

Bewegung tut gut. Das sagen nicht nur Gesundheitsexperten. Auch Millionen von Laien sind von dieser Botschaft überzeugt. Das Problem: Wie gelingt es, den inneren Schweinehund zu überwinden und sich regelmäßig der sportlichen Herausforderung zu stellen? SEITEN 14 UND 15

# ÄrzteZeitung



DIE AKTUELLE ZEITUNG VON SPRINGER MEDIZIN

FREITAG/SAMSTAG, 1./2. JUNI 2018 • PVST 8877 NR. 60-103D JAHRGANG 37

## Antibiotika-Verschwendung fördert Resistenzen in Europa

In Griechenland werden pro Kopf dreimal so viele Antibiotika verbraucht wie in den Niederlanden. Und in Deutschland geht der Antibiotika-Verbrauch seit Jahren nicht zurück, so die EU-Behörde ECDC.

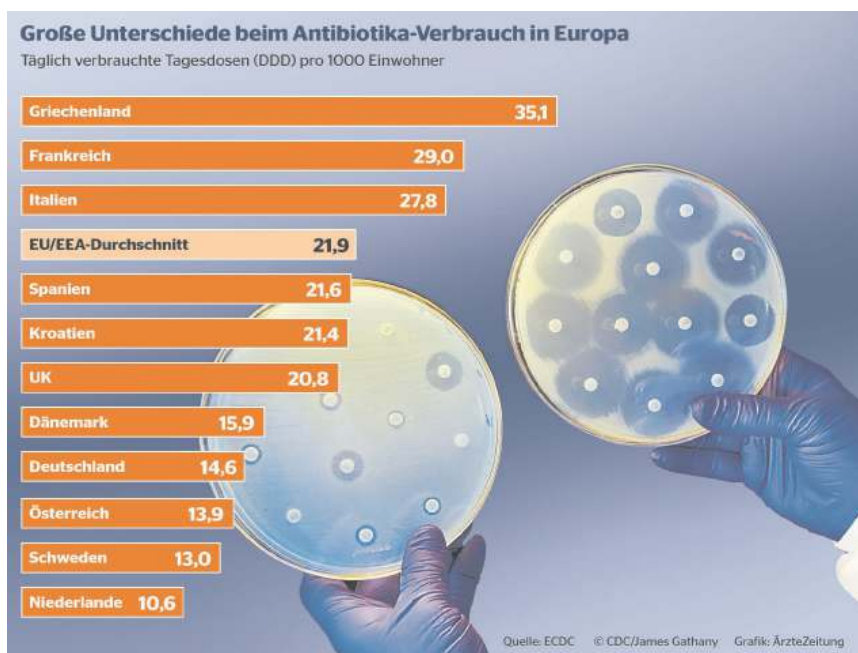
Von Wolfgang Geissel

**Stockholm.** Ungezielter Einsatz von Antibiotika ist einer der Hauptgründe für die Entstehung und Verbreitung resistenter Krankheitserreger. Sowohl die WHO als auch die EU-Kommission haben daher kürzlich Aktionspläne gegen die Entwicklung resistenter Bakterien gestartet. Im Kern zielen diese Pläne auf einen möglichst sparsamen und gezielten Gebrauch der Antinfektiva ab.

Dass es hier noch viel zu tun gibt, zeigen die großen Unterschiede im Verbrauch von Antibiotika in den einzelnen europäischen Ländern, wie in einem aktuellen Bericht des „European Centre for Disease Prevention and Control“ (ECDC) erneut belegt wird.

Das „European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network“ (ESAC-Net) hat in dem Bericht den Gebrauch der Antinfektiva in 30 EU/EEA-Ländern verglichen. Nach der Analyse der Verordnungen von niedergelassenen Ärzten (primary care) und in Kliniken liegt Deutschland bei der Nutzung auf Platz sieben. Deutschland gehört damit weiter zu den Ländern in Europa mit den wenigsten Antibiotika-Verordnungen. So wurden 2014 bei uns täglich 14,6 definierte Tagesdosen (DDD) pro 1000 Einwohner eingesetzt und damit deutlich weniger als im europäischen Durchschnitt (21,9 DDD/1000).

Allerdings: Spitzenreiter Niederlande liegt noch gut ein Viertel unter dem Verbrauchsniveau in Deutschland (10,6 DDD/1000). Zum Teil mehr als doppelt so viele Antibiotika wurden hingegen in Italien (27,8), Belgien (28,4) Frankreich (29,0), Rumänien (31,2) und Griechenland



(35,1) verbraucht. Zudem hat sich nach dem Bericht trotz vieler Appelle und Kampagnen der Antibiotikaverbrauch in Deutschland und den meisten europäischen Ländern in den letzten 20 Jahren kaum verändert oder er ist sogar gestiegen: In Deutschland wuchs der Verbrauch von 13,0 DDD/1000 Einwohner im Jahr 1997 auf 14,6 DDD/1000 im Jahr 2014 und damit ähnlich stark wie im EU/EEA-Schnitt (von 20,0 auf 21,9 DDD/1000). In den Niederlanden war der Anstieg in dieser Zeit deutlich geringer: von 10,1 auf 10,6 DDD/1000. In den fünf Jahren von 2010 bis 2014 ging der Antibiotika-Verbrauch nur in Zypern und Schweden deutlich zurück. Einen signifikanten Anstieg gab es in dieser Zeit in Großbritannien.

Bedenklich ist nach dem Bericht auch der geringe Gebrauch von

„In zwei von drei Ländern hat der Gebrauch von Breitenspektrum-Antibiotika deutlich zugenommen.“

Aus dem ECDC-Bericht „Surveillance of Antimicrobial Consumption in Europe 2013-14“

Schmalspektrum-Antibiotika in einigen Ländern. So reicht der Anteil der Beta-Laktamase-sensitiven Penicilline unter den Antibiotika-Verordnungen von unter einem Prozent in Italien bis zu knapp 25 Prozent in Schweden und 27 Prozent in Dänemark. Auf der anderen Seite ist der Verbrauch von Penicillinen mit Beta-Laktamase-Hemmern in 14 Ländern einschließlich Deutschland bis 2014 deutlich gestiegen.

Was ist zu tun? Um solche Trends in den einzelnen Ländern zu verstehen, sollten Informationen zu nationalen Programmen und Kampagnen über den sparsamen und gezielten Umgang mit Antibiotika analysiert werden, betonen die Autoren. Sie kritisieren, dass in Europa breit akzeptierte Standards zum verantwortungsvollen Umgang mit Antibiotika bisher fehlten. SEITE 2

### Sonntagabend in der kostenlosen App

Medizinischer Fakultätentag berät Zulassungsfrage.

Auf Mac und PC unter [app.aerztezeitung.de](http://app.aerztezeitung.de) und in den App-Stores:



### ORGANSPENDE

#### Jeder Dritte hat den Ausweis

**Berlin.** 36 Prozent der Deutschen tragen aktuell einen Organspendeausweis bei sich. Das zeigen erste Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 72 Prozent der Personen, die den Ausweis ausgefüllt haben, stimmen einer Organ- und Gewebespende zu. Häufigster Grund für eine Ablehnung ist die Sorge, dass man als Spender nicht geeignet sei. Die Studie wird am Samstag, dem Tag der Organspende, in Saarbrücken vorgestellt. (reh) SEITE 2

### PFLEGE ZU HAUSE

#### Angehörige in der Pflicht

**Berlin.** Pflegebedürftige werden überwiegend von Angehörigen zu Hause versorgt. Darauf hat die AOK-Nordost hingewiesen. Lediglich 20 Prozent der nicht stationär untergebrachten Pflegebedürftigen nähmen die Hilfe ambulanter Pflegedienste in Anspruch. Trotz Versicherungsschutz verzichteten viele auf eine Pflegestufe und Leistungen aus der Pflegeversicherung. Die AOK Nordost schult Angehörige für ihre Pflegeaufgaben. (af) SEITE 4

### EU-HAUSHALT

#### Mehr Mittel für die Gesundheit

**Brüssel.** Die EU-Kommission schlägt für den nächsten langfristigen EU-Haushalt eine Neuaufgabe des Europäischen Sozialfonds (ESF), den ESF+ vor. Wie sie am Mittwoch mitteilte, solle der ESF+ für den Zeitraum 2021 bis 2027 mit 101,2 Milliarden Euro ausgestattet werden. In puncto Gesundheit solle unter anderem die grenzübergreifende Krisenvorsorge gestärkt sowie die Digitalisierung von Gesundheit und Pflege forciert werden. (mav)

Mit einfach zu nutzendem Sicherheitssystem

## Enoxaparin BECAT®

in Europa hergestelltes Enoxaparin

[www.enoxaparinbecat.de](http://www.enoxaparinbecat.de)

NEU GÜNSTIG\*



The European specialist in heparins

\*Ersparnis durch Preisvergleich. Bis zu 244,9 Euro pro Verordnung: Preisberechnung für Enoxaparin BECAT® 4000 I.E. (40 mg/0,4 ml) [PZN 13509053] gegenüber Festbetrag Stand 15.05.2018. Vorliegende Preisangaben erfolgen als Preisinformation für Verordner im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots ohne Berücksichtigung etwaiger Preisersparnisse durch Rabattverträge und hieraus resultierend gegebenenfalls abweichender tatsächlicher Marktpreise. Wirtschaftlichkeit durch Rabattverträge. Bitte beachten Sie ebenfalls die gültigen Rabattverträge mit Krankenkassen nach §130a Abs. 8 SGB V.

## Die gesetzlichen und privaten **Krankenversicherer müssen** ihre Versicherten (ab dem 16. Lebensjahr) alle zwei Jahre **über die Möglichkeiten einer Organ- und Gewebespende informieren.**

So verlangt es das **Transplantationsgesetz**. Die Versicherten sollen hiermit unterstützt werden, eine informierte Entscheidung zu treffen und sie im Organspendeausweis oder auch einer Patientenverfügung zu dokumentieren.

### DATEN UND FAKTEN

# 22%

der Personen, die eine Organspende ablehnen, tun dies aus Angst vor Missbrauch, das zeigt eine repräsentative Befragung der BZgA.

### Miststände



### KOMMENTAR

## Resistenzen sind grenzenlos

Von **Wolfgang van den Bergh**



Was den europaweiten Antibiotika-Verbrauch angeht, steht Deutschland recht gut da. Das belegen Zahlen des European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network. Wenngleich die Daten aus dem Jahr 2014 etwas angestaubt wirken, geht es um den Trend, der aus dem Vergleich herauszulesen ist. Von Entwarnungen kann hier keine Rede sein. Das Gegenteil ist der Fall.

Daher ist es gut, dass die Bundesregierung das Thema seit dem Treffen der Regierungschefs in Elmau 2015 immer wieder auf der internationalen Agenda hält. Das hat das Bundesgesundheitsministerium

kürzlich ausdrücklich bestätigt. Auch KBV und Ersatzkassen gehen das Thema an und setzen dabei auf die Verschreibungspraxis. Erkenntnisse aus deren „Reset“-Projekt, das mit 14 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds gefördert wird, sollen Anfang 2020 vorliegen. Parallel wird über diagnostische Schnelltests diskutiert. Experten warnen allerdings vor zu viel Optimismus. Das betrifft insbesondere die Diskussion um die Bestimmung von Entzündungsmarkern zur Abklärung einer bakteriellen Infektion: Procalcitonin (PCT)-Test versus CRP-Test.

Fakt ist: Trotz aller nationaler Anstrengungen: Beim Kampf gegen Antibiotika-Resistenzen muss grenzüberschreitend gedacht werden.

Schreiben Sie dem Autor: [vdb@springer.com](mailto:vdb@springer.com)

### KOMMENTAR

## Mogelpackung E-Rezept

Von **Ruth Ney**



Wo E-Rezept drauf steht, muss auch E-Rezept drin sein? Offenbar nicht.

Denn das Unternehmen vitabook setzt mit seiner aufmerksamkeitsheischenden Ankündigung eines E-Rezepts vor allem auf die Bequemlichkeit von Patienten. Dass das online geordnete Rezept eigentlich das klassische auf Papier ist – für Patienten ist das einerlei. Zumal dabei auch noch gespart werden kann, weil ein Bonus je rezeptiertem Medikament winkt – so das Konzept.

Ob das, was so einfach wirkt, allerdings dem Praxistest standhält, wird sich zeigen. Wenn Fax mit der Order falsch oder gar nicht ankommen oder der Arzt nicht gewillt ist,

das Rezept auszustellen – weil die Krankenkassenkarte für das Quartal noch nicht vorgelegen hat, kommt die Bestellung ins Stocken. Spätestens dann, wenn die Apotheke nicht den Boten spielen und für viele Ärzte großzügig Freiumschläge verteilen möchte, läuft der Wunsch des Patienten ins Leere. Dann dürften Frust und Ärger programmiert sein.

Dem Wunsch vor allem von Chronikern und Schwerkranken nach einer bequemen Arzneiversorgung nachzukommen, ist legitim. Die Rechnung aber ohne offizielle Einbindung von Arzt und Apotheker – zu machen und nur auf Druck durch Patienten zu setzen, ist kurzsichtig. Vor allem die Ärzte werden sich das Heft vermutlich nicht so einfach aus der Hand nehmen lassen. **SEITE 10**

Schreiben Sie der Autorin: [ruth.ney@springer.com](mailto:ruth.ney@springer.com)

### LEITARTIKEL

## „Die Erkennung der Spender ist das unterschätzte Problem im Krankenhaus“

Die Fakten zum Tag der Organspende sprechen Bände: Die Haltung zur Organspende wendet sich zum Positiven, doch die Zahl der Spender liegt nahe dem Tiefpunkt. Entscheidend im Ernstfall ist der Arzt-Angehörigen-Kontakt in der Klinik.

Von **Christian Beneker**



Appelle führen nicht weiter. Viele Menschen erleben die Aufforderung, einen Organspendeausweis bei sich zu tragen, offenbar als Einmischung in ihre persönlichsten Dinge. Nach Ansicht Dr. Gerald Neitzkes, des kommissarischen Leiters des Institutes für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin und Vorsitzender des klinischen Ethikkomitees der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), fürchten manche, der Staat wolle ein Recht auf Organe geltend machen. Das wecke Misstrauen. Die seit Jahren rückläufigen Spenderzahlen sprechen Bände. Es wird Zeit, die potenziellen Spender nach ihrer Einstellung zur Organspende zu fragen und ihnen mit wertschätzender Neugier entgegenzutreten statt mit Appellen. Da hat Neitzke recht.

Rund 10 000 Menschen warten in Deutschland auf ein Spenderorgan, so die Zahlen der Deutschen Stiftung für Organtransplantation (DSO). Aber immer weniger Menschen spenden hierzulande ihre Organe. Im Jahr 2017 gaben nach Angaben der DSO noch 797 Menschen ihre Herzen, Nieren oder Lungen. Das ist ein historischer Tiefstand, hieß es. 2010 waren es noch 1296 Spender.

Trotzdem: Durch die Organspender konnten im vergangenen Jahr 2867 Organe an schwer kranke Patienten transplantiert werden. Für die Empfänger ein Segen – viele Patienten warten jedoch weiter, oft vergeblich.

### Zustimmung zur Organspende wächst

Zugleich zeigen die Zahlen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seltsamerweise ein anderes Bild. Danach wächst in der Bevölkerung die Zustimmung zur Organspende. Im Jahr 2018 gaben 84 Prozent der Befragten an, der Organspende eher positiv gegenüberzustehen. 2012 waren es noch 78 Prozent. Nach den Zahlen der BZgA haben sich sogar 56 Prozent der Befragten zur Organspende entschlossen, und 39 Prozent haben ihren Willen auch dokumentiert – mit einem Organspendeausweis oder in der Patientenverfügung oder in beiden Dokumenten.

Wie ist dieser Gegensatz zu erklären? Was passiert eigentlich zwischen der anfänglichen Zustimmung zur Organentnahme und der späteren Nicht-Spende im Fall des Falles? Wenn alle diese positiv gestimmten ihren Worten Taten folgen ließen, wäre das Problem des Organmangels in Deutschland vielleicht gelöst.

Zwischen den beiden Situationen steht natürlich der Ernstfall. Vielleicht sind die Situationen eben nicht zu vergleichen. Der Moment, in dem man bei guter Gesundheit nach seiner Haltung zur Organspende gefragt wird, und jener, in dem es zum Beispiel nach einem schweren Unfall zum Schwur kommt: Spenden oder nicht?

Es sieht so aus, als ob man sich selbst nicht wirklich vorbereiten kann auf die schwierige Situation, selber eines oder mehrere seiner Organe zu spenden oder darüber zu entscheiden, ob ein hirntoter Angehöriger seine Nieren und/oder weitere Organe hergeben soll. Um so wichtiger dürfte der gelingende

Arzt-Patienten-Kontakt sein, wenn tatsächlich über eine Organspende entschieden werden muss.

Stattdessen sollte man im Krankenhaus die Spendebereitschaft besser erkennen und mit Spendern und ihren Angehörigen professionell kommunizieren, meint Neitzke denn auch. „Das unterschätzte Problem ist das der Spendererkennung im Krankenhaus.“

### Verhindert Palliativmedizin Organspenden?

Ein Umdenken im Hinblick auf die Organspende ist auch in der Palliativmedizin notwendig. Ausgerechnet der Palliativgedanke verhindert, dass Organspenden gewonnen werden könnten. Intensivmediziner und Palliativmediziner beenden lebenserhaltende Maßnahmen, wenn sie dem Patienten nicht mehr dienen. Ein Segen für die Sterbenden. Aber mit der Absicht, die Patienten keiner Übertherapie auszusetzen, gerät zugleich eine mögliche Organspende aus dem Blick. „Wann komme ich als behandelnder Arzt auf den Gedanken, dass ich nicht nur um das Leben meines Patienten kämpfe, sondern dass möglicherweise dieser Patient am Ende nur noch als Organspender Gutes tun kann?“, fragt Neitzke. „Ich wünsche mir, dass die Transplantationsbeauftragten Wort und Stimme erheben. Aber das Umdenken muss bei den Intensivmedizinern stattfinden.“

Vor allem werden erfolgreiche Transplantationsbeauftragte Angehörigen und Patienten ohne subtile Appelle begegnen. Die „Deutungslosigkeit“ der vielleicht schwierigsten Situation, die Angehörige erleben, muss hier bei ihnen selber liegen und nicht mehr bei ihren Ärzten. Und die Aufgabe der Medizin ist dann zu fragen: Wie passt die Organspende mit dem Selbstverständnis der Betroffenen zusammen? Welche Ängste plagen die Patienten? Neitzke glaubt: „Die größte Sorge ist doch: Wenn ich einen Organspendeausweis habe, dann schalten die zu früh ab.“

In seinen Kommunikationsseminaren betont Neitzke, die betroffenen Patienten im Angehörigengespräch nicht hirntot zu nennen. „Wir beschreiben den Patienten und seinen Zustand, so gut wir können, ohne dies zu bewerten und ohne ihn hirntot zu nennen“, sagt Neitzke. Am Ende geht es um eine interessierte und ergebnisoffene Haltung der behandelnden Mediziner. Erst eine solche Haltung entlastet die Angehörigen und schafft Vertrauen.

Schreiben Sie dem Autor: [GP@springer.com](mailto:GP@springer.com)



Auch bei Eintrag im Ausweis sind die Hürden für eine Organspende noch hoch. © ALEXANDER RATHS / STOCK.ADOBE.COM



# Xarelto®.

## Wenn's drauf ankommt!

- ◆ Starke Wirksamkeit und gutes Sicherheitsprofil
- ◆ Auch für Ihre multimorbiden nv VHF-Patienten\*
  - ◆ 15 mg 1 x täglich bei eingeschränkter Nierenfunktion\*\*
  - ◆ 15 mg 1 x täglich nach PCI mit Stenteinsatz in der dualen Therapie mit einem P2Y12-Hemmer<sup>1, #</sup>



Mehr als 36 Mio. Patienten\* weltweit vertrauen auf die bewährte Sicherheit von Xarelto. Setzen auch Sie auf den Marktführer.  
**Besuchen Sie uns auf [www.xarelto.de](http://www.xarelto.de)**

**Xarelto®**  
 Rivaroxaban

1 Gibson, C. M. et al., N Engl J Med 2016; 375(25):2423–34  
 \* Prophylaxe v. Schlaganfällen und system. Embolien bei erwachsenen Patienten m. nicht valvulärem Vorhofflimmern und einem od. mehreren Risikofaktoren wie kongestive Herzinsuffizienz, Hypertonie, Alter ab 75 J., Diab. mell., vorherigen Schlaganfall od. transitorischer ischämischer Attacke i. d. Anamnese  
 \*\* mit einer KfCl von 15–49 ml/min, KfCl 15–29 ml/min – die Anwendung sollte mit Vorsicht erfolgen, KfCl < 15 ml/min – Anwendung nicht empfohlen  
 # Behandlungsdauer: bis 12 Monate. Therapieschema gilt für Patienten mit KfCl ≥ 30 ml/min. Bei Patienten mit moderat eingeschränkter Nierenfunktion (30–49 ml/min) ist 10 mg (während des max. 12-monatigen Behandlungszeitraumes) empfohlen  
 a Patientenzahl basierend auf Schätzungen aufgrund interner Berechnungen von IMS Health MIDAS, Database Monthly Sales.

▼ **Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.** Bitte melden Sie jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Website: <http://www.bfarm.de>. **Xarelto 15 mg/20 mg Filmtabletten.** Wirkstoff: Rivaroxaban. Vor Verschreibung Fachinformation beachten. **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 15 mg/20 mg Rivaroxaban. Sonstige Bestandteile: Mikrokrystalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Natriumdihydrogenphosphat, Magnesiumstearat, Mannitol (E320), Titanoxid (E171), Eisen(II)oxid (E172). **Anwendungsgebiete:** Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei erwachsenen Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und einem oder mehreren Risikofaktoren, wie kongestiver Herzinsuffizienz, Hypertonie, Alter ab 75 Jahren, Diabetes mellitus, Schlaganfall oder transitorischer ischämischer Attacke in der Anamnese. Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. **Besondere Patientengruppen:** Für 15 mg/20 mg: für Patienten mit einer mittelschweren oder schweren Nierenfunktionsstörung sowie für Patienten mit einer TVT/LE, deren abgeschätztes Blutungsrisiko überwiegt, gelten spezielle Dosisempfehlungen. Patienten, die kardiovertiert werden sollen: Bei Patienten, bei denen eine Kardioversion erforderlich sein kann, kann die Behandlung mit Xarelto begonnen oder fortgesetzt werden. Bei Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern, die eine orale Antikoagulation benötigen und sich einer PCI mit Stentimplantation unterziehen, gibt es begrenzte Erfahrungen mit einer reduzierten Dosis von 15 mg Xarelto einmal täglich (oder 10 mg Xarelto einmal täglich bei Patienten mit mittelschwerer Nierenfunktionsstörung [Kreatinin-Clearance 30–49 ml/min]) in Kombination mit einem P2Y12-Inhibitor für die Dauer von maximal 12 Monaten. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Rivaroxaban oder einen d. sonst. Bestandteile, akute, klinisch relevante Blutungen, Läsionen od. Situationen, wenn diese als signifikantes Risiko für eine schwere Blutung angesehen werden, gleichzeitige Anwendung von anderen Antikoagulationen außer in der speziellen Situation der Umstellung der Antikoagulationstherapie od. wenn unfrikt. Heparin in Dosen gegeben wird, die notwendig sind, um die Durchgängigkeit eines zentralvenösen oder arteriellen Katheters zu erhalten; Lebererkrankungen, die mit einer Koagulopathie u. einem klinisch relevanten Blutungsrisiko, einschließlich zirkulatorischer Patienten mit Child-Pugh B und C, verbunden sind; Schwangerschaft u. Stillzeit. **Vorsichtsmaßnahmen und Warnhinweise:** Klinische Überwachung in Übereinstimmung mit der antikoagulatorischen Praxis während der gesamten Behandlungsdauer empfohlen. Die Gabe von Xarelto sollte bei Auftreten einer schweren Blutung unterbrochen werden. Mit zunehmendem Alter kann sich d. Blutungsrisiko erhöhen. Xarelto muss beim ersten Auftreten von schwerem Hautausschlag oder jedem anderen Anzeichen von Überempfindlichkeit in Verbindung mit Schilddrüsenläsionen abgesetzt werden. Die Anwendung von Rivaroxaban wird nicht empfohlen bei Patienten: - mit einer schweren Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance < 15 ml/min), - die gleichzeitig eine systemische Behandlung mit Wirkstoffen erhalten, die sowohl CYP3A4 als auch P-gP stark inhibieren, z. B. Azol-Antimykotika oder HIV-Proteaseinhibitoren, - mit erhöhtem Blutungsrisiko, - die gleichzeitig mit starken CYP3A4-Induktoren behandelt werden, es sei denn, d. Patient wird engmaschig auf Zeichen u. Symptome einer Thrombose überwacht; da keine Daten vorliegen, bei Patienten: - unter 18 Jahren, - mit künstlichen Herzklappen, - mit einer LE, die hämodynamisch instabil sind oder eine Thrombozytose oder pulmonale Embolieerkrankung benötigen, - die zugleich mit Dronedron behandelt werden. Die Anwendung sollte mit Vorsicht erfolgen bei Erkrankungen, die mit einem erhöhten Blutungsrisiko einhergehen; bei Patienten: - mit einer schweren Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance: 15–29 ml/min), - mit einer Nierenfunktionsstörung, wenn gleichzeitig andere Arzneimittel eingenommen werden, die zu erhöhten Rivaroxaban-Plasmaspiegeln führen, - die gleichzeitig auf die Gerinnung wirkende Arzneimittel erhalten, bei Anwendung von neuroleptischer Analgesie oder Spinal-Epiduralpunktion. Bei Patienten mit dem Risiko einer ulzerativen gastrointestinalen Erkrankung kann eine ulkusprophylaktische Behandlung erwogen werden. Obwohl d. Behandlung mit Rivaroxaban keine Routineüberwachung d. Exposition erfordert, können d. mit einem kalibrierten quantitativen Anti-Faktor-Xa-Test bestimmten Rivaroxaban-Spiegel in Ausnahmefällen hilfreich sein. Xarelto enthält Latex. **Nebenwirkungen:** Häufig: Anämie, Schwindel, Kopfschmerzen, Augeneinblutungen, Hypotonie, Hämatome, Epistaxis, Hämoptysie, Zahnfleischbluten, gastrointestinale Blutungen, gastrointestinale u. abdominale Schmerzen, Dyspepsie, Übelkeit, Verstopfung, Durchfall, Erbrechen, Pruritus, Hautjuckung, Ekchymose, Erytheme und subkutane Blutung, Schmerzen in den Extremitäten, Blutungen im Urogenitaltrakt (Menorrhagie sehr häufig bei Frauen < 55 Jahre b. d. Behandlung d. TVT, LE sowie Prophylaxe von deren Rezidiven), Nierenfunktions Einschränkung, Fieber, periphere Ödeme, verminderte Leistungsfähigkeit, Nasenbluten, Entzündung, postoperative Blutungen, Blutzucker, Wundsekretion. Gelegentlich: Thrombozytose, allergische Reaktion, allergische Dermatitis, zerebrale und intrakranielle Blutungen, Synkope, Tachykardie, trockener Mund, Leberfunktionsstörung, Urinkärie, Hämarthros, Unwohlsein, Anstieg von Bilirubin, alkalischer Phosphatase im Blut, LDH, Lipase, Amylase, GGT, Selen, Glibenclamid, Blutung in einem Muskel, lokale Ödeme, Anstieg von konjugiertem Bilirubin, vaskuläre Pseudoaneurysmen. Häufigkeit nicht bekannt: Kompartimentsyndrom oder (akutes) Nierenversagen als Folge einer Blutung. **Erfahrungen seit der Marktzulassung (Häufigkeit nicht abschätzbar):** Angiodedeme u. allergische Ödeme, Colitis und Hämolyse (einschließlich nekrotisierende Schädigung), Thrombozytopenie, Steven-Johnson-Syndrom/toxisch epidermale Nekrolyse. Verschreibungspflichtig. Stand: F/DE/21, Oktober 2017. Bayer AG, 51368 Leverkusen, Deutschland



Exklusive Rabattverträge sind geeignet, den Preis stark zu senken. Das steht aber in einem **Konflikt mit dem Ziel einer möglichst großen Anbieterzahl**, die für den längerfristigen Wettbewerb wichtig ist.

**Professor Jürgen Wasem**, Gesundheitsökonom und Lehrstuhlinhaber an der Universität Duisburg-Essen, bei der Cognomed-Veranstaltung am Dienstag in Berlin.  
© UDE / FRANK PREUB

#### WELT-NICHTRAUCHERTAG

## BÄK kritisiert wirtschaftliche Interessen

**Berlin.** Die Vorsitzenden der Bundesärztekammer-Arbeitsgruppe Sucht und Drogen, Dr. Josef Mischo und Erik Bodendieck, haben sich anlässlich des Welt-Nichtrauchertages für ein Verbot der Außenwerbung für Tabakprodukte in Deutschland ausgesprochen. Der in der letzten Legislaturperiode vom Kabinett verabschiedete Gesetzentwurf für ein Verbot wurde vom Deutschen Bundestag nicht beraten (wir berichteten). „Man muss sich fragen, ob hier wirtschaftlichen Interessen ein höherer Stellenwert eingeräumt wird, als der Gesundheit der Bevölkerung“, kritisiert Bodendieck. „Deutschland sollte nicht als letztes europäisches Land Tabakaußenwerbung erlauben“, ergänzte Mischo. Ein Werbeverbot sei gezielte Prävention. (eb)

#### SOLIDARGEMEINSCHAFT

## Barmer erkennt Alternative zur Kasse an

**Kassel/Bremen.** Im jahrelangen Streit um die Anerkennung von Solidargemeinschaften als Alternative zu Krankenkassen hat die betroffene Kasse nun eingelenkt. Die Barmer lässt eine Versicherte aus Bayern nach jahrelangem Rechtsstreit (die „Ärzte Zeitung“ berichtete) zur Bremer Solidargemeinschaft Samarita wechseln, wie die Beteiligten am Mittwoch mitteilen. Die Mitglieder solcher Vereine bezahlen sich gegenseitig Behandlungen im Krankheitsfall.

Die Kasse erkenne mit diesem Schritt die Samarita als Absicherung an, erklärte der Dachverband der Solidargemeinschaften BASSG. Er sieht ein Signal für andere Kassen. Die Barmer spricht von einem Einzelfall, aber auch von einer geänderten Rechtslage. (dpa)

# Biosimilars: Bei Verordnungen sind Ärzte noch zurückhaltend

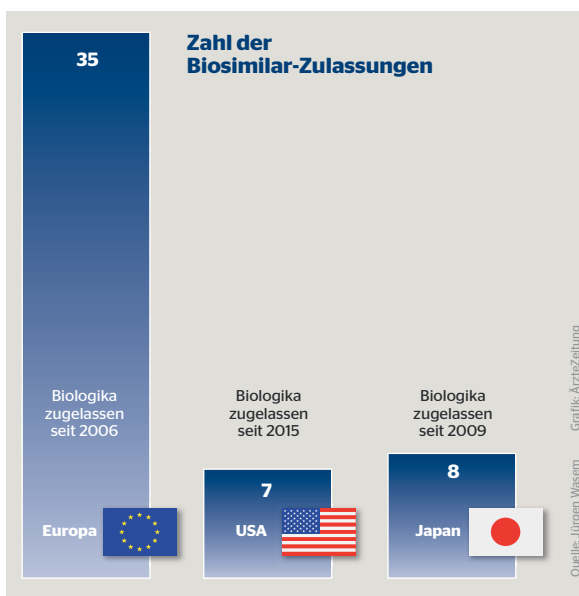
Der verstärkte Einsatz von Biosimilars ist notwendig, um Finanzspielräume für Innovationen wie Gen- und Kombinationstherapien zu schaffen.

Von Helmut Laschet

**Berlin.** Mit Einsparungen von zuletzt 214 Millionen Euro ist der ökonomische Effekt von Biosimilars im Vergleich zu chemischen Generika mit über sieben Milliarden Euro noch außerordentlich gering. Nach übereinstimmender Auffassung des GBA-Vorsitzenden Professor Josef Hecken und des Duisburger Gesundheitsökonom Professor Jürgen Wasem muss sich dies ändern, um Finanzierungsspielräume für extrem teure Innovationen wie die Gentherapie zu schaffen, so das Plädoyer bei einer Cognomed-Veranstaltung in Berlin.

Dabei ist Europa bei der Zulassung von Biosimilars Spitze: Insgesamt gibt es 35 Zulassungen (Stand Ende 2017), in Japan sind es acht, in den USA nur sieben. Mit Adalimumab und Trastuzumab sind aktuell besonders umsatzstarke Biologics patentfrei geworden, für die nun biosimilare Alternativen zur Verfügung stehen. Aber anders als auf dem Markt der chemischen Arzneimittel wenden Ärzte Biosimilars zunächst zurückhaltend an, obwohl es, wie der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Professor Wolf-Dieter Ludwig, ebenso wie der Onkologe Professor Bernhard Wörmann betonen, keine Hinweise auf Wirksamkeitsunterschiede oder andersartige Risiken im Vergleich zu den Originalen gebe.

„Es existieren bei Ärzten immer noch Märchen über Biosimilars“, so Johann Fischaleck von der KVB Bayerns über den zurückhaltenden Einsatz von Biosimilars. „Biochemie ist



# 214 MILLIONEN

**Euro Einsparungen** sind 2017 laut GBA-Vorstand Professor Josef Hecken durch den Einsatz von Biosimilars erreicht worden. Zum Vergleich: Die Einsparungen durch das Festbetragsystem liegen bei über sieben Milliarden Euro.

für Ärzte offenbar ein schwieriges Thema“, glaubt Fischaleck. Dabei werde oft übersehen, dass auch die Produktion der Original-Biologics im Zeitablauf immer wieder verändert werde. Entscheidenden Einfluss auf das Tempo der Marktdurchdringung misst Fischaleck den regionalen Zielvereinbarungen zu, etwa die Festlegung von Biosimilarquoten, mit denen sich die KVen Westfalen-Lippe, Niedersachsen und Bayerns bei der Nutzung des Biosimilar-Potenzials an die Spitze gearbeitet haben.

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie habe sich ebenso wie die europäische ESMO frühzeitig positiv zu Biosimilars positioniert, so Wörmann. Eine Vielzahl klinischer Vergleichsstudien zeige na-

hezu gleiche Ergebnisprofile von Original und Biosimilar.

Gleichwohl sieht Wörmann unbeantwortete Fragen: Lücken bei klinischen Vergleichsstudien, unterschiedlicher Zulassungsstatus in Bezug auf Indikationen bei Original und Biosimilar sowie ein hohes Ausmaß an Off Label Use mit Originalen und die Frage, ob dieser Umgang auch mit Biosimilars möglich ist. Mehr Transparenz sei wesentlich für das Vertrauen in diese Nachfolgeprodukte, weil ärztliche Entscheidungen nicht allein wissensbasiert getroffen würden.

Der Ökonom Wasem hält es inzwischen für gesellschaftlichen Konsens, dass nach Patentablauf keine Beiträge des GKV-Systems mehr für die Finanzierung von Entwicklungskosten geleistet werden sollen. Die Besonderheit bei Biosimilars: Für sie fallen – anders als bei Generika – eigene Entwicklungskosten an.

Ein konfliktträchtiges Spannungsverhältnis sieht Wasem in dem Ziel, einerseits durch kräftige Preissenkungen möglichst rasch Einsparpotenziale zu realisieren, andererseits aber längerfristig im Interesse eines nachhaltigen Wettbewerbs möglichst viele Biosimilar-Anbieter auf dem Markt zu haben. Wasem spricht sich dafür aus, dem Markt Zeit für die Entwicklung von Wettbewerb zu geben. Das könne nicht allein dem GKV-Spitzenverband überlassen werden. Vielmehr müsse dies vom Bundeswirtschafts- und/oder -Gesundheitsministerium reguliert werden.

Zur Realisierung von Einsparungen halten Wasem wie auch GBA-Chef Hecken das Festbetragsystem für geeignet. Wasem geht hier aber weiter als Hecken und plädiert dafür, perspektivisch auch die Substitution durch Apotheker zuzulassen, unter der Voraussetzung, dass jedes Präparat zurückverfolgt werden kann. Das lehnt Hecken ab, er setzt auf Therapiehinweise des GBA und die Geltung der Arzneimittelrichtlinien auch für Kliniken, um unnötige Umstellungen auf Biosimilars zu verhindern.

# Pflege zu Hause: Meistens ein Fall für die Angehörigen

Angehörige sind der größte Pflegedienst. Eine Initiative der AOK Nordost sorgt dafür, diese fit für die Pflege daheim zu machen.

Von Anno Fricke

**Berlin.** Viele Pflegebedürftige verzichten so weit es geht auf professionelle Dienste. Sie verlassen sich überwiegend auf die Hilfe ihrer Partner, von

Familienangehörigen und Freunden. Darauf weisen Erkenntnisse der AOK Nordost hin.

Demnach sind in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern rund ein Viertel der Pflegebedürftigen in Heimen untergebracht. Von den verbleibenden 75 Prozent lässt wiederum nur jeder fünfte einen ambulanten Pflegedienst kommen.

„Wir gehen davon aus, dass nicht einmal alle Pflegebedürftigen Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen“, sagte die Leiterin der AOK-Pflegeakademie, Dr. Katharina

Graffmann-Weschke, am Mittwoch bei einer Pressekonferenz in Berlin. Damit haben die Angehörigen aber auch keine Ansprüche auf Pflegegeld und Vertretungen.

Für die ärztliche Versorgung ist das nicht immer gut. Die AOK-Vertreter deuteten an, dass durch eine ablehnende Grundhaltung gegenüber dem Gesundheitssystem medizinische Probleme verschleppt würden.

Mit dem Programm „Pflege in Familien fördern“ (Pfiff) unterstützt die AOK Nordost Angehörige, gleich in welcher Kasse sie versichert sind.

Dabei arbeitet die Kasse mit 50 Krankenhäusern in ihrem Einzugsbereich zusammen. Die Angehörigen erhalten schon, wenn ihr Verwandter noch im Krankenhaus ist, spezielle Schulungen in der Pflege. Seit der Erstauflage des Projekts im Jahr 2014 konnten so bereits 2700 Angehörige, auch Menschen aus anderen Kulturen, angeleitet werden. „Wichtig ist, dass Angehörige stark sein können, und zwar für lange Zeit“, sagte Manfred Ahrend von der Geschäftsleitung der AOK-Nordost. Zu Beginn der Pflegezeit herrsche oft noch Optimismus. „Das

Belastungssyndrom entwickelt sich erst mit der Zeit“, ergänzte Afife Varan von der Pflegeakademie.

Die Pflegedienste nähmen die AOK-Aktivitäten nicht mehr als Konkurrenz wahr, schätzen die AOK-Vertreter. Das könnte auch an der Auslastung der Pflegedienste liegen: Um vor der Entlassung eines Klinikpatienten ein Rund-Um-Paket für ihn und seine Angehörigen einschließlich eines ambulanten Pflegedienstes zu schnüren, müsse er oft Stunden telefonieren, berichtete Heiko Pötsch vom Vivantes-Auguste-Viktoria-Klinikum.

# „Indikationsstellung sollte mit Patienten besprochen werden“

Medizinethiker Professor Urban Wiesing mahnt in seinem Buch an, ein Arzt müsse bei der Indikation stets die Selbstbestimmung des Patienten respektieren.

Von Christian Beneker

**Neu-Isenburg.** Warum muss man eigentlich 160 Seiten lang nachdenken über etwas, was Ärztinnen und Ärzte ohnedies jeden Tag dutzendfach tun – eine Indikation stellen? Der Tübinger Medizinethiker Professor Dr. Urban Wiesing gibt in seinem jüngst erschienenen Buch „Indikation. Theoretische Grundlagen und Konsequenzen für die ärztliche Praxis“ gleich eine ganze Reihe von Antworten: unter anderem, weil es viele verschiedene unermittelte Definitionen gebe, und die seien oft widersprüchlich und vage. Und weil die Gefahr bestehe, dass sich ein „versteckter Paternalismus“ in die Indikationsstellung einschleicht.

Und weil der 2009 ins Bürgerliche Gesetzbuch aufgenommene Paragraf 1901b, Absatz 1, Satz 1-2 „schlicht falsch“ ist, wie Wiesing der „Ärzte Zeitung“ sagt. Der Text definiert, dass der Arzt die Indikation stellt (hier für Patienten, die sich nicht mehr äußern können) und er dann die indizierten Maßnahmen mit den Angehörigen und Betreuern erörtert.

Was Wiesing vermisst: Die Indikationsstellung selbst muss nach dieser Definition nicht mit dem Patienten oder seinen Angehörigen besprochen werden. „Und das ist falsch“, so Wiesing. Gewiss – zunächst müsse der Patient herausgehalten werden aus der Indikationsstellung. Sie ist schließlich medizinisch-fachlich Aufgabe des Arztes und muss von ihm und nur von ihm vorgenommen werden. „Wollte man hier schon den Patienten mit einbeziehen, dann wäre ja eine Bluttransfusion bei einem Zeugen Jehovas nicht indiziert“, sagt Wiesing.

Um aber nun den Patienten oder seine Angehörigen in den Prozess der



Passt das Medikament zur Krankheit und zum individuellen Patienten? © PEOPLEIMAGES / GETTY IMAGES / ISTOCK (SYMBOLBILD MIT FOTOMODELL)

Indikation mit einzubeziehen, pflückt Wiesing den Begriff auseinander und trennt die Indikationsregeln von der Indikationsstellung als solcher.

So kann für eine Krankheit ein bestimmtes Medikament nach den Regeln der ärztlichen Kunst indiziert sein. Ob das Medikament aber dem jeweiligen Patienten wirklich indiziert ist – und das muss es, wie Wiesing betont – lasse sich nur entscheiden, wenn der Arzt auch aus seiner Erfahrung schöpft und mit dem betroffenen Patienten über die Indikationsstellung spricht. „Der praktische Fall braucht die Vermittlung zur Regel, und das geschieht durch die Urteilskraft“, schreibt Wiesing.

Indessen droht hier die Gefahr des Paternalismus. Denn das Urteil darüber, was dem Patienten nützt und nicht schadet, dürfte unterschiedlich ausfallen, je nach dem, ob man es aus Sicht des Patienten oder des Arztes fällt. So müsse der Arzt stets die Selbstbestimmung des Patienten respektieren. Denn, so Wiesing, „eine Indikation muss für einen konkreten



Urban Wiesing: Indikation. Theoretische Grundlagen und Konsequenzen für die ärztliche Praxis. Kohlhammer, Stuttgart 2017. ISBN 978 3170 330 08.

Patienten gestellt werden, und zwar im jeweiligen Einzelfall.“ Das informierte Einverständnis des Patienten schließt den Prozess.

Am Schluss will Wiesing seine Definition von Indikation auch für Gebiete der Medizin öffnen, in denen es gar nicht mehr um Krankheit geht. Er befreit die Indikation von der Bindung an eine Krankheit. Beispiel kosmetische Operationen: In solchen Gebieten der Medizin dürfe das Arzt-Patienten-Verhältnis trotzdem nicht der reinen Marktlogik preisgegeben werden. Dann würde jeder operiert, der nur genug zahle. Darum muss eine Indikation gestellt werden, auch wenn keine Krankheit vorliegt. Sie richtet sich dann nicht mehr auf Heilung oder Linderung einer Krankheit, sondern auf einen Nutzen für den Patienten. Zukünftig werde die Medizin ihre Grenzen „vermutlich beim individuellen Leiden und den ihr zur Verfügung stehenden Methoden suchen und nicht bei einem Krankheitsbegriff“, resümiert Wiesing. „Das könnte sich als Humanitätsgewinn erweisen.“

## BRANDENBURG

### Telemedizin: „Chance für ein Flächenland“

**Potsdam.** Der Beschluss des Deutschen Ärztetages zur Erweiterung der Fernbehandlung weckt Hoffnungen in Brandenburg. Die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion Britta Müller bewertet ihn als „große Chance für ein Flächenland wie Brandenburg“. So könnten Onlinesprechstunden von Hausärzten aus ihrer Sicht eine zusätzliche Möglichkeit für Patienten und Mediziner eröffnen, bei weiten Wegen den Kontakt zu pflegen.

Müller schlug zudem ein Modellprojