-Ohrenarzt kann durch Betrachtung der oberen Atemwege, Spiegelung der Nase oder Ultraschalluntersuchungen mögliche Ursachen für den chronischen Husten sichern. Er kann ein MRT oder CT der Nebenhöhlen veranlassen. Die Untersuchung der Stimmfunktion ist erforderlich, um organische oder funktionelle Stimmstörungen als Ursache abzuklären.
 - Allergologisch kann durch Anamnese, Hauttests und Blutuntersuchungen eine allergische Ursache der asthmatischen, Nebenhöhlen- oder Nasenentzündung gesichert werden, die akuten oder chronischen Husten verursachen können.
 - Der Magen-Darm-Spezialist führt folgende technische Untersuchungen durch: Er spiegelt die Speiseröhren- und Magenschleimhaut, um entzündliche Veränderungen zu finden, misst den Reflux im Rachen und in der Speiseröhre mittels einer 24 Stunden-Sonde (pH-Metrie) sowie die Drücke und den Bewegungsablauf (Peristaltik) in der Speiseröhre. Diese Ergebnisse der Refluxmessung werden in einen zeitlichen Bezug zum Husten gesetzt, um die Auslösung des Hustens durch den Reflux zu sichern.
 - Der Röntgenarzt trägt zur Diagnostik – neben der MRT oder CT-Darstellung der Nebenhöhlen – durch eine Computertomographie der Lunge bei. Hier können kleine, auf der Übersichtsaufnahme nicht sichtbare Raumforderungen (Tumore), eine beginnende Erkrankung des Lungengewebes (Fibrose) oder erweiterte Bronchien (Bronchiektasen) mit und ohne Schleimverlegung entdeckt werden.

Auf der Basis der gezielten Beschwerdeerhebung wird der Arzt entscheiden, welche Untersuchungen individuell erforderlich sind. Deshalb nennen wir dieses Vorgehen „personalisierte Diagnostik“.

Die Behandlung des Hustens

Grundsätzlich gilt, wenn Husten ein Symptom und keine eigenständige Erkrankung (idiopathischer oder refraktärer chronischer Husten) ist, wird die Ursache des Hustens behandelt (z.B. Asthma, Lungenkrebs, Tuberkulose oder Lungenfibrose). Wenn keine ursäch-

liche Behandlung (z.B. Heilung der Grunderkrankung) möglich ist, kommen lindernde („symptomatische“) Behandlungen in Betracht.

Medikamente für den akuten Husten

Beim akuten Erkältungshusten helfen pflanzliche und synthetische sekretlösende und hustenstillende Medikamente. Die meisten sind in der Apotheke rezeptfrei erhältlich.

Sie sind für eine kurze Anwendung, in der Regel bis zu vier Wochen, zugelassen. Sie werden in der Praxis oft länger, auch für den subakuten Husten angewendet.

Behandlung des chronischen Hustens Atemphysiotherapie und Logopädie bei der Behandlung des chronischen Hustens

Atemphysiotherapie kann helfen, beim chronischen produktiven Husten das Abhusten des Sekretes mit oder ohne Hilfsmittel zu erleichtern; oder den trockenen Husten durch spezielle Atemtechniken zu unterdrücken. Nicht jeder wahrgenommene Hustenreiz muss mit Husten beantwortet werden. Die erlernten Maßnahmen müssen zu Hause in eigener Regie weitergeführt werden.

Abstimmung der Atem-Stimm-Sprechfunktion, entlastende Stimmübungen, eine angepasste Sprechatmung sowie eine ausreichende Trinkmenge lindern den Husten und den Hustenreiz. Eine ausführliche Aufklärung des Patienten über die Abläufe beim Husten kann helfen, den Husten willkürlich zu unterdrücken

Symptomatische medikamentöse Behandlung des chronischen Hustens

Bei wechselnder Intensität des chronischen Hustens können wochenweise Hustenstiller und sekretlösende Medikamente aus der Apotheke ggf. wiederholt eingenommen werden. Codein-haltige Präparate sind jedoch verschreibungspflichtig. Eine Dauerbehandlung ist nicht zugelassen und auch nicht empfehlenswert.

Symptomatische medikamentöse Behandlung des refraktären oder idiopathischen chronischen Hustens

Es gibt auf ärztliche Verordnung Medikamente, die zwar für den Husten nicht zugelassen, aber für andere Erkrankungen erhältlich sind. Hierzu gehören Opiate, Morphin und Neuromodulatoren. Letztere sind Medikamente, die gewöhnlich für Nervenentzündungen („Neuropathien“), z.B. im Rahmen eines Diabetes, gege-

ben werden. Hierzu gehören Pregabalin und Gabapentin. Bei etwa 20% der Patienten mit refraktärem chronischem oder idiopathischem Husten wirken Neuromodulatoren; sie haben aber auch Nebenwirkungen: Müdigkeit und Schläfrigkeit stehen an erster Stelle. Auch Morphin hilft nur etwa bei jedem fünften Patienten. Es kann nur auf einem Betäubungsmittelrezept verordnet werden. Niedrige Dosen (2 x 10 mg Morphin retard) reichen gegen den Husten aus; im Gegensatz zur Schmerztherapie verstärkt eine Steigerung der Dosis die Wirkung nicht.

Für den chronischen refraktären und idiopathischen Husten gibt es bereits ein in der EU zugelassenes Medikament: Gefapixant (Lyfnua®). Es ist auch in Deutschland zugelassen, wird aber nicht vermarktet. Es kann gegebenenfalls durch die Apotheke individuell auf Rezept importiert werden. In Einzelfällen übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung auf Antrag die Kosten. Viele neue Medikamente befinden sich in Erprobung (Studien). In einigen Jahren könnte sich die Behandlungssituation des chronischen Hustens deutlich verbessern.

Informationen zur Erstellung der Patientenversion:

Die vorliegende Hustenleitlinie 2025 wurde durch ein Expertengremium erstellt, das aus Lungenärzten, Internisten, Allergologen, HNO-Ärzten, einem Magen-Darm-Spezialisten, einer Physiotherapeutin, einer Logopädin und einem Patientenvertreter bestand. Zusätzlich wurde die Leitliniengruppe durch Wissen-

schaftler, die für die methodische Beratung zuständig waren, komplettiert.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Die Angaben in dieser Patienteninformation basieren auf der S2k-Leitlinie „Fachärztliche Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit Husten“ (AWMF-Registernummer 053-046). Diese Leitlinie wurde unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. erstellt und mit weiteren Fachgesellschaften und Organisationen gemeinsam entwickelt. Die Autorinnen und Autoren der Leitlinie waren an der Patientenversion mitarbeitend beteiligt bzw. haben die Endfassung gelesen und akzeptiert.

Die Langfassung und der Leitlinienreport mit Informationen zum Abstimmungsprozess, in den auch eine Patientenvertretung eingebunden war, sowie zum Umgang mit möglichen Interessenkonflikten finden sich unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-003>.

© DGP 2025

Korrespondierende Autoren: Dr. med. P. Kardos, PD Dr. med. T. Köhnlein

im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

Husten:

Welche Alarmzeichen sind sofort abzuklären?

Heinrich Worth, Facharztforum Fürth

Akuter Husten, subakuter Husten und chronischer Husten unterscheiden sich durch ihre unterschiedliche Dauer von weniger als 3 Wochen, 3-8 Wochen bzw. mehr als 8 Wochen.

Akuter und subakuter Husten bei ansonsten gesunden Erwachsenen sind meist Folge eines viralen oder Erkältungsinfektes. Der Erkältungsinfekt und der damit verbundene Husten klingt in der Regel auch ohne Behandlung nach 2-3 Wochen ab; bei Beteiligung der Nasennebenhöhlen, bei bekannter Asthmaneigung und bei einigen hierfür bekannten Erregern (z.B. Adenoviren, Respiratory Syncytial Virus, Bordetella pertussis (Keuchhusten), Influenzavirus, Mycoplasma) kann der Husten bis zu 8 Wochen anhalten. Bei ansonsten gesunden Personen und offensichtlich vorhandenem Erkältungshusten ist meist keine Untersuchung beim Arzt erforderlich. Eine technische Diagnostik (Röntgenaufnahme, Labor) ist auch bei subakutem Husten meist entbehrlich.

Bei chronischem Husten ist hingegen eine baldige Basisdiagnostik der in Frage kommenden Ursachen mittels Erhebung der Krankengeschichte, ärztlicher Untersuchung, Röntgenaufnahme der Brustorgane und Lungenfunktionsprüfung einzuleiten, um eine gezielte weiterführende Diagnostik vorzunehmen und/oder eine gezielte Behandlung der Ursache des Hustens durchführen zu können.

Alarmzeichen für einen bedrohlichen Krankheitsverlauf

Eine Ausnahme dieses Vorgehens bei akutem wie auch bei chronischem Husten sind *Alarmzeichen* (Alarmsymptome), bei deren Vorhandensein eine *sofortige ärztliche Untersuchung* und möglichst auch eine *zielgerichtete Behandlung notwendig* sind. Einige wichtige Alarmzeichen, in der internationalen Literatur als „red flags“ bezeichnet, sind in Tab. 1 für den akuten/ subakuten Husten einerseits sowie für den chronischen Husten andererseits aufgeführt.

Tritt etwa *neben Husten* auch *blutig gefärbter Auswurf* auf, so ist als Ursache dieser Symptome an Lungenkrebs, aber auch an eine Lungenembolie zu denken,



Prof. Dr. med. Heinrich Worth

bei chronischem Husten auch an eine behandlungsbedürftige Tuberkulose.

Für die Sicherung der Diagnose *Lungenembolie* ist insbesondere die in Deutschland meist verfügbare computertomographische Darstellung der Lungenarterien wesentlich; ein Echokardiogramm (Ultraschall), bestimmte Laborwerte und die Blutgasanalyse dienen der Feststellung der Gefährdung des Patienten, der möglichst rasch mit gerinnungshemmenden Substanzen behandelt werden muss, um zumindest ein Fortschreiten der Embolie zu verhindern.

Bei Verdacht auf einen *Lungenkrebs* ist bezüglich der Sicherung der Diagnose neben der Bildgebung unter Einschluss eines Computertomogramms des Brustraumes die Spiegelung der Atemwege (Bronchoskopie) eine wichtige Säule der Diagnostik. Die Behandlung hängt von Art und Ausdehnung des Tumors, aber auch vom Gesamtzustand des Patienten und seiner zusätzlich vorliegenden Krankheiten ab.

Klagt ein Patient *akut* über *Husten und Atemnot*, so sind häufig Lungen- oder Herzerkrankungen die Ursache. Bei *akuter Atemnot*, schnellem, eventuell auch unregelmäßigem Herzschlag ist an eine akute Herzschwäche zu denken, insbesondere dann, wenn zusätzlich schaumiger, eher dünnflüssiger Schleim abgehustet wird. EKG, Echokardiogramm und Laborwerte können rasch

www.infonetz-krebs.de

INFONETZ KREBS

WISSEN SCHAFFT MUT

Ihre persönliche
Beratung

Mo bis Fr 8 – 17 Uhr

0800
80708877

kostenfrei

Tab.1: Wichtige Alarmzeichen und deren Ursachen bei Husten

Akuter/Subakuter Husten	Alarmzeichen	Chronischer Husten
Dauer: bis 2-3 Wochen Lungenkrebs, Lungenembolie	Blutiger Auswurf	Dauer: mehr als 8 Wochen Lungenembolie, Tbc, Lungenkrebs
Akute Herzschwäche, Lungenembolie, Lungenstauung (Lungenödem)	Atemnot, Herzklopfen, schaumiger Auswurf, blaue Verfärbung von Lippen und Zunge	COPD-Verschlechterung, wiederkehrende Lungenembolien, Herzschwäche, Lungenkrebs
Herzinfarkt, Rippenfellentzündung	Starke Brustschmerzen	Herzinfarkt, Rippenfellentzündung, Lungenembolie
Lungenentzündung	Hohes Fieber (mehr als 38,5°C)	Infekte/Tbc
Alle genannten Ursachen möglich	Sauerstoffsättigung (Sp) erniedrigt: SpO ₂ unter 90%	Schwere Herz- und Lungenkrankheiten

zur Sicherung der Diagnose und der Therapieeinleitung mit entwässernden sowie die Herzfunktion bessernden Medikamenten ermöglichen.

Bei Patienten mit COPD, Husten und Zunahme ihrer Atemnot ist in erster Linie an eine akute, oft infektverursachte Verschlechterung (Exazerbation) zu denken. In unklaren Situationen sollte auch an eine Lungenembolie als Ursache der Verschlechterung gedacht werden. Die Behandlung der Exazerbation der COPD umfasst eine Intensivierung der Therapie mit atemwegserweiternden Medikamenten, eventuell auch eine Antibiotikagabe zur Behandlung bakterieller Atemwegsinfekte sowie Kortisontabletten für ca. 5 Tage. Bei Werten der Sauerstoffsättigung von unter 90% ist an eine vorsichtige Sauerstoffgabe unter Kontrolle der Blutgase zu denken.

Klagt ein Patient neben Husten über starke Schmerzen im Brustraum, ist in erster Linie ein Herzinfarkt als Ursache der Beschwerden nachzuweisen bzw. auszuschließen. Hierzu werden nach kurzer Befragung und Untersuchung des Patienten EKG, Marker für einen Herzinfarkt im Blut, z. B. Troponin, eingesetzt, um den Patienten mit Infarkt einer möglichst raschen Katheterdiagnostik zu unterziehen mit der Möglichkeit, die Durchblutung des vom Verschluss betroffenen Herzkranzgefäßes mittels Aufdehnung (Dilatation) und Stentimplantation wiederherzustellen. Andere Ursachen von Brustschmerzen sind nach Ausschluss eines Herzinfarktes abzuklären. Dazu gehören eine Rippenfellentzündung, eventuell auch eine Lungenembolie.

Bei Husten und zusätzlich hohem Fieber von über 38,5 Grad Celsius ist in erster Linie eine Lungenentzündung abzuklären. Falls sich die Diagnose nach Bildgebung, Laborwerten und eventuell sogar Erregernachweis bestätigt, ist im Falle bakterieller Erreger eine Antibiotikatherapie angezeigt. Zusätzlich sollte eine etwaige Atemnot (Insuffizienz) erkannt und behandelt werden.

Bei allen Patienten mit Husten, die einen Abfall der Sauerstoffsättigung unter 90% aufweisen, sollte eine Sauerstofftherapie mit dem Ziel einer SpO₂ von mehr als 90% unter Kontrolle der Blutgase angestrebt werden. Ursache des Sättigungsabfalls können nahezu alle schweren Herz- und Lungenkrankheiten sein.

Fazit

Treten bei Husten Alarmzeichen für einen bedrohlichen Krankheitsverlauf auf, sind eine sofortige Diagnostik und Therapie erforderlich. Hierzu ist in der Regel eine Krankenhausaufnahme erforderlich.

Autor: Prof. Dr. med. Heinrich Worth Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie und Kardiologie, Facharztforum Fürth.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus: Lunge, Luft & Leben, Mitgliederzeitschrift der Deutschen Lungenstiftung Nr. 5, Oktober 2025.

Mehr Kontrolle, weniger Kortison: Neue Wege bei schwerem Asthma



Viele Menschen spüren täglich, wie sehr schweres Asthma das Leben begrenzt. Atemnot schon bei kleinen Anstrengungen, nächtliche Hustenanfälle oder wiederkehrende Verschlechterungsschübe schränken den Alltag erheblich ein. Um diese Beschwerden zu lindern, greifen Betroffene oft über lange Zeit zu Kortisontabletten – trotz erheblicher Nebenwirkungen. Dabei stehen mit modernen Antikörper-Therapien (Biologika) wirksame Alternativen zur Verfügung.

Wenn Atmen zur dauernden Anstrengung wird
Bei den meisten der rund 6,7 Millionen Menschen mit Asthma lassen sich die Beschwerden mit inhalativen Medikamenten gut kontrollieren.¹ Doch bei rund 650.000 Betroffenen in Deutschland bleibt die Behandlung trotz Inhalationstherapie unzureichend.¹ Die Symptome halten an und beeinträchtigen das Leben erheblich.² In solchen Fällen sprechen Fachleute von schwerem, unkontrolliertem Asthma. Entgegen den Empfehlungen aktueller medizinischer Leitlinien bekommen viele Betroffene weiterhin langfristig Kortisontabletten, um die Beschwerden zu lindern.¹ Kortisontabletten sollte jedoch nur kurzfristig bei akuten Verschlechterungen eingesetzt werden, da eine dauerhafte Einnahme Nebenwirkungen wie z. B. Gewichtszunahme, Bluthochdruck, Diabetes oder Muskelschwäche verursachen kann.²

Schweres Asthma ist behandelbar – ohne dauerhafte Einnahme von Kortisontabletten
Was viele nicht wissen: Mit modernen Antikörper-Therapien, so genannten Biologika, stehen wirksame Alternativen zur Verfügung. Biologika-Therapien setzen gezielt an der zugrundeliegenden asthmatischen Entzündung an. Sie können helfen, die Krankheit besser zu kontrollieren, die

Lungenfunktion zu optimieren und den Bedarf an Kortison deutlich zu verringern. Für viele Betroffene bedeutet das die Chance auf eine sogenannte kortisonfreie Remission, also ein weitgehend beschwerdefreier Zustand ohne dauerhafte Einnahme von Kortison-Tabletten.³

Aktiv werden: Der Weg zur passenden Therapie
Trotz der belegten Wirksamkeit wird nur ein Viertel derjenigen, die in Frage kommen, mit Biologika therapiert.¹ Häufig haben sich die Betroffenen einfach an den Status quo gewöhnt. Dabei ist die dauerhafte Einnahme von Kortisontabletten nachweislich belastend und oft vermeidbar.² Für eine bestmögliche Behandlung ist daher auch die Mitarbeit der Patientinnen und Patienten gefragt: Wer trotz Inhalationsmedikamenten weiterhin unter Beschwerden leidet oder regelmäßig Kortison-tabletten einnehmen muss, sollte das Gespräch mit einem Lungenfacharzt oder einer Lungenfachärztin suchen.

Wie steht es um Ihr Asthma?

Wie steht es um Ihre Asthma-Kontrolle? Machen Sie jetzt kostenlos den Asthma-Selbsttest und erfahren Sie, ob ein Gespräch mit einem Facharzt/ einer Fachärztin empfehlenswert ist.

Referenzen:

- ATLAS, AstraZeneca inhouse analysis based on IQVIA LRx data, Stand: 12/2024; Data on file.
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP), Deutsche Atemwegsliga e. V., Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V., u. a. S2K-Leitlinie Fachärztliche Diagnostik und Therapie von Asthma – Langfassung, Version 3.1, 2023.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), AWMF. Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma – Langfassung, Version 5.0, 2024.

Auch für Risikogruppen unter 50:

Stiko gibt neue Empfehlung zur Gürtelrose-Impfung



Gürtelrose-Infektionen können bei geschwächtem Immunsystem lebensbedrohlich werden. Die Ständige Impfkommission (Stiko) empfiehlt deshalb jetzt auch jüngeren Menschen aus Risikogruppen eine Impfung.

Die Ständige Impfkommission (Stiko) empfiehlt die Gürtelrose-Impfung ab sofort auch für Risikogruppen, die jünger als 50 Jahre alt sind. Das betrifft Menschen mit einem *geschwächten Immunsystem* oder bestehenden Grunderkrankungen, zum Beispiel *Diabetiker*, Menschen mit einer *HIV-Infektion*, einer *chronisch-entzündlichen Darmerkrankung* oder einer *Blutstammzelltransplantation*. Die Empfehlung für die Impfung gelte für *Menschen ab 18 Jahren*, heißt es in einer Mitteilung, die jetzt im Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts (RKI) veröffentlicht wurde.

Im Herbst stehen auch die Gripeschutzimpfungen an, auch Corona breitete sich seit Oktober erneut aus. Wer sollte sich wann impfen lassen? Gibt es einen Kombi-Impfstoff oder sollte man beide Impfungen getrennt vornehmen lassen?

Gürtelrose-Infektion kann bei schwachem Immunsystem lebensbedrohlich sein

Gürtelrose (Herpes zoster) wird wie Windpocken durch Varizella-Zoster-Viren verursacht. Bei Kindern verläuft die Erkrankung laut RKI im Allgemeinen gutartig. Bei Erwachsenen kann eine Infektion einen schmerzhaften Ausschlag verursachen.

Wenn ein Mensch ein schwaches Immunsystem hat, kann sich die Gürtelrose auf mehrere Körperregionen und über das Blut ausbreiten. "Solche Verläufe können lebensbedrohlich sein", heißt es.

Gürtelrose: Ansteckend und gefährlich?

Wer Windpocken hatte, kann später Gürtelrose bekommen. Wie ansteckend ist die Krankheit? Welche Symptome sind typisch und wie können sie behandelt werden? Was bringt die Impfung?

Was ist eine Gürtelrose?

Eine Gürtelrose, auch Herpes zoster genannt, wird durch das sogenannte Varizella-zoster-Virus ausgelöst. Dieses verursacht bei Erstkontakt, der meist im Kindesalter auftritt, Windpocken (Varizellen). Die Viren verbleiben nach Abklingen der Windpocken lebenslang in Nervenzellen des Gehirns und können so zu einem *späteren Zeitpunkt* als Herpes zoster "reaktiviert" werden. Bei einer Schwächung des Immunsystems beispielsweise im Alter, durch Erkrankungen oder Medikamente kann es zu einem *erneuten Ausbruch* der Infektion als Gürtelrose kommen.

Wie äußert sich eine Gürtelrose?

Typisch für eine Gürtelrose ist ein oft langanhaltender brennender Schmerz, gefolgt von einer zumeist halbseitigen, bandartigen Ausbreitung von zunächst mit Flüssigkeit gefüllten Bläschen der Haut in dem zum betroffenen Nerv gehörenden Areal. Die Bläschen trocknen aus, verkrusten und heilen anschließend ab. Dabei kann es zu einem Wundschmerz kommen. Die Symptome tre-

ten am häufigsten halbseitig an Rumpf sowie Brustkorb gürtelförmig auf. Die Bläschen können jedoch auch im Bereich des Kopfes, besonders schwer der Augen vor- kommen.

Wie ansteckend ist eine Gürtelrose?

Eine Gürtelrose kann sehr ansteckend sein, jedoch in erster Linie für diejenigen, die noch keine Windpocken hatten. Die Übertragung erfolgt über die Flüssigkeit in den Bläschen. Sobald alle Bläschen auf der Haut ausgetrocknet sind und die letzte Kruste abgefallen ist, besteht keine Ansteckungsgefahr mehr. In der Regel kommt es bei Ansteckung zum Ausbruch der Windpocken, nicht zu einer Gürtelrose.

Wann ist eine Diagnose möglich?

Bevor die Viren zu sichtbaren Hautveränderungen führen, breiten sie sich aus den Nervenzellen über die Nervenfasern in das entsprechende Hautareal aus. Dies dauert einige Tage und kann Schmerzen und Sensibilitätsstörungen der Haut auslösen. Eine Diagnose ist in den ersten Tagen schwierig, da in diesem Stadium noch keine Hautveränderungen vorhanden sind.

In einigen Fällen kann die Gürtelrose auch ohne Ausschlag und Bläschen ausbrechen. Wie im Anfangsstadium kommt es zu Schmerzen in einem umgrenzten Bereich der Haut und Sensibilitätsstörungen. Die Gürtelrose lässt sich dann über Antikörper im Blut feststellen.

Welche Komplikationen gibt es?

Nach Abklingen der Gürtelrose kann ein Nervenschmerz in der von dem Hautausschlag betroffenen Körperregion noch mehrere Monate bis Jahre anhalten. Das passiert bei etwa zehn Prozent aller Betroffenen und wird als "postzosterische Neuralgie" bezeichnet. Das Gefühl der Nervenschmerzen wird als ziehend wie bei Zahnschmerzen oder brennend beschrieben. In manchen Fällen sind die Schmerzen ein lebenslanger Begleiter, der schwer zu behandeln ist.

Wer ist besonders gefährdet?

Prinzipiell kann jeder, der die Windpocken hatte, an Gürtelrose (Herpes zoster) erkranken, am häufigsten sind allerdings über 50-Jährige betroffen. Patienten und Patientinnen mit einem geschwächten Immunsystem haben zudem ein erhöhtes Risiko für die Erkrankung. Im Laufe des Lebens tritt ein Herpes zoster in der Regel nur einmal auf, wiederkehrende Erkrankungen sind aber möglich.

Wie wird eine Gürtelrose behandelt?

Eine Gürtelrose heilt oft nach zwei bis vier Wochen von alleine ab. Dennoch sollte sie frühzeitig behandelt werden, um Schmerzen zu lindern, den Hautausschlag zu kontrollieren und die Dauer der Erkrankung zu verkürzen. Häufig werden vom Arzt oder der Ärztin antivirale Medikamente verschrieben, um das Virus zu bekämpfen und die Ausbreitung des Ausschlages zu stoppen. Schmerzlindernde oder entzündungshemmende Medikamente reduzieren die Schmerzen. Um den Juckreiz zu lindern, können lokale Behandlungen wie kühlende Lotionen oder Cremes helfen. Der Ausschlag sollte nicht aufgekratzt werden, um Infektionen zu vermeiden und den Heilungsprozess nicht zu behindern.

Kann man sich gegen Herpes zoster impfen lassen?

Laut dem Robert-Koch-Institut verringert eine Impfung das Risiko für das Auftreten einer Gürtelrose im Laufe des Lebens von 33 auf drei Prozent! Sie soll auch vor den oft auch starken Schmerzen (postzosterischen Neuralgie) schützen. Die ständige Impfkommission des RKI (STIKO) empfiehlt die Impfung für Menschen über 60 Jahren sowie für Menschen ab 50 mit erhöhtem Risiko für eine Gürtelrose. Die Kosten der Impfung werden von den Krankenkassen übernommen. Mehr Informationen zur Impfung, ihrer Wirksamkeit und möglichen Nebenwirkungen finden Sie auf den Seiten des Robert-Koch-Instituts (RKI: Gürtelrose: Antworten auf häufig gestellte Fragen, Stand: 06.11.2025).

Gürtelrose: Ansteckend und gefährlich?

Die Weltgesundheits-Organisation (WHO) ist "extrem besorgt" über steigende Impfskepsis. Prinzipiell kann jeder, der einmal Windpocken hatte, an Gürtelrose erkranken. Nach einer Windpocken-Infektion nisten sich die Viren im Gehirn ein. Sie können wieder aktiv werden, wenn das Immunsystem schwächer wird, zum Beispiel im Alter.

Impfung wird bereits für Menschen ab 60 empfohlen

Allen Menschen ab 60 Jahren empfiehlt die Stiko bereits seit Ende 2018 die Impfung gegen Gürtelrose. Für Risikogruppen galt die Empfehlung bislang erst ab 50. Der Impfstoff wird zweimal im Abstand von maximal sechs Monaten geimpft. Die Stiko hat die Impfeempfehlungen eigenen Angaben zufolge nun angepasst, um die Häufigkeit von Gürtelrose zu verringern sowie Komplikationen und Folgeerkrankungen zu verhindern.

Quelle: [zdf.de/dpa](https://www.zdf.de/dpa) vom 07.11.2025

Bundeskabinett beschließt Reform zur Lebendorganspende

Warken: „Überkreuzspende stärkt die bewusste Entscheidung für die Organspende“



Lebendnierenspenden sollen in Zukunft auch zwischen zwei oder mehr unterschiedlichen Paaren überkreuz ermöglicht werden. Der entsprechende „Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende und weitere Änderungen“ wurde am 5. November vom Bundeskabinett beschlossen.

Mit dem Gesetzentwurf soll der Kreis der Organspendenden und -spender sowie der Organempfängerinnen und -empfänger erweitert und ein *nationales Programm für die Überkreuzlebendnierenspende* in Deutschland etabliert werden. Zudem wird die sog. 'nicht gerichtete anonyme Nierenspende' – also die *anonyme Spende* an eine nicht bekannte Person – in Deutschland ermöglicht und der Schutz der Lebendspenderinnen und -spender von Organen und Gewebe gestärkt.

Die Überkreuzlebendspende von Nieren stärkt die *bewusste Entscheidung für die Organspende*. Personen, die bisher aufgrund der fehlenden Übereinstimmung von Blutgruppen oder Gewebemerkmale ihren engsten Angehörigen in einer Notsituation nicht durch eine Spenderniere helfen konnten, ermögli-

chen wir nun die Überkreuzspende. Damit stellen wir statt der familiären Bindung den Willen zur Organspende in den Fokus.

„Zudem wird die anonyme Nierenspende an eine nicht bekannte Person ermöglicht. Das gibt vielen Menschen Hoffnung, die auf eine Spenderniere angewiesen sind.“

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken

Die wesentlichen Änderungen Überkreuzlebendnierenspenden werden ermöglicht

- Spende und Empfang einer Niere wird „überkreuz“ durch einen anderen Organspendepartner bei immunologisch nicht zusammenpassenden Organspendepaaren möglich sein.
- Die Organspendepaare, zwischen denen eine Spende „überkreuz“ stattfindet, müssen sich nicht kennen – das *Erfordernis eines Näheverhältnisses* der jeweils nicht zusammenpassenden Partner eines Organspendepaares *bleibt* aber weiterhin *Pflicht*.
- Die sog. 'nicht gerichtete anonyme Nierenspende' – also die anonyme Spende an eine nicht bekannte Person – wird ermöglicht. Die spendende Person hat dabei keinen Einfluss auf den Empfänger.

- Es wird ein *Programm für die Vermittlung und Durchführung* von Überkreuzlebendnierenspenden in Deutschland aufgebaut. Dabei wird auch die nicht gerichtete anonyme Nierenspende einbezogen.

- Dazu werden die *Aufgaben der Transplantationszentren* im Rahmen einer Überkreuzlebendnierenspende und einer nicht gerichteten anonymen Nierenspende *festgelegt*. Sie entscheiden über die Annahme inkompatibler Organspendepaare sowie anonymen nicht gerichteter Spenderorgane und übermitteln die für die Vermittlung erforderlichen Daten an eine *zentrale Stelle*. Nach der Vermittlungsentscheidung *organisieren* die betroffenen Transplantationszentren gemeinschaftlich die *Entnahme* und *Übertragung*.

- Die *Vermittlung der Nieren* im Rahmen der Überkreuzlebendnierenspende und der nicht gerichteten anonymen Nierenspende erfolgt *ausschließlich nach medizinischen Kriterien* und unter Wahrung der *Anonymität*.

Der Spenderschutz wird weiter gestärkt

- Die Regelungen zur Aufklärung der Spenderinnen und Spender und Konkretisierung der Spendereignung werden erweitert, insbesondere mit Blick auf die besonderen psychosozialen Risiken und möglichen (Spät-)Folgen.
- Die *verpflichtende unabhängige psychosoziale Beratung* und Bewertung der Spenderinnen und Spender *vor einer Spende* wird eingeführt. Ebenso wird die individuelle *Betreuung* der Betroffenen im Transplantationszentrum über den gesamten Spendeprozess *vor*, während und nach der *Spende* verpflichtend vorgesehen.
- Es werden *bundesrechtliche Vorgaben* für die Tätigkeit und zentrale Verfahrenselemente der Lebendspendekommissionen festgelegt.

Berücksichtigung der früheren Lebendnierenspende bei eigener Erkrankung

- Die *frühere Lebendnierenspende* einer Person, die im späteren Lebensverlauf durch eine Erkrankung selbst eine Nierentransplantation benötigt, soll bei der Vermittlung von postmortal gespendeten Nieren angemessen berücksichtigt werden. Näheres soll in den *Richtlinien der Bundeärztekammer* festgelegt werden.



Nina Warken, Bundesministerin für Gesundheit, CDU

Postmortale Gewebespende und Spende in besonderen Fällen

- Gewebeeinrichtungen, die Gewebe postmortal entnehmen oder entnehmen lassen, sollen an das *Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende* (OGR) beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angebunden werden können. So können sie – wie die *Entnahme-krankenhäuser* – unmittelbar selbst über das *Abrufportal des Registers* klären, ob in einem potentiellen Spendenfall bei einer Person die Bereitschaft zur Gewebespende vorliegt.
- Die *Spende von Organen oder Gewebe* in besonderen Fällen nach § 8b TPG *wird erweitert*. Es wird ermöglicht, Organe oder Gewebe, die im Rahmen einer medizinischen Behandlung bei nicht einwilligungsfähigen Personen entnommen worden sind, zu spenden. Darunter fallen zum Beispiel Herzklappen von Herzen, die im Rahmen einer Herztransplantation entnommen wurden und noch funktionell sind, die bisher verworfen werden mussten.
- Durch die Ermöglichung der *Einwilligung von Betreuungsberechtigten* in die *Gewinnung von männlichen Keimzellen (Spermien)* von nicht einwilligungsfähigen Personen aufgrund einer geplanten keimzellschädigenden Therapie wird eine bestehende Gesetzeslücke geschlossen. Damit ermöglichen wir auch männlichen Kindern und Jugendlichen die *Kältekonservierung* (Kryo-) von Spermien bei einer anstehenden Krebsbehandlung, wie einer Chemotherapie oder Bestrahlung.

Pressemeldung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 05.11.2025

Neue Themenseite zur ePA

– Erfahrungen, Vorteile und Zahlen auf einen Blick



Foto: AdobeStock / MQ-illustrations

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist längst mehr als nur ein digitales Hilfsmittel – sie wird bereits aktiv in der Versorgung genutzt und schafft echten Mehrwert für die Menschen und die Leistungserbringer. Mit einer neuen Themenseite rückt die gematik GmbH, die nationale Agentur für digitale Medizin, genau diese Perspektiven in den Mittelpunkt.

Ob Patienten-Videos oder Zitate von Ärzten und Apothekern; anhand authentischer Beispiele aus der Praxis informiert die Seite, wie die ePA die medizinische Versorgung erleichtert und welche konkreten Vorteile sie bringt. Ergänzt werden diese Erfahrungsberichte durch wichtige Daten auf der grafischen Benutzeroberfläche (Dashboard).

Die Beispiele aus der Praxis erläutern, welche Funktionen und Aspekte der ePA sich bereits heute als besonders hilfreich erweisen – sowohl z.B. für die Ärzte und Behandler als auch für Patienten. So berichtet etwa Oberarzt Dr. Schöps von einem konkreten Fall, bei dem er dank der ePA eine möglicherweise gefährliche Wechselwirkung zwischen einem Psychopharma-

kon und einem Antibiotikum rechtzeitig erkannte und so das Rezept anpassen konnte. Hausarzt Dr. Hempel stellte mithilfe der Medikationsliste fest, dass ein Patient die erhaltenen Rezepte für verordnete Medikamente gar nicht eingelöst hatte und erhielt so den entscheidenden Hinweis für die weitere Behandlung. Dr. Staudt nutzt die ePA als Hausärztin, um Befunde zentral zu bündeln, Doppeluntersuchungen zu vermeiden und die Behandlung sicherer zu gestalten, und Apotheker Markus Schmitz-Hübsch schildert etwa, wie hilfreich die ePA ist, insbesondere bei unbekannten Patienten in der Apotheke – zum Beispiel bei der schnellen Überprüfung verschriebener Medikamente in Akutsituationen.

Persönliche Perspektiven und aktuelle Zahlen: Die neue Themenseite zeigt, was die ePA im täglichen Alltag leisten kann und wo sie die Behandlungen bereits nachhaltig unterstützt.

Hier geht's zur neuen Seite: <https://www.gematik.de/anwendungen/epa-fuer-alle/erfahrungen-nutzung>

Quelle: gematik GmbH vom 01.09.2025

COPD-Schübe (Exazerbationen) im Blick: Richtig handeln in der Erkältungszeit



Im Winter steigt die Zahl der Erkältungen und Atemwegsinfekte deutlich an – gleichzeitig erhöht sich das Risiko für akute COPD-Schübe (Exazerbationen). Rund 50–70 Prozent der Schübe entstehen durch bakterielle oder virale Infekte¹. Dabei verschlechtert sich der Gesundheitszustand oft plötzlich und anhaltend über mindestens 48 Stunden. Exazerbationen beeinträchtigen die Lungenfunktion erheblich, können schwerwiegende Komplikationen auslösen und den weiteren Krankheitsverlauf beeinflussen. Ihre Auswirkungen auf den Körper können denen eines Herzinfarkts ähneln. Deshalb ist es für Menschen mit COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) besonders wichtig, Schübe möglichst zu vermeiden und bei Auftreten schnell zu reagieren.

Warnsignale erkennen und richtig reagieren

Ein COPD-Schub (Exazerbation) kündigt sich oft durch kleine, aber bedeutsame Veränderungen an. Der Husten wird stärker, der Auswurf verändert seine Farbe oder Konsistenz, die Atemnot nimmt spürbar zu und alltägliche Aktivitäten wie Treppensteigen fallen schwerer. Auch zunehmende Erschöpfung kann ein Warnsignal sein. Halten diese Symptome länger als zwei Tage an, ist schnelles Handeln wichtig. Eine zügige Abklärung durch eine Lungenfachärztin oder einen Lungenfacharzt ermöglicht gezielte Maßnahmen. Häufig umfasst die Behandlung die Einnahme geeigneter Medikamente oder eine Anpassung der bestehenden Therapie. Um die passende Behandlungsmethode zu finden, stehen heute viele verschiedene Optionen zur Verfügung, z. B. bronchienerweiternde Medikamente, entzündungshem-

mende Sprays oder Biologika. Biologika sind spezielle Arzneimittel, die darauf abzielen, Entzündungen in den Atemwegen gezielt zu beeinflussen.

Alltagstipps: So bleiben die Atemwege geschützt

In der Erkältungszeit reagieren die Atemwege besonders empfindlich, wodurch das Risiko für einen COPD-Schub steigt. Um dem vorzubeugen, helfen einfache Alltagsmaßnahmen. So schützt ein Schal Mund und Nase vor kalter Luft, während regelmäßiges Lüften für frische Raumluft sorgt. Regelmäßiges Händewaschen hilft dabei, Keime zu reduzieren. Wer große Menschenmengen oder überfüllte Geschäfte meidet, senkt die Ansteckungsgefahr deutlich. Bei unvermeidbaren Menschenansammlungen bieten Masken in öffentlichen Verkehrsmitteln oder bei Versammlungen zusätzlichen Schutz. Darüber hinaus spielen Impfungen, wie die Pneumokokken- und die Covid-Impfung, eine wichtige Rolle, um schwere Infekte zu verhindern und das Risiko vor Komplikationen deutlich zu senken.

Gestärkt durch die kalte Jahreszeit

Gleichzeitig stärkt körperliche Aktivität, abgestimmt auf die eigenen Möglichkeiten, Muskulatur und Lunge. Spaziergänge oder gezielte Atemübungen eignen sich besonders gut dafür. Eine ausgewogene Ernährung sowie eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr halten das Immunsystem leistungsfähig. Auch Stressreduktion und regelmäßige Erholungsphasen entlasten den Körper und schützen die Atemwege.

¹ Jorge RZ, Bonilla AG. Comorbilidad infecciosa en la EPOC [Infectious comorbidity in COPD]. Arch Bronconeumol. 2009;45 Suppl 4:59-64. Spanish. doi: 10.1016/S0300-2896(09)72867-4. PMID: 20116753.



Weitere Informationen und hilfreiche Alltagstipps für ein selbstbestimmtes Leben mit COPD finden Betroffene und Angehörige auf: www.mit-copd-leben.de.

Cannabisabhängigkeit bei jedem 4. Nutzer von medizinisch verordnetem Cannabis



Foto: AdobeStock / Africa Studio

Eine große Auswertung von 14 Studien mit 3.681 Nutzern von medizinischem Cannabis fand bei 25 % von Ihnen eine Cannabiskonsumstörung – vergleichbar hoch wie bei regelmäßigem Freizeitkonsum.

Bei regelmäßigem Gebrauch von medizinischem Cannabis kann es zu einer Cannabisabhängigkeit kommen. Bei Menschen, die Cannabis regelmäßig in ihrer Freizeit nutzen, kommt es nach früheren Schätzungen bei 22 % zu einer Abhängigkeit kommen. Wie häufig dies bei Menschen ist, die aus medizinischen Gründen Cannabis anwenden, war jedoch bislang nicht gut untersucht. Wissenschaftler führten dazu nun eine systematische Sichtung von entsprechenden Studien mit einer zusammenfassenden Auswertung durch.

Die Autoren fanden relevante Studien in drei wissenschaftlichen medizinischen Datenbanken. In der zusammengefassten Auswertung wurde die Häufigkeit von Cannabiskonsumstörungen bei medizinischen Cannabis-Anwendern ermittelt.

Auswertung von 14 Studien mit 3.681 Patienten

Die systematische Auswertung umfasste 14 Studien mit insgesamt 3.681 Personen aus fünf verschiedenen Ländern. Ein erhöhtes Risiko für eine Cannabiskonsumstörung stand in Zusammenhang mit demographischen Faktoren, psychischen Erkrankungen und der Behandlung chronischer Schmerzen bei Verordnung von medizinischem Cannabis. Die Auswertung zeigte, dass etwa jeder 3. Anwender von medizinischem Cannabis während der letzten 6 bis 12 Monaten nach wissenschaftlichen Kriterien eine Cannabiskonsumstörung aufwies. Über die den Gesamtzeitraum der Anwendung war dannach jeder 4. Nutzer von medizinischem Cannabis betroffen.

Die Autoren folgerten, dass die Häufigkeit einer Cannabiskonsumstörung bei Nutzern von medizinischem Cannabis, vergleichbar hoch ist wie bei den "Freizeitkonsumenten". Weitere Studien zum Erfassen des Konsums und den Möglichkeiten zur Vorbeugung einer möglichen Abhängigkeit, auch bei medizinischen Cannabis-Anwendern, sind erforderlich.

Quelle: DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom vom 19.09.2025

Grippe (Influenza) vergrößert Schlaganfallrisiko



Foto: AdobeStock / Marijus

Von einem Moment auf den anderen ist alles anders: Der Schlaganfall drückt eine blockierte Arterie, trifft jedes Jahr weltweit mehr als 12,2 Millionen Menschen. Dabei werden bestimmte Bereiche des Gehirns nicht mehr durchblutet, was zu Infektionen führen kann. Neu ist die Erkenntnis, dass diese selbst das Risiko für Schlaganfälle und Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen. Forscher der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen und des Universitätsklinikums Essen haben dazu jetzt eine Studie veröffentlicht.

„Während der COVID-19-Pandemie wurden mehr Schlaganfälle bei den damit infizierten registriert. Ähnlich war es bei schweren Influenza-A-Virusinfektionen. Deshalb sind wir diesen Hinweisen nachgegangen“, berichtete die Biologin Dr. Friederike Langhauser, die das erhöhte Schlaganfallrisiko mit einem Team an der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Essen (Prof. Dr. Christoph Kleinschnitz) erforscht hat. Beteiligt waren auch Wissenschaftler des Lehrstuhls für Infektionsimmunologie der Universität Duisburg-Essen sowie Fachleute aus den Niederlanden und Schweden.

Zunächst wurden Tiere mit einem menschlichen Grippe (Influenza)-Virus infiziert und anschließend wurde

zu unterschiedlichen Zeitpunkten ein Schlaganfall verursacht. Die Studienergebnisse zeigten, dass insbesondere eine akute Grippeinfektion mögliche Hirnschäden und Ausfälle von Nervenbahnen verschlimmern kann. Durch die Virusinfektion wird die Blutgerinnung erhöht. Dies zeigte auch das veränderte Blutbild. Es wird wahrscheinlicher, dass sich Blutgerinnsel bilden, die letztlich zu Gefäßverschlüssen und damit zu einem Schlaganfall führen können.

Was kann man tun, um solch einem gefährlichen Verlauf bei Betroffenen entgegenzuwirken? „Gerade für gefährdete Patientengruppen ist eine frühzeitige Impfung gegen Influenzaviren eine wichtige Schutzmaßnahme“, so Prof. Dr. Christoph Kleinschnitz. „Bei Infektionen empfehlen wir daher, auf Warnzeichen, wie Taubheitsempfindungen und Lähmungen zu achten und bei entsprechenden Krankheitsanzeichen rasch zu handeln.“ In der Behandlung können Medikamente wie Acetylsalicylsäure (Aspirin) oder antivirale Therapien oft fortschreitende Hirnschädigungen reduzieren.

Quelle: Pressemeldung des Universitätsklinikums Duisburg-Essen vom 17.09.2025

Hilfsmittelreport 2025

bifg. BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung

Nikolaus Schmitt und Ulrike Illmann



Hilfsmittelreport 2025

Einleitung

Der Hilfsmittelbereich ist von großer Vielfalt geprägt. Die Hilfsmittelleistungen reichen beispielsweise von handwerklich individuell gefertigten Produkten über konfektionierte Industrieprodukte bis hin zu Verbrauchsmaterialien. Neben den Produkten gehören Dienstleistungen wie Beratung und Anpassung zum Umfang der Hilfsmittelversorgung.

Auch wenn die Erfahrung zeigt, dass insbesondere zum Zeitpunkt der Anschaffung Hilfsmittel als sensibles Thema wahrgenommen werden, so entstehen doch auf Dauer eine gewisse Akzeptanz und technische Routine im Umgang mit dem Produkt. Die Hilfsmittelleistung beinhaltet in der Regel wenig regelmäßige menschliche Interaktion mit wechselnden Personen wie beispielsweise die häusliche Pflege oder Physiotherapie.

Hilfsmittel werden zumeist längerfristig verwendet und im privaten wie im öffentlichen Raum sichtbar genutzt. Im Rahmen der Beratungen durch die Leistungs-

erbringenden wird den Patientinnen und Patienten in der Regel ein breites Spektrum von möglichen Produktalternativen aufgezeigt. Davon werden nicht alle vollständig von den Krankenkassen bezahlt. Daher sehen sich die Versicherten bei der Entscheidung für eine Hilfsmittelversorgung in der Rolle als Kundin oder Kunde mit Auswahl- und Präferenzentscheidungen konfrontiert. Diese Entscheidungen gilt es als Krankenkasse bestmöglich zu unterstützen und zu beraten. Die Entscheidung für ein Hilfsmittel mit Mehrkosten ist nach entsprechender Beratung durch die Leistungserbringenden zu respektieren. Die Verträge der Krankenkassen mit den Anbieterinnen und Anbietern enthalten umfangreiche Bestimmungen zu dokumentierten Beratungspflichten. Der Gesetzgeber hielt es sogar für erforderlich, in § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V eine eigene Rechtsgrundlage für die Mehrkosten in der Hilfsmittelversorgung zu formulieren, sie lautet: „Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte Folgekosten selbst zu tragen.“

Der Hilfsmittelbereich ist von großer Vielfalt geprägt. Die Hilfsmittelleistungen reichen beispielsweise von handwerklich individuell gefertigten Produkten über konfektionierte Industrieprodukte bis hin zu Verbrauchsmaterialien. Neben den Produkten gehören Dienstleistungen wie Beratung und Anpassung zum Umfang der Hilfsmittelversorgung.

Auch wenn die Erfahrung zeigt, dass insbesondere zum Zeitpunkt der Anschaffung Hilfsmittel als sensibles Thema wahrgenommen werden, so entstehen doch auf Dauer eine gewisse Akzeptanz und technische Routine im Umgang mit dem Produkt. Die Hilfsmittelleistung beinhaltet in der Regel wenig regelmäßige menschliche Interaktion mit wechselnden Personen wie beispielsweise die häusliche Pflege oder Physiotherapie.

Hilfsmittel werden zumeist längerfristig verwendet und im privaten wie im öffentlichen Raum sichtbar genutzt. Im Rahmen der Beratungen durch die Leistungserbringenden wird den Patientinnen und Patienten in der Regel ein breites Spektrum von möglichen Produktalternativen aufgezeigt. Davon werden nicht alle vollständig von den Krankenkassen bezahlt. Daher sehen sich die Versicherten bei der Entscheidung für eine Hilfsmittelversorgung in der Rolle als Kundin oder Kunde mit Auswahl- und Präferenzentscheidungen konfrontiert. Diese Entscheidungen gilt es als Krankenkasse bestmöglich zu unterstützen und zu beraten. Die Entscheidung für ein Hilfsmittel mit Mehrkosten ist nach entsprechender Beratung durch die Leistungserbringenden zu respektieren. Die Verträge der Krankenkassen mit den Anbieterinnen und Anbietern enthalten umfangreiche Bestimmungen zu dokumentierten Beratungspflichten. Der Gesetzgeber hielt es sogar für erforderlich, in § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V eine eigene Rechtsgrundlage für die Mehrkosten in der Hilfsmittelversorgung zu formulieren, sie lautet: „Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte Folgekosten selbst zu tragen.“

Der vorliegende Hilfsmittelreport analysiert bundesweite empirische Daten zur Hilfsmittelversorgung und ordnet diese fachlich ein. Hierbei werden Entwicklungen ab dem Jahr 2020 aufgezeigt. Begleitet wird der Report durch den aktualisierten interaktiven Hilfsmittel-Atlas, mit dem Nutzerinnen und Nutzer selbst Analysen auf Basis der Hilfsmitteldaten vorneh-

men können. Darüber hinaus wird ein Überblick zu den aktuell an anderer Stelle veröffentlichten empirischen Hilfsmittelinformationen gegeben. Diese Quellen sind der Mehrkostenbericht des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) und die Transparenzberichte der gesetzlichen Krankenkassen. So soll ein möglichst vollständiges Bild der Informationslage zur Hilfsmittelversorgung in Deutschland gegeben werden.

Rechtliche Grundlagen der Hilfsmittelversorgung

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln, soweit diese erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer Behinderung vorzubeugen oder diese auszugleichen. Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind keine Hilfsmittel der GKV (§ 33 SGB V).

Voraussetzung für die Versorgung mit einem Hilfsmittel ist eine ärztliche Verordnung. Die Regularien hierzu sind in den Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt (HilfsM-RL). Die Richtlinien des G-BA betreffen jedoch ausschließlich die ärztliche Verordnung, nicht die tatsächliche Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Hilfsmitteln. In der Hilfsmittel-Richtlinie finden sich daher eher allgemeine Regelungen zu den Bedingungen, unter denen eine ärztliche Verordnung erfolgen darf. Näheres zur therapeutischen Eignung von Hilfsmitteln, Produktverzeichnisse, technische Entwicklungen bei Hilfsmitteln und vieles mehr finden sich in dieser Richtlinie nicht.

Details dazu regelt das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 139 SGB V. Der GKV-SV führt und pflegt dieses Verzeichnis, in dem die von der Leistungspflicht der GKV umfassten einzelnen Hilfsmittel aufgeführt werden, einschließlich der Anforderungen an die Dienstleistungen rund um die Hilfsmittelversorgung. Durch die CE-Kennzeichnung gilt ein Hilfsmittel grundsätzlich als funktionstauglich und sicher. Details zum Hilfsmittelverzeichnis finden sich im Abschnitt „Das Hilfsmittelverzeichnis der GKV“.

Weitergehende Beschreibungen der Produkte und Dienstleistungen, die Krankenkassen im Rahmen der Versorgung von den Leistungserbringenden erwarten, werden in den Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringenden verhandelt und vereinbart (§ 127 SGB V). In diesen wird neben den Preisen auch alles Nähere zu produkt- und leistungsbezogenen Qualitätsvorgaben, den Servicestandards

Der Weg des Hilfsmittels zum Patienten

Neun Schritte sind mindestens erforderlich bis zum Erhalt des Hilfsmittels, einer davon liegt bei den Krankenkassen.



Abbildung 1: Teilschritte von der Verordnung bis zur erfolgreichen Hilfsmittelversorgung, Quelle: Hilfsmittelreport 2025

und Abrechnungsbestimmungen festgelegt. Die Krankenkassen sind für die Sicherstellung einer bundesweit flächendeckenden Versorgung verantwortlich und müssen daher mit einer ausreichend großen Zahl und Vielfalt von Leistungserbringenden Verträge abschließen. Jede und jeder qualifizierte Leistungserbringende hat das Recht, selbst zu verhandeln oder den verhandelten Verträgen für die von ihr bzw. ihm versorgten Regionen und Produktbereiche zu gleichen Bedingungen beizutreten.

Prozessschritte der Hilfsmittelversorgung in der GKV

Die Hilfsmittelversorgung in Deutschland setzt sich aus mehreren Teilschritten zusammen und erfordert ein enges Zusammenwirken aller Beteiligten. Die folgende Abbildung zeigt diesen Prozess, zerlegt in die wesentlichen Teilschritte. Nicht alle diese Teilschritte müssen bei jeder Hilfsmittelversorgung durchgeführt werden. So verzichten Krankenkassen teilweise auf den Genehmigungsprozess für einzelne Hilfsmittel, sodass die Leistungserbringenden diese Hilfsmittel direkt versorgen und abrechnen können. Eine Direktabrechnung gilt insbesondere für die Versorgung mit konfektionierten Hilfsmitteln. Hingegen sind individuelle Anfertigungen und komplexe Versorgungen in der Regel genehmigungspflichtig. Beispielsweise wurden bei der BARMER 2024 etwa

70 Prozent aller Hilfsmittelversorgungen im Direktabrechnungsverfahren ohne vorheriges Genehmigungsverfahren durchgeführt. Das Direktabrechnungsverfahren erspart bürokratische Aufwände und beschleunigt die Hilfsmittelversorgung. Im Falle der Direktversorgung erfolgt eine nachgelagerte Prüfung auf Anspruch der Versicherten und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

Die erfolgreiche Hilfsmittelversorgung setzt eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen regelmäßig mindestens vier beteiligten Parteien voraus. Die ärztliche Verordnung (1) bestimmt den Anfang des Prozesses und kann durch möglichst präzise Angaben zu den sozialmedizinischen Bedingungen seiner Patientin bzw. seines Patienten die weiteren Schritte erleichtern. Die Versicherten (2) wählen danach eigenständig eine Leistungserbringende bzw. einen Leistungserbringenden und händigen die Verordnung aus. Auch Versicherte tragen einen wesentlichen Anteil zum Ablauf der Versorgung bei, indem sie zügig nach Verordnung einen Leistungserbringenden auswählen und mögliche Fragen der Krankenkasse zu ihrem Versorgungsbedarf beantworten. Im Rahmen der Beratung ermittelt die bzw. der Leistungserbringende (3) den genauen Hilfsmittelbedarf. Nach Auswahl des Hilfsmittels erstellt die bzw. der Leistungserbringende - soweit erforderlich - einen Kostenvoranschlag für die Krankenkasse (4).



Danach erfolgt die Prüfung auf Leistungsanspruch der versicherten Person sowie ggf. die Eignung und Wirtschaftlichkeit des beantragten Hilfsmittels durch die Krankenkasse. Bei Bedarf bindet die Krankenkasse den medizinischen Dienst zwecks sozialmedizinischer Begutachtung ein. Je nach Komplexität des Versorgungsfalls, des Anpassungsbedarfs und der handwerklichen Arbeit muss die bzw. der Leistungserbringende mehr oder weniger Arbeitszeit für die geeignete Hilfsmittelversorgung aufwenden. Dabei müssen die notwendigen Materialien und Einzelteile zügig verfügbar sein, was angesichts möglicher Lieferkettenprobleme auch im Handwerk nicht immer

garantiert werden kann. So kann der Zeitraum bis zur Auslieferung des Hilfsmittels wenige Stunden oder sogar mehrere Wochen in Anspruch nehmen. Handwerksleistungen sind in Deutschland generell durch Fachkräftemangel belastet.

Nach einer Studie zum Fachkräftemangel im Handwerk rangieren die Handwerksberufe in der Medizin-, Reha- und Orthopädiertechnik hierbei im Vergleich weit vorne (KOFA, 2021, 5. 19).

Quelle: Hilfsmittelreport der BARMER – Institut für Gesundheitsforschung vom 30.09.25

Patientenzeitschrift für Atemwegskranke

LUFTPOST

kompetent - verständlich - patientengerecht

Die Ausgaben der Luftpost können
Sie kostenlos herunterladen:

www.sp-medien.de/Luftpost

SP Medienservice
Verlag, Druck & Werbung

Email: sp@sp-medien.de · Internet: www.sp-medien.de



Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) warnt:

Millionen Menschen sind mangelernährt – auch Ältere und Menschen mit Diabetes und Adipositas



Foto: AdobeStock / Pixel-Shot

Mangelernährung betrifft längst nicht nur untergewichtige Menschen. Besonders gefährdet sind ältere Menschen sowie Patientinnen und Patienten mit chronischen oder schweren Erkrankungen – etwa im Krankenhaus – aber auch Menschen mit Adipositas oder Typ-2-Diabetes. Das machten die Expertinnen und Experten der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in ihrer Pressekonferenz zur Malnutrition Awareness Week 2025 deutlich und stellten fest: 50.000 Todesfälle pro Jahr wären vermeidbar.

„Mit dem Älterwerden schrumpfen die körperlichen Reserven, die Verwundbarkeit nimmt zu“, erklärte Professor Dr. med. Jürgen Bauer, 2. Vizepräsident der DGEM und Ärztlicher Direktor des Geriatriischen Zentrums der Universitätsklinik Heidelberg. „Wenn Energie und Eiweiß fehlen, baut der Körper Muskelmasse

ab. Die Folgen sind gravierend: Schwäche, Stürze, Verlust der Selbstständigkeit.“ *Allein im Krankenhaus verliere ein älterer Patient innerhalb von 3 Tagen bis zu 1 Kilogramm Muskelmasse.* „Das entspricht etwa 4 Steaks – ein Bild, das man nicht vergisst“, sagte Bauer. „Und es zeigt, wie entscheidend Ernährung für Mobilität, Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter ist.“

Warnsignal Gewichtsverlust

Bauer warnte davor, *Gewichtsverlust im Alter* zu unterschätzen: „Ein Kilo weniger im Jahr wirkt harmlos – ist es aber nicht. Jede ungewollte Gewichtsabnahme im höheren Alter sollte medizinisch abgeklärt werden.“ Besonders gefährdet sind ältere Menschen mit *Appetitverlust, Depression* oder *sozialer Isolation*. Auch die *zunehmende Altersarmut* werde die Situation weiter verschärfen.

Mangelernährung auch bei Übergewicht

Wie vielfältig die Erscheinungsformen von Mangelernährung sein können, zeigte der Beitrag von Professorin Dr. Julia Szendrödi, Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG): „Bis zu 30 Prozent der Menschen mit starkem Übergewicht oder Typ-2-Diabetes weisen trotz ausreichender Kalorienzufuhr einen ausgeprägten Mikronährstoffmangel auf“, so Szendrödi. „Man erwartet das nicht – aber selbst bei Menschen mit Überernährung fehlen oft Vitamine und Spurenelemente.“

Muskeln schützen statt nur Kalorien zählen

In der Ernährungstherapie bei Typ-2-Diabetes liegt der Fokus häufig auf einer strikten Kalorien- und Kohlenhydratreduktion, während der Erhalt von Muskelmasse zu wenig berücksichtigt wird. Doch genau das kann gravierende Folgen haben: *Muskelabbau* schwächt den Körper, schränkt die Beweglichkeit ein und verschlechtert die Stoffwechselleistung. Expertinnen und Experten betonten daher, wie wichtig es ist, die *Nährstoffversorgung und gezieltes Muskeltraining* als feste Bestandteile der Diabetesbehandlung zu verankern – sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Andernfalls droht eine sogenannte Fettleibigkeit mit hohem Körperfettanteil bei gleichzeitig niedriger Muskelmasse und Muskelfunktion, also ein gleichzeitiges Auftreten von Übergewicht und Muskelschwund, die die *Insulinresistenz verschärft* und die Gebrechlichkeit fördert. „Diese paradoxe Form der Mangelernährung ist ein wachsendes Problem, das wir viel früher erkennen müssen“, so Szendrödi.

Mangelernährung ist vermeidbar, wenn die Strukturen stimmen

DGEM-Präsident Dr. med. Gert Bischoff betont die gesundheitspolitische Dimension des Problems: „Wir wissen aus großen Studien, dass durch eine *systematische Erfassung* und eine *leitliniengerechte Ernährungstherapie* jährlich über 50.000 Todesfälle verhindert werden könnten. Mangelernährung ist kein unausweichliches Schicksal – sie ist vermeidbar, wenn die Strukturen stimmen.“ Die DGEM fordert verbindliche Ernährungsteams in allen Krankenhäusern, ein flächendeckendes Screening bei Aufnahme, eine angemessene Vergütung im ambulanten Bereich sowie die konsequente Umsetzung qualitätsgesicherter Standards. „Nur wenn Ernährung als zentraler Bestandteil der medizinischen Versorgung verstanden und finanziert wird, können wir die Versorgungslücke schließen – im Interesse von Millionen Betroffenen.“

Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) vom 17.11.2025.

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

Sekretolyse

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

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

Sauerstoffversorgung

– Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

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

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

Inhalation & Atemtherapie

Nasennebenhöhlenentzündungen/Ohrenschmerzen?

- **Pureneb AEROSONIC+**

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

Kein Gaumen-Schließ-Manöver notwendig

Durch die gleichzeitige Behandlung beider Naseneingänge mittels speziellem Nasenaufsatz ist beim Pureneb kein Schließen des Gaumensegels notwendig.

Ein Gerät, viele Anwendungsmöglichkeiten – das Pureneb kann noch mehr!

Egal ob Sinusitis, Mittelohrentzündung oder Erkrankungen der unteren Atemwege (z.B. Bronchitis/COPD): **Als Kombi-Inhalationsgerät kann das Pureneb für alle Erkrankungen der Atemwege eingesetzt werden.**

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

RC-FIT Sonderpreis 79,90 € *

Finger-Pulsoxymeter OXY 310 29,95 €

*solange der Vorrat reicht

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

Pilotprojekt Telemedizinisches Fußkonsil in Bayern

Digitales Angebot verbessert Versorgung von Menschen mit Diabetes und erleichtert Abläufe in Arztpraxen



Foto: AdobeStock / gamelover

In Bayern leben 1,2 bis 1,4 Millionen Menschen mit Diabetes, etwa jeder Vierte entwickelt im weiteren Verlauf einen diabetischen Fuß (DFS). Um Folgeschäden wie Amputationen zu verhindern, sind eine frühzeitige Risikoeinschätzung und schnelle Behandlung entscheidend. In Bayern können Hausärzte, die bereits an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen, sowie Fachärzte ihre Patienten mit unklaren Hautveränderungen oder Fußproblemen bei Diabetes telemedizinisch betreuen – schnell, sicher und leitliniengerecht. Dafür stehen spezialisierte Experten zur Behandlung bereit.

Das Pilotprojekt wurde von der Deutschen Diabetes Gesellschaft e.V., dem Fußnetz Bayern e.V., dem Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V., dem Bayerischen Hausärzterverband e.V., dem Landesverband der Betriebskrankenkassen und der GWQ Service Plus GmbH initiiert. Bei Erfolg ist eine bundesweite Ausweitung geplant.

Der diabetische Fuß ist eine der schwerwiegendsten Folgen der Zuckererkrankung. Unbehandelt kann er zu schweren Infektionen oder sogar Amputationen führen. Umso wichtiger ist es, dass Fußläsionen schnell und

möglichst unkompliziert begutachtet und leitliniengerecht versorgt werden. Das in Bayern erstmals gestartete *Telemedizinische Fußkonsil* ermöglicht einen schnellen praxisübergreifenden Austausch zwischen Hausärzten sowie auf den diabetischen Fuß spezialisierten Fachärzten. Dies ermöglicht schnelle Diagnosen und Therapien. Behandelnde Arztpraxen können über eine digitale Plattform Befunde, Fotos und Informationen an Experten sicher übermitteln. Diese geben innerhalb kurzer Zeit eine Rückmeldung an die behandelnden Ärzte. Die Vergütung erfolgt über einen neuen Selektivvertrag „Telemedizinische Facharztkonsile“ nach § 140a SGB V. Arztpraxen haben so die Möglichkeit, ihre fachärztliche Expertise telemedizinisch strukturiert einzubringen – flexibel, fallbezogen und extrabudgetär vergütet.

„Entscheidend ist, dass Fachärzte, die auf den diabetischen Fuß spezialisiert sind, frühzeitig einbezogen werden, um schwerwiegende Folgen wie eine Amputation zu vermeiden. Diese richten sich nach den Diagnose- und Behandlungsstandards der internationalen Arbeitsgruppe zum diabetischen Fuß (IWGDF). Die von der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie zertifizierten Fußbehandlungseinrichtungen bieten Struktur-, Prozess- und Behandlungsqualität. Das Angebot der tele-

medizinischen Betreuung erlaubt einen besseren und vor allem schnelleren Zugang zu den multiprofessionellen Versorgungsstrukturen und erhöht die Patientensicherheit“, erklärt Dr. Michael Eckhard, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß.

Digitale Zusammenarbeit stärkt Versorgung

Das Angebot verbessert nicht nur die Versorgung von Menschen mit *unklaren Hautveränderungen* oder *diabetischen Komplikationen* qualitativ erheblich. „Das Telekonsil ist ein kleiner, präziser Schritt für die Ärzte und Behandler und ein großer für die Betroffenen von Diabetes, die mit Fußproblemen kämpfen und von Amputationen bedroht sind“, resümiert Dr. med. Arthur Grünerbel, Vorstandsvorsitzender des Fußnetzes Bayern e.V. Auch die Praxen selbst profitieren: „Auf den diabetischen Fuß spezialisierte Ärzte für eine notwendige Weiterbehandlung eigener Patienten zu finden und Termine zu koordinieren, ist für viele Hausarztpraxen mit großem Zeitaufwand verbunden. Die telemedizinische Unterstützung ermöglicht es dem Praxisteam, die Behandlung niederschwellig, professionell und ohne Verzögerungen weiterzuführen – ein Gewinn für alle Beteiligten, führt Grünerbel aus.

Wegbereiter für eine bundesweite Einführung

Das Projekt wird zunächst in Bayern erprobt – bei Erfolg soll jedoch die digitale Zusammenarbeit bundesweit ermöglicht werden, sodass Praxen und Patienten in ganz Deutschland profitieren. „Projekte wie diese helfen dabei, erste Erfahrungen zur Akzeptanz und Gestaltung aller Beteiligten zu sammeln und Erfahrungen für einen flächendeckenden Einsatz zu gewinnen. Denn nur wenn attraktive digitale Ange-

bote in den Arztpraxen angewendet und nicht als zusätzliche Belastung empfunden werden, kann die digitale Versorgung in Deutschland gelingen und damit die medizinische Versorgung auch in ländlichen Gebieten verbessert werden“, erklärt Professor Dr. med. Susanne Reger-Tan, Vorsitzende der DDG Kommission Digitalisierung. „Wir hoffen daher, dass dieses Angebot von Haus- und Facharztpraxen in Bayern zahlreich genutzt wird, um als Vorlage für eine bundesweite Etablierung zu dienen.“

Telemedizinische Behandlung des diabetischen Fußes – Vorteile auf einen Blick

- Schneller fachlicher Austausch mit Fachkollegen und -kollegen.
- Einfaches und sicheres Handling über zertifizierte Telekonsilplattformen.
- Zusätzliche Honorierung der erbrachten Leistungen – extrabudgetär.
- Wertvolle Zeitersparnis bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgungsqualität.
- Bessere Patientenversorgung, insbesondere in unterversorgten ländlichen Regionen.

Haus- und Fachärzte können sich über eine jeweils spezielle Plattform anmelden.

Quelle: Pressemeldung der Deutschen Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) vom 29.10.2025

GCE Healthcare®

- Einfache Bedienung
- Hohe Sauerstoffleistung
- Für Flugreisen geeignet
- Übersichtliches LCD-Display
- Atemzuggesteuert und Konstantflow

Zen-O™
Zen-O lite™

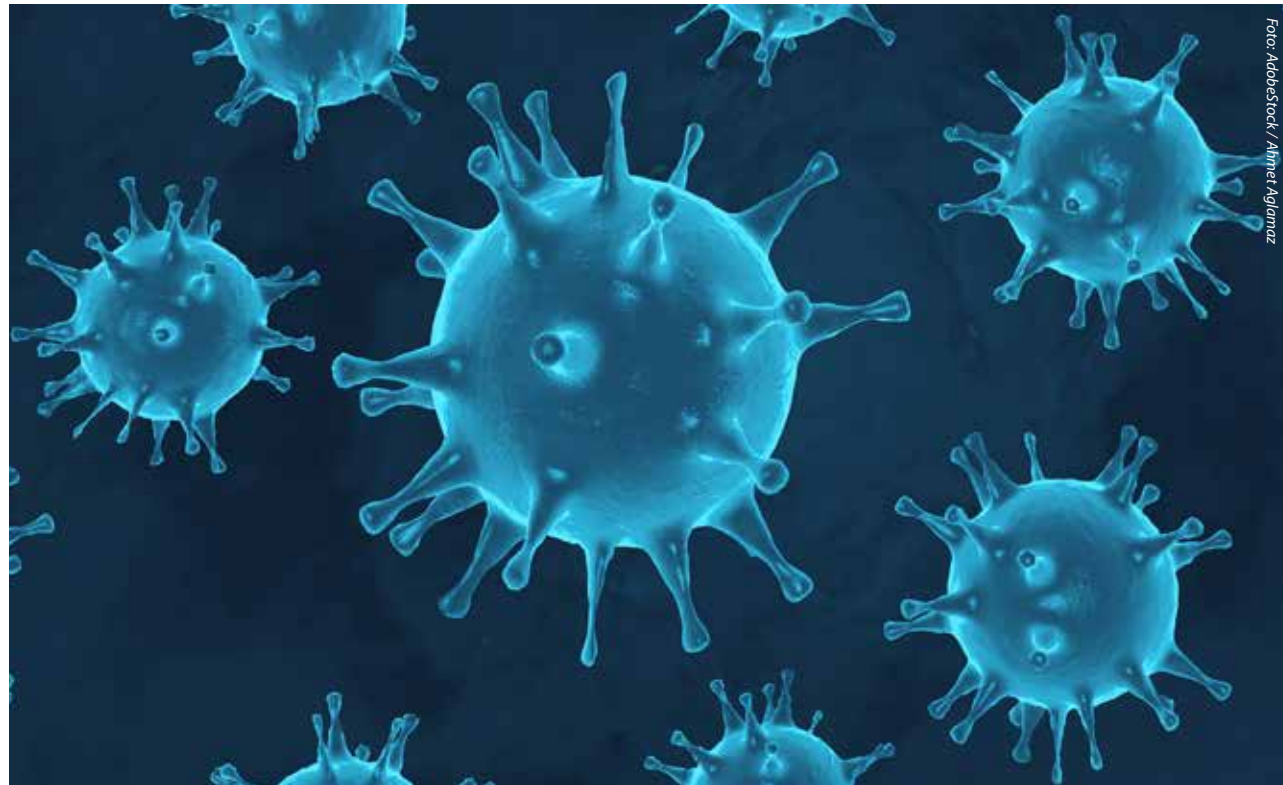
Unsere mobilen Sauerstoffkonzentratoren ermöglichen Ihnen ein aktives Leben.

GCE GmbH • Weyherer Weg 8 • 36043 Fulda • 0661/8393-42 • salesmed@gcegroup.com • www.gcegroup.com

Anzeige

Grippeviren im Vergleich

Warum manche Influenza-Erreger gefährlicher sind als andere



Schwere Infektionen mit Influenza-A-Viren sind durch eine überschießende Immunantwort, den sogenannten "Zytokinsturm", geprägt. Bisher war unklar, warum manche Virusstämme diesen "Sturm" auslösen, andere jedoch nicht. Forschende des Paul-Ehrlich-Instituts untersuchten elf verschiedene Grippeviren (Influenza-A-Virusstämme) und deren Wirkung auf unterschiedliche menschliche Immunzellen. Die Ergebnisse zeigten, dass stark ansteckende Vogelgrippeviren bestimmte Immunzellen infizieren und so zur Produktion von Typ-I-Interferon anregen. Dies könnte erklären, warum diese Viren besonders gefährlich sind. Über die Forschungsergebnisse wurde jetzt berichtet.

„Unsere Forschungsergebnisse zeigen, dass nicht nur die Immunzellen, die bisher immer im Fokus bei der Produktion von Typ-I-Interferon standen, sondern auch andere Zellen des Immunsystems ausschlaggebend dafür sein könnten, ob eine "echte" Grippe- (Influenza-)Infektion eine überschießende Antwort des Immunsystems auslöst. Dieses Wissen ist wichtig, um das Risiko gefährlicher Virusvarianten besser einschätzen zu können“, fasste Prof. Zoe Waibler, Vizepräsidentin des Paul-Ehrlich-Instituts, die Studie zusammen.

Grippeviren gehören weltweit zu den wichtigsten Erregern von Atemwegserkrankungen. Während die meisten Infektionen relativ mild verlaufen, können bestimmte Virusvarianten schwere Lungenentzündungen auslösen, die bis zum akuten Lungenversagen führen. Besonders gefährlich sind dabei hoch ansteckende Grippeviren, die häufig von Vögeln auf den Menschen überspringen und mit deutlich höheren Sterblichkeitsraten verbunden sind. Eine entscheidende Rolle spielt dabei das Immunsystem: Manche Virusstämme bringen den Körper dazu, übermäßig viele Botenstoffe – sogenannte Zytokine – auszuschütten. Kommt es zu solch einem "Zytokinsturm" schädigt die Abwehrreaktion am Ende das eigene Gewebe stärker als das Virus selbst.

Warum aber lösen manche Grippeviren solch überschießende Reaktionen aus, während andere kaum schwere Verläufe verursachen? Um dies besser zu verstehen, hat ein Forschungsteam des Paul-Ehrlich-Instituts um Dr. Martina Anzaghe, gemeinsam mit der Abteilung Virologie der Universitätsklinik Freiburg, elf verschiedene Influenza-A-Virusstämme – sowohl übliche saisonale Grippeviren als auch stark ansteckende Vogelgrippeviren – untersucht. Sie prüften, wie die Grippeviren unterschiedliche Immunzellen

infizierten und zur Ausschüttung von Botenstoffen anregten.

Ziel der Untersuchungen war es, die Mechanismen hinter milden bzw. schweren Krankheitsverläufen zu entschlüsseln und langfristig Ansätze für bessere Schutz- und Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Schlüsselrolle bestimmter Immunzellen bei schweren Grippeverläufen

Bei den Untersuchungen zeigte sich, dass bestimmte Immunzellen (sogenannte plasmazytoide dendritische Zellen), bei Grippeinfektionen große Mengen des wichtigen antiviralen Botenstoffs Interferon-α produzieren – und zwar unabhängig vom Virusstamm. Das bedeutet, dass diese Immunzellen grundsätzlich stark auf Grippeviren reagieren, ohne dass das Virus sich in ihnen vermehren muss.

Warum verursachen dann nicht alle Viren dieselbe Schwere der Erkrankung? Das Forschungsteam fand

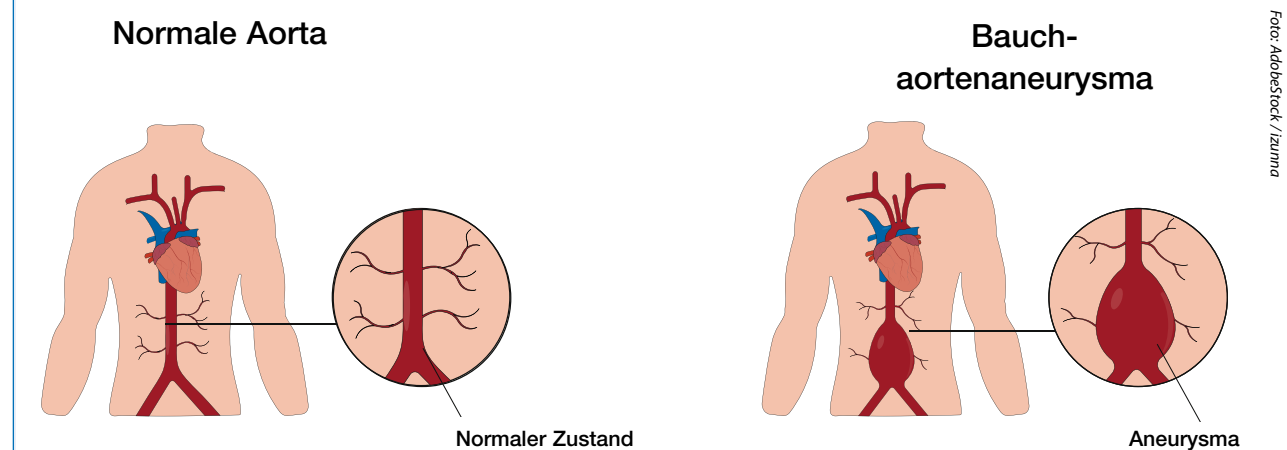
heraus, dass andere Immunzellen, wie myeloide dendritische Zellen und verschiedene Arten von Makrophagen, bei Infektionen mit stark ansteckenden Grippeviren infiziert werden und selbst große Mengen antiviraler Botenstoffe herstellen können. Die Virusvermehrung in diesen Immunzellen scheint ein wichtiger Faktor für die Produktion von Typ-I-Interferon und die Entstehung einer überschießenden Immunantwort ("Zytokinsturm") zu sein.

Diese Ergebnisse liefern damit einen Erklärungsansatz, warum manche Grippeviren so viel gefährlicher sein könnten als andere: Es ist vor allem ihre Fähigkeit, sich in bestimmten Immunzellen zu vermehren und dadurch eine extrem starke Immunreaktion auszulösen, die zu schweren Entzündungen und Gesundheitsschäden führt. Dieses Wissen kann zukünftig helfen, gezielte Therapien zu entwickeln und Risikogruppen besser zu identifizieren.

Pressemeldung: Paul-Ehrlich-Institut (PEI) vom 09.09. 2025

Bauchaortenaneurysma

(Krankhafte, ballonartige Erweiterung der großen Schlagader)



Gefäßkrankheiten gehören zu den häufigsten Gesundheitsrisiken im höheren Lebensalter. So sterben zum Beispiel jedes Jahr in Deutschland mehrere Tausend Menschen an einem geplatzten Bauchaortenaneurysma und damit an einer inneren Blutung. Viele von ihnen völlig überraschend. Dabei ließe sich die lebensbedrohliche Gefäßerweiterung einfach und frühzeitig per Ultraschall erkennen. Seit 2018 gibt es

ein gesetzliches Früherkennungsangebot für Männer ab 65 – doch dieses Angebot wird zu wenig genutzt, weil es vielen Menschen nicht bekannt ist. Und Frauen mit Risikofaktoren? Sie gehen bislang leer aus.

Quelle: Pressemeldung der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin e.V. (DEGUM) vom 17.09.2025

Organspende neu regeln

Gastroenterologie spricht sich für **Widerspruchslösung** aus



Foto: AdobeStock / Tensofpark

Rund 8.500 Menschen warten derzeit in Deutschland auf ein lebensrettendes Spenderorgan – doch für viele bleibt die Hoffnung unerfüllt¹. Besonders dramatisch ist die Lage für Patientinnen und Patienten mit akutem Leberversagen, für die es keine alternative Behandlung gibt. Die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS) fordert daher entschieden die Einführung der Widerspruchslösung, um dem akuten Organmangel entgegenzuwirken. Der Bundesrat hatte sich in seiner Sitzung am 26. September 2025 nochmals mit dem Thema befasst und auch Abgeordnete des Bundestages haben angekündigt, das Thema erneut auf die Agenda setzen zu wollen.

„Der Organmangel kostet jedes Jahr Menschenleben. Die Widerspruchslösung könnte das ändern“, sagt Dr. med. Sophia Heinrich, Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Sie ist Mitglied im Transplantationsteam und betreut dort die Patienten vor und nach der Lebertransplantation. „Wenn es mehr Spenderorgane gäbe, könnten wir vielen unserer Patienten rechtzeitig helfen – bevor ihre Erkrankung zu kritisch wird oder sie versterben. Mehr verfügbare Organe würden nicht nur die Wartezeiten verkürzen, sondern es auch ermöglichen, Patienten früher und in einem besseren gesundheitlichen Zustand zu transplantieren.“ Das verbessere die Überlebenschancen nach einer Organverpflanzung. Gleichzeitig würde

der Entscheidungsdruck für Angehörige, die in einer emotional extrem belastenden Situation nicht allein über Leben und Tod befinden müssten, sondern auch zusätzlich über eine Organentnahme, wie es bisher bei der Zustimmungslösung der Fall ist, entfallen.

Akutes Leberversagen: Jede Stunde zählt

Wie dramatisch die Situation ist, zeigt sich besonders bei akutem Leberversagen. Hier entscheidet der Zeitfaktor unmittelbar über Leben und Tod. Ohne Transplantation sterben im Stadium IV rund 80 bis 90 Prozent¹ der Betroffenen. Zwar gibt es die Möglichkeit einer sogenannten „High Urgency“-Listung – also einer priorisierten Platzierung auf der Warteliste. Doch selbst dann vergeht oft zu viel Zeit: Im Schnitt dauert es rund 72 Stunden, bis ein passendes Organ gefunden ist. In dieser Zeit sterben bis zu 30 Prozent der Erkrankten. „Es gibt derzeit keine Möglichkeit, die Leberfunktion über längere Zeit zu ersetzen – wie etwa durch die Dialyse bei unzureichender Nierenfunktion. Ohne Transplantation bleibt nur das vorzeitige Versterben“, ergänzt Professor Heiner Wedemeyer, Präsident der DGVS und Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie und Endokrinologie an der MHH. „Die Bezeichnung ‚Warteliste‘ ist hier eigentlich irreführend – es handelt sich um eine Dringlichkeitsliste. Wer zu schwer krank ist, stirbt. Wer noch nicht krank genug ist, wartet – oft zu lange.“

Internationaler Vergleich: Spanien als Vorbild

Die Organvergabe erfolgt in Deutschland nach dem MELD-Score (Model for End-stage Liver Disease), der die Schwere der Erkrankung abbildet und direkt mit der Sterblichkeit in Beziehung steht. Je höher der Punktwert, desto größer die Dringlichkeit – aber auch das Risiko, in den nächsten drei Monaten zu versterben. In Deutschland sterben mehr als 20 Prozent der gelisteten Patientinnen und Patienten auf der Warteliste²; in anderen Eurotransplant-Ländern liegt diese Rate bei rund 15 Prozent. Ein Blick nach Spanien macht deutlich, wie wirksam die Widerspruchslösung ist. Dort bringt sie kürzere Wartezeiten, weniger Todesfälle und bessere Überlebenschancen nach Transplantation.

Medizinischer Fortschritt stößt an Grenzen

Zwar gibt es Fortschritte in der Transplantationsmedizin – etwa durch maschinelle Durchblutung, mit der auch vorgeschädigte Organe genutzt werden können, oder durch verbesserte, das Immunsystem unterdrückende Medikamente. Doch diese Entwicklungen

können den massiven Mangel nicht ausgleichen. „Wir können die besten medizinischen Möglichkeiten haben – aber ohne Spenderorgane helfen sie unseren Patientinnen und Patienten nicht dauerhaft“, so Professor Wedemeyer.

Die DGVS appelliert daher an Bundestag und Bundesrat, die Widerspruchslösung auf den Weg zu bringen, denn:

- Mehr verfügbare Organe bedeuten kürzere Wartezeiten und weniger Todesfälle.
- Eine größere Anzahl an Spenderorganen verbessert die Qualität der Transplantationen und damit die Überlebenschancen.
- Angehörige werden entlastet, weil die Entscheidung zur Organspende bereits erklärt wurde.

„Wir brauchen ein klares Ja zur Widerspruchslösung“, sagt Professor Dr. med. Birgit Terjung, Mediensprecherin der DGVS aus Bonn. „Das würde nicht nur die Situation unserer Patienten nachhaltig verbessern, sondern auch für uns behandelnde Ärzte eine große Entlastung bedeuten. Es ist zutiefst unbefriedigend, wenn man alles Menschenmögliche tut – und dennoch Patienten verliert, weil kein Organ zur Verfügung steht.“

Quelle:

Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS) vom 24.09.2025

Literatur:

1. Deutsche Stiftung Organtransplantation. (2024). Jahresbericht 2024. DSO-Jahresbericht 2024.pdf
2. Eurotransplant. (2023). Annual report 2023. ETP_AR2023_LowRes.pdf

Über 1 Milliarde Abfallteile jährlich durch die Diabetestherapie:

Wie die Umwelt durch wenige Maßnahmen geschont werden kann



Foto: AdobeStock / Jelena Stanjko

Moderne Diabetestechnologien und Hilfsmittel wie Insulinpens, Sensoren und Insulinpumpen verbessern die Diabetestherapie zum Wohle der Betroffenen. Gleichzeitig erzeugen diese Hilfsmittel aber auch enorme Mengen an Abfall. So entstehen allein in Deutschland aktuellen Schätzungen zufolge jährlich rund 1,2 Milliarden Abfallteile. Studien zeigen jedoch: Nachhaltige Lösungen können Müll reduzieren und gleichzeitig Kosten sparen. Der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e. V. (VDBD) thematisierte dieses wachsende Problem in der Diabetesversorgung in einer Fortbildungsveranstaltung am 18. Oktober 2025 in Essen. Damit wollte der Verband das Bewusstsein für ressourcenschonende Möglichkeiten schärfen – bei Gesundheitsfachkräften und Ärzten, aber auch Betroffenen von Diabetes selbst.

In einer deutschen Praxisstudie sammelten 80 Diabetiker in nur drei Monaten über 23.000 Einzelteile an Therapieabfällen, darunter Teststreifen, Nadeln, Sensoren und Pens. Hochgerechnet auf alle behandelten Diabetiker in Deutschland ergibt das jährlich über 1 Milliarde Teile bundesweit. Ähnlich alarmierende Zahlen kommen aus den USA: Dort verursacht die Therapie mit einer Insulinpumpe durchschnittlich 1,2 Kilogramm Müll pro Monat – bei Mehrfachinjektionen sind es sogar 1,4 Kilogramm. Die Diabetes-therapie trägt damit zu etwa 2 Prozent des gesamten Haushaltsmülls bei, folgern die Studienautoren. „Die Zahlen verdeutlichen: Wir brauchen *dringend nachhaltigere Lösungen* – sowohl auf Herstellerseite als auch in den Praxen“, betonte Theresia Schoppe, stellvertretende Vorsitzende des VDBD und Diabetesberaterin, aus Warstein. „Die Untersuchungen zeigten eindrucksvoll, wie groß der Müllberg einer

Diabetestherapie tatsächlich ist – das hat auch viele Menschen mit Diabetes und Praxisteams, die unsere Untersuchung unterstützten, überrascht“, ergänzte Privatdozent Dr. med. Sebastian Petry, Mitautor der deutschen Praxisstudie und Oberarzt am Universitätsklinikum in Gießen.

Die beiden Experten setzen sich in der Arbeitsgemeinschaft „Diabetes, Umwelt & Klima“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) dafür ein, nachhaltigere Lösungen in der täglichen Arbeit für Menschen mit Diabetes zu finden.

Wiederverwendbare Systeme sparen Plastik und Kosten

Ein Ansatz, um Müll zu reduzieren, sind mehrfach verwendbare Insulinpens. Eine britische Untersuchung zeigte, dass ihr Einsatz bis zu 95 Prozent des bei der Diabetestherapie entstehenden Plastikmülls einsparen und gleichzeitig die Behandlungskosten senken kann. Gerade moderne Systeme wie kontinuierliche Glukosemessgeräte (CGM) oder Insulinpumpen lassen den Abfallberg durch häufigen Wechsel zusätzlich wachsen. „Für Menschen mit Diabetes und ihre Behandlungsteams gibt es bislang kaum Spielraum, bei Pens auf Nachhaltigkeit zu achten. Wo medizinisch möglich, könnten wiederverwendbare Pens die Abfallmengen senken. Auch Einweg-Pens verursachen weniger Abfall, wenn sie größere Füllmengen oder höhere Insulinkonzentrationen enthalten, langwirksame Insuline mit längeren Dosierungsintervallen eingesetzt werden oder die Pens langlebiger sind“, regte Petry an. „Es geht nicht darum, Menschen mit Diabetes zu verteuern und ihnen Umweltverschmutzung vorzuwerfen – moderne Hilfsmittel sind unverzichtbarer Bestandteil der alltäglichen Diabetesbehandlung“, betonte Petry. Es sollten vielmehr mit allen an der Diabetesversorgung Beteiligten Lösungen und Wege gefunden werden, die Therapie nachhaltiger zu gestalten und so langfristig zu sichern.

Jeder kann etwas tun:

Kleine Schritte mit großer Wirkung

Medizinische Einrichtungen sowie Menschen mit Diabetes können im Alltag die Umwelt mit einfachen Maßnahmen noch mehr schonen: „Beispielsweise lassen sich *Verpackungsmaterialien* bewusst trennen oder *Elektronikkomponenten* wie Sensoren über Sammelstellen zurückgeben“, betonte Schoppe.

Tipps zur richtigen Entsorgung:

- **Pen-Nadeln, Lanzetten & Spritzen:** In einem stichfesten Abwurfbehälter sammeln, verschließen und über den Hausmüll entsorgen.
- **Fertig-Pens & Insulinampullen:** Leere Pens in den Hausmüll, sofern keine Recyclingprogramme bestehen. Abgelaufene Medikamente z.B. in Apotheken abgeben, alternativ ebenfalls über den Hausmüll entsorgen.
- **Glukosesensoren & Patchpumpen:** Diese zählen zum Elektroschrott und gehören an Wertstoffhöfe oder Sammelstellen, nicht in den Hausmüll.
- **Verpackungen:** Nach Möglichkeit trennen – Papier vom Kunststoff abziehen und getrennt entsorgen.

Politik in der Verantwortung

„Für eine umweltschonende Müllvermeidung und -entsorgung braucht es mehr als das individuelle Engagement“, so Schoppe. Die Politik ist gefordert klare Rahmenbedingungen zu setzen: gemeinsame Recyclingprogramme, Anreize für Hersteller zum „Eco-Design“ sowie eine bessere Aufklärung der Patienten mit Diabetes und ihrem sozialem Umfeld in den Praxen.

VDBD-Veranstaltung „Nachhaltig gut beraten“

Um Praxisteams konkrete Wege für ressourcenschonendes Handeln aufzuzeigen, organisierte der VDBD die Fortbildungsveranstaltung „Nachhaltig gut beraten“. Sie fand am 18. Oktober 2025 in Essen statt und bot Keynotes, Workshops und praxisnahe Tipps rund um einen Klima- und Gesundheitsschutz.

Quelle: Pressemeldung der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e. V. (VDBD) vom 15.09.2025

Weitere Infos:

- www.arzneimittelentsorgung.de
- Empfehlungen der DDG AG „Diabetes, Umwelt und Klima“ zur Entsorgung von Diabetesmedikamenten und Hilfsmitteln

Prävention der Altersblindheit

Mittelmeer-Kost (mediterran) verlangsamt Netzhauterkrankungen



Entscheidungen zum persönlichen Lebensstil haben einen erheblichen Einfluss auf die Augengesundheit und damit auch auf das Risiko, im Alter zu erblinden. Neben körperlicher Aktivität spielt vor allem die Ernährung eine Schlüsselrolle – eine mediterrane Kost kann das Fortschreiten häufiger mit dem Alter zunehmender Augenerkrankungen wie der altersabhängigen Makuladegeneration (AMD), des Grünen Stars (Glaukom) und der diabetischen Retinopathie nachweislich verlangsamen. Insgesamt sind von diesen Erkrankungen in Deutschland mehr als 15 Millionen Menschen betroffen. Worauf es beim Speiseplan ankommt, erläuterte ein Experte der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e.V. (DOG) am 18. September auf der Pressekonferenz zum diesjährigen Kongress.

„Wir wissen heute, dass die richtige Ernährungsweise nicht nur das Herz-Kreislauf-System, sondern auch die Netzhaut des Auges schützen kann“, betonte Professor Robert Patrick Finger, Direktor der Augenklinik am Universitätsklinikum Mannheim. Während sich die

Forschung bisher häufig auf einzelne Lebensmittel oder Nährstoffe konzentrierte, lässt das Gesamtbild aller Studien inzwischen eine klare Aussage zu: Vor allem eine ausgewogene, Mittelmeer-Ernährungsform (mediterran) hat positive Auswirkungen. Dazu gehören unter anderem reichlich *grünes Blattgemüse, Obst, Fisch, Olivenöl und Nüsse* – in Kombination mit einer insgesamt *kalorienbewussten Lebensweise*.

Mediterrane Kost bremst altersabhängigen Makuladegeneration (AMD)

Die AMD ist eine der häufigsten Ursachen für Erblindung im Alter. Es konnte wissenschaftlich belegt werden, dass mit zunehmenden Alter die Ernährung ein beeinflussbarer Risikofaktor ist. „Patientinnen und Patienten, die sich mediterran ernähren, haben ein geringeres Risiko, an AMD zu erkranken oder von einer frühen Form in ein Spätstadium überzugehen“, berichtete Finger. Zusätzlich belegte eine große Untersuchung zu altersbezogene Augenerkrankungen, dass einzelne Nährstoffe wie Lutein, Zink oder Omega-3-Fettsäuren das Fortschreiten dieser Erkrankung in bestimmten Fällen bremsen kann.

„Präparate mit diesen Inhaltsstoffen sind aber kein Ersatz für eine gesunde Ernährung, sondern allenfalls eine sinnvolle Ergänzung für Patienten im mittleren Stadium dieser Erkrankung“, so der Experte.

Grüner Star: Verzicht auf Alkohol und Fertigprodukte

Der Grüne Star (Glaukom) ist die zweithäufigste Erblindungsursache in Deutschland. Die *Senkung des Augeninnendrucks* ist der erste Behandlungsansatz. Doch auch hier scheint Ernährung eine unterstützende Rolle zu spielen. „Besonders grünblättriges Gemüse, Omega-3-Fettsäuren und generell eine mediterrane Ernährungsweise sowie der *Verzicht auf Alkohol und hochverarbeitete Lebensmittel* scheinen das Erkrankungsrisiko zu verringern und das Vorschreiten zu verzögern“, berichtete Prof. Finger. Interessant sei zudem, dass bestimmte Vitamine und Spurenelemente – etwa Vitamin A oder Vitamin B3 – vorbeugend wirken könnten. „Hierzu laufen derzeit klinische Studien“, erklärte Professor Finger.

Frühe Ernährungsumstellung schützt die Netzhaut

Die *Schädigung der Augennetzhaut* (Diabetische Retinopathie) ist oft Folge einer Zuckererkrankung.

Hier gehört die Ernährung schon lange zum festen Bestandteil der Behandlung. „Neuere Studien zeigen, dass eine mediterrane Kost mit viel Obst, Gemüse und Fisch sowie eine verringerte Kalorienaufnahme tatsächlich das Entstehen und Fortschreiten der Netzhauterkrankung verlangsamen kann“, sagte der Augenarzt. Besonders entscheidend sei dabei eine *frühzeitige Ernährungsumstellung*. „Wer von Anfang an konsequent auf eine gesunde Ernährung achtet, tut seiner Netzhaut damit den größten Gefallen“.

Über Lebensstil stärker aufklären

Bei der altersabhängigen Makuladegeneration (AMD), dem Grünen Star (Glaukom) oder der Schädigung der Netzhaut (diabetische Retinopathie) hat gesunde Ernährung – ebenso wie regelmäßige Bewegung – in allen Fällen einen positiven Einfluss auf eine bleibende Augengesundheit. „Als Ärzte sollten wir Hinweise auf einen gesunden Lebensstil künftig stärker in unsere Beratung einbinden“, so Prof. Finger. Eine mediterrane Kost könne dabei nicht nur die Augen schützen, sondern insgesamt zur Vorbeugung vor dem Alter zunehmender Augenerkrankungen beitragen.

Quelle: Pressemeldung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e.V. (DOG) vom 18.09.2025

Anzeige



SP Medienservice

Verlag, Druck & Werbung

Wir sind als Verlag und Werbeagentur tätig und haben uns auf die Produktion und Refanzierung von Mitglieder- und Verbandszeitschriften spezialisiert.

Wir übernehmen modular oder vollständig die Realisierung Ihres Magazins – von Design, Druckproduktion, Direkt-Versand und Refanzierung über Anzeigen bis hin zu Rechnungsstellung und Mahnwesen.

Bitte sprechen Sie uns an, damit wir Sie beraten können, wie wir Ihr individuelles Projekt gemeinsam realisieren.

Ansprechpartner: Sascha Piprek
Reinhold-Sonnek-Str. 12 · 51147 Köln · Tel.: 02203 / 980 40 31
Email: sp@sp-medien.de · Internet: www.sp-medien.de



Der Bundesverband der Asbestose Selbsthilfegruppen e.V.



Asbestfasern

Der Bundesverband der Asbestose Selbsthilfegruppen besteht aus einem Zusammenschluss seiner Landes-, Regional- und Ortsverbände, sowie sonstiger Mitglieder. Er versteht sich als Netzwerk, das dem Gedanken- und Erfahrungsaustausch zwischen Erkrankten und Angehörigen dient. Wir sind eine Interessengemeinschaft von Menschen, die mit dem Schadstoff Asbest beruflich zu tun hatten und meist auch an einer Asbesterkrankung leiden.

Asbest

Asbest ist eine natürlich vorkommende Mineralfaser, die in Gestein und im Boden vorkommt. Das Bild zeigt Tremolit, eine Variante des Minerals. Es gibt sechs Hauptarten von Asbest: Krokydolith, Tremolit, Amosit, Anthophyllit, Chrysotil und Aktinolith, die alle krebserregend sein können.

ASBESTOS = unauslöschlich, ewig

Die Verwendung von Asbest reicht Jahrtausende zurück. In Schutt aus der Steinzeit vor etwa 750.000 Jahren wurden Asbestfasern entdeckt. Die Körper der Pharaonen wurden in Asbesttücher eingewickelt, um sie vor dem Verfall zu schützen. Steingutgefäße und Steingeräte aus der Zeit um 2500 v. Chr. wurden mit Anthophyllit verstärkt. Die langen haarähnlichen Fasern des Asbests wurden von den Römern als Dochte in Lampen und Kerzen verwendet. Die alten Griechen wussten nichts von der Gefahr des faserförmigen Materials, das sie zu einem Garn und dann zu Geweben verarbeiteten, um sich damit gegen Hitze und Feuer zu schützen. Sie wussten, dass es unauslöschlich ist und nannten es deshalb auch so.

Faser der tausend Möglichkeiten

Die außergewöhnlich guten physikalischen und chemischen Eigenschaften der langlebigen Faser nutzte auch die Industrie: Seit über 120 Jahren kamen einige Millionen Tonnen Asbest in über 3.500 Anwendungsbereichen zum Einsatz. Beispielsweise in der Bauindustrie für Fassaden, Dachabdeckungen, Brandschutz und Wärmeisolierungen aber auch in Dichtungen, Bremsbelägen, Textilien, Gummis und Kunststoffen. Auch in PVC-Böden, Fliesenklebern, Spachtel- und Fugenmassen, in Elektrogeräten und Elektroleitungen war Asbest enthalten.

Asbest, die tückische Faser

Das Fatale am Asbest ist, dass er sich in immer kleinere Fasern aufspalten kann, bis hin zum unsichtbar feinen Staub, der in der Luft schwebt. Wird dieser Staub eingeatmet, lagert er sich in den Lungenbläschen ab. Die winzigen Fasern durchstoßen, reizen und zerstören schließlich das Gewebe. Es vernarbt und verhärtet. Diese „Asbestose“ kann unter anderem der Ausgangspunkt für Krebserkrankungen sein. Überall, wo die Fasern hingelangen, richten sie Unheil an! (siehe oben)

Späte Einsicht: Das Verbot

Bereits in den dreißiger Jahren wurde die Asbeststaub-Lunge (Asbestose) als Berufskrankheit anerkannt. Doch erst 1990 wurde Asbest in die höchste Gefährdungsgruppe krebserzeugender Stoffe aufgenommen. Im Jahr 1993 wurden in Deutschland Import, Herstellung und Verarbeitung von Asbestprodukten verboten. In der EU gilt dieses umfassende Verbot seit 2005.

Achtung: Von Altlasten gehen weitere Gefahren aus!

Aktuell sind noch immer ca. 35 Millionen Tonnen asbesthaltiges Material verbaut. Das bedeutet, dass bei Abbruch-, Sanierungs- und Instandhaltungsarbeiten von Anlagen und Gebäuden große Mengen von Asbestfasern und -staub nach wie vor freigesetzt werden können. Dabei wird auch im privaten Bereich oft unwissend und auch leichtfertig mit Asbestprodukten und dem gefährlichen Asbestfaserstaub umgegangen. Schutzmaßnahmen für Gefahrstoffe gemäß Gefahrstoffverordnung sind einzuhalten! Technische Regeln für Gefahrstoffe Asbest: TRGS 519, TRGS 517

Asbesterkrankungen - die Faser als Zeitbombe

Es können bis zu 5 Jahrzehnte vergehen, bis die Faser ihre tückische Wirkung zeigt. Die Folge ist dann nicht nur eine Einschränkung des Atemvolumens. Es kann auch zu Krebs oder bösartigen Tumoren in der Lunge, an Rippen-, Bauchfell, an Herzbeutel, Kehlkopf, Eierstock oder der Hodenhülle kommen.

Doch Achtung! Die Erkrankungen werden oftmals nicht rechtzeitig erkannt und die Beschwerden teilweise leider auf andere Ursachen zurückgeführt.

Asbestbedingte Berufserkrankungen

... sind durch die Betriebsärzte, behandelnden Ärzte und Krankenkassen meldepflichtig! Diese werden in vier Berufskrankheiten (BK) eingeteilt:

- BK 4103** Asbestose, Lungenfibrose, Pleuraerkrankung
- BK 4104** Lungenkrebs, Kehlkopf- und Eierstockkrebs
- BK 4105** Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells des Perikards (Herzbeutel) oder der Hodenhülle
- BK 4114** Lungenkrebs durch Asbest und PAK

Vorsorge - die erfolgreichste Handlung

Wer weiß oder glaubt – oder nur den Verdacht hat – betroffen zu sein, sollte sich deshalb frühzeitig und auch in regelmäßigen Abständen einer ärztlichen Vorsorgeuntersuchung unterziehen. Der Lungenfacharzt kann diese Asbesterkrankungen mittels Röntgen- und Computer-Tomographie (CT)- Aufnahmen, Lungenfunktions-test feststellen. Von den Unfallversicherungsträgern wird diese Vorsorge durch die „Zentrale Erfassungsstelle für asbeststaubexponierte Arbeitnehmer GVS“ organisiert.

Für die Anerkennung

wird ein formloser Antrag an die Berufsgenossenschaft (BG) gestellt. Nach Anerkennung als Berufskrankheit besteht ggf. Anspruch auf Heilbehandlung, Rehabilitation und Rente, je nach Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE).

Hochrisiko-Berufsgruppen wie z.B.:

- Aufzugsmonteur, -Servicetechniker
- Bau-, Betriebs- und Maschinenschlosser
- Bergleute
- Chemiebetriebswerker
- Dachdecker, Klempner, Spengler
- Eisen-, Metallerzeuger, Schmelzer
- Elektroinstallateur, -monteur
- Energiemaschinisten, Heizer
- Entsorger, Sanierer
- Feinblechner
- Former, Kernmacher
- Formstein-, Betonhersteller
- Gummihersteller, -verarbeiter
- Halbzeugputzer, sonstige Formgießerberufe
- Heizungs-, Lüftungs-, Ofenbauer
- Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe
- Isolierer, Abdichter
- Kfz-Mechaniker, -Servicetechniker
- Kraftwerker, Kraftwerksmonteur, -Servicer
- Kunststoffverarbeiter
- Lager-, Transportarbeiter
- Maler, Lackierer (Ausbau)
- Maschinenwärter, Maschinisten
- Maurer, Verputzer, Fuger, Fliesenleger
- Medizinisches Personal
- Rohrinstallateure, Gas-, Wasserinstallateure
- Rohrnetzbauer, Rohrschlosser
- Schweißer, Brennschneider
- Textilbeschäftigte, Textilreiniger, Näher
- Stahlbauschlosser, Eisenschiffbauer
- Tischler, Zimmerer

Leiharbeitnehmer haben an unbekannten, wechselnden Arbeitsplätzen häufig ein größeres Risiko. Auch Angehörige, die z.B. Kontakt mit der Berufskleidung hatten (waschen), können von Asbesterkrankungen betroffen sein. Sie werden von der Berufsgenossenschaft (BG) jedoch nicht als Schadensfall anerkannt.



Asbestose Selbsthilfegruppe

Bundesverband der Asbestose Selbsthilfegruppen e.V.
Tel. 0176 280 65 744 von 10 – 18 Uhr
Tel. 0176 688 71 733 von 15 – 19 Uhr
betroffene@asbesterkrankungen.de
www.asbesterkrankungen.de

Buchtipp:

Katalin Karikó

Durchbruch – Mein Leben für die Forschung

Die inspirierenden Memoiren von Katalin Karikó, Nobelpreisträgerin für Physiologie oder Medizin 2023. Ihre jahrzehntelange mRNA-Forschung führte zu den COVID-19-Impfstoffen und gibt Hoffnung für künftige Wirkstoffe gegen Krebs.

Katalin Karikó hat eine ungewöhnliche Lebensreise hinter sich. Als Tochter eines Metzgers im kommunistischen Ungarn der Nachkriegszeit wuchs sie in einem Lehmhaus ohne fließendes Wasser auf. Sie sah die Wunder der Natur überall um sich herum und war bald fest entschlossen, Wissenschaftlerin zu werden. Diese Entschlossenheit brachte sie schließlich in die Vereinigten Staaten, wo sie 1985 mit 1.200 Dollar, die sie in den Teddybär ihrer Tochter eingenäht hatte, und dem Traum, die Medizin zu revolutionieren, ankam. Karikós drei Jahrzehnte währende Erforschung der mRNA führte zu einem überwältigenden Erfolg: Impfstoffe, die Millionen von Menschen vor den schlimmsten Folgen von COVID-19 schützten. »Durchbruch« ist nicht nur die Geschichte einer außergewöhnlichen Frau. Es ist auch eine Anklage an engstirniges Denken und ein Zeugnis für das Engagement einer Frau in einer von Prestige, Macht und Privilegien geprägten Männerwelt.



Hardcover, mit Schutzumschlag, 352 Seiten, Originaltitel: *Breaking Through*, Verlag: btb, ISBN: 978-3-442-76286-6, 24,00 Euro



Katalin Karikó schreibt ehrlich und kompromisslos, ihrer Wesensart entsprechend. Das liest sich spannend und emotional zugleich. Ein Buch, in dem jede Seite das Lesen lohnt. *Michael Lange, Deutschlandfunk Kultur*

„In einer packenden Biografie schildert die Impfpionierin Katalin Karikó ihren steinigen Weg auf den Olymp der Wissenschaft. Selten ist das so packend und lebendig erzählt worden.“ *Ulla Fölsing, F.A.Z.*

„Die Geschichte von Katalin Karikó inspiriert. Jeder, der jemals daran gezweifelt hat, dass Wissenschaft, Innovation und Beharrlichkeit die Welt verändern können, sollte dieses Buch lesen.“ *Bill Gates*

Katalin Karikó,

geboren 1955 in Szolnok, ist eine ungarisch-US-amerikanische Biochemikerin. Der Schwerpunkt ihrer Forschung liegt auf der RNA-vermittelten Immunaktivierung. Gemeinsam mit dem amerikanischen Immunologen Drew Weissman entdeckte sie die Möglichkeit, durch Nukleosid-Modifikation die Immunogenität von RNA zu unterdrücken. Diese Technologie ermöglicht die therapeutische Nutzung von mRNA und bildete die Grundlage für die Entwicklung mRNA-basierter COVID-19-Impfstoffe. Am 2. Oktober 2023 wurden ihr und Drew Weissman dafür der Nobelpreis für Physiologie oder Medizin verliehen.

Initiative von GERTY NUSS

Wir fordern einen neuen Umgang mit Alkohol in Deutschland

Millionen persönliche Negativerfahrungen mit Alkoholkonsum werden aus falscher Scham verschwiegen

Aufgrund der kulturellen Normalisierung von Alkohol als unbedenkliches Alltagsgetränk, war es mir lange nicht möglich, die gesundheitlichen Risiken von Alkohol für mich persönlich zu verstehen und die Erkrankung meiner Mutter angemessen als Angehörige zu begreifen. Ich war über 40 Jahre lang nicht in der Lage, einen respektvollen Umgang mit Alkoholabhängigkeit und entsprechende Hilfsangebote als Mitbetroffene und Betroffene zu finden. *Alkoholwerbung*, die auf Genuss und Zugehörigkeit abzielt, verletzt die Selbstwertgefühle einer jeden Person, die es alkoholfrei nicht schafft, sich selbst emotional zu regulieren, Stress abzubauen oder sich mit anderen Menschen nüchtern richtig gut zu fühlen.

Menschen, die durch Alkoholkonsum leiden, beziehen die Ursache mehr auf sich selbst oder andere Personen, als sie der schädlichen Wirkung von Alkohol zuschreiben zu können. Zu dieser *kommerziellen Manipulation* unserer psychologischen Grundbedürfnisse und Selbstwertgefühle wird uns eine wissenschaftlich weltweit fundierte Aufklärung über die medizinischen, gesundheitlichen, sozialen und damit volkswirtschaftlichen Schäden, die Alkohol mit 57 Milliarden Euro jährlich in Deutschland verursacht, vorenthalten.

Es braucht eine neue Gesetzgebung zum Umgang mit Alkohol

Alkohol ist ein *bekannter Krankheitsverursacher* für über 200 Erkrankungen und korreliert besonders stark bereits in geringen Mengen mit *Brustkrebs* und bei regelmäßigem Konsum mit *Depression*. Auch auf das Demenzrisiko und Verlauf hat Alkoholkonsum Auswirkungen. Alkohol ist die Droge, die weltweit am meisten gesundheitliche Schäden am Menschen verrichtet und am meisten Gewalttaten, Unfälle und Todesfälle verursacht. Alkoholbedingte Erkrankungen haben ein unermessliches soziales Ausmaß und sind durch gesetzliche und kommunikative Neuregelungen effektiv vermeidbar. Wie andere Ländermodelle mit aktiver Alkoholgesetzgebung bereits zeigen. Wissenschaftliche Analysen zeigen, dass der Hauptumsatz der Alkoholindustrie mit riskantem und suchtbedingtem Konsum generiert wird.

Das kulturell und kommerziell (auch durch Steuermittel) angeregte Überangebot alkoholhaltiger Produkte an

öffentlichen Orten, bei öffentlichen Angeboten und Veranstaltungen in Deutschland steht im Widerspruch zum volkswirtschaftlichen Schaden, den Alkohol weltweit verursacht. *Weltweit sterben jährlich 2,6 Millionen Menschen an den Folgen von Alkoholkonsum. In Deutschland jährlich ca. 75.000 Menschen.*

Jedes 5. Kind leidet in Deutschland unter einer suchtbelasteten Bezugsperson. Kinder, die in suchtbelasteten Familien heranwachsen, sind mit starker Selbststigmatisierung und oft weiteren emotionalen, psychischen und körperlichen Belastungen konfrontiert, bei der fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD) bereits durch vermeidbare Schädigungen vor Geburt. Wir fordern den Bundestag auf, Alkohol nicht mehr als unbedenkliches Wirtschaftsprodukt oder Kulturgut zu definieren.

Es braucht ein **Alkoholgesetz**, um ein **neues Bewusstsein in der Bevölkerung** wie bei der Regelung für Tabakwaren, auch für Alkoholkonsum zu schärfen. Nur wenn Menschen alle Informationen über Alkohol und Alkoholkonsum haben, können sie präventiv individuell richtige Entscheidungen für sich treffen. Das *Geschäft mit der Sucht* verschärft sich transgenerational wegen des Stigmas und der Sprachlosigkeit bei Menschen, die trotz Alkoholproblemen weiter konsumieren.

In der Form, wie Alkohol normativ in Politik- und Wirtschaftskreisen sowie in unserer privaten und öffentlichen Gemeinschaft kultiviert und gesellschaftlich ritualisiert konsumiert wird, stellt Alkohol ein noch zu großes soziales und gesundheitliches Risiko für die Allgemeinbevölkerung und insbesondere für Familien und Kinder dar. Eine *neue Gesetzesgrundlage* ermächtigt zudem weitere wichtige Institutionen wie den Deutschen Werberrat, auch die kommerziellen Regelungen zur Kommunikation für alkoholhaltige Produkte zu überarbeiten. Besonders Präventionsarbeit profitiert von einer öffentlichen Haltung und achtsamen Umgebung gegenüber Alkohol als Zellgift und Droge.

Bitte schließen Sie sich uns an und unterschreiben Sie diese Petition, um einen bedeutsamen gesellschaftlichen Wandel zu initiieren und zukünftige Generationen vor den verheerenden Folgen von Alkoholkonsum zu bewahren. Ihre Unterstützung könnte den Unterschied machen.

Zur Petition: <https://c.org/snvCVfQwXd>

Die „Luftpost - Patientenzeitschrift für Atemwegskranke“ im 33. Jahrgang

unterstützt durch

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

Herausgeber und Copyright:

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

Redaktionsleitung und Druckfreigabe:

Dr. med. Michael Köhler (V.i.S.d.P.)

Copyright:

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

Bildnachweise:

Titelbild: AdobeStock / detailblick-foto
Alle Bilder von den Autoren, wenn nicht anders angegeben

Anzeigenvertrieb, Layout und Druck:

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

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

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

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

Einzelpreis pro Heft:

Deutschland 4,50 Euro
Ausland 8,00 Euro

kompetent · verständlich · patientengerecht

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

Eine Shisha ist eine Wasserpfeife, in der meist aromatisierter Tabak geraucht wird.

Eine 20- bis 30-minütige Seance Shisharauchen entspricht 10 bis 20 (gerauchten) Zigaretten.

Mehr dazu im Flyer.



Im Flyer "Shisha" wird das Prinzip einer Wasserpfeife erklärt. Der wassergekühlte Rauch lässt leichter inhalieren. Die Nikotinaufnahme ist dabei deutlich höher als bei Zigarettenkonsum.

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

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





Zeit, Deine **Asthma-Therapie** aufzupolieren?

**Dauernd Kortisontabletten zu nehmen,
ist von gestern. Es gibt moderne Alternativen!**

Sprich mit Deinem Arzt oder Deiner Ärztin! Und mit dem kostenlosen
Online-Selbsttest erfährst Du, wie gut Dein Asthma unter Kontrolle ist.



**ZUM
SELBST-
TEST**

 MIT
ASTHMA
LEBEN

AstraZeneca 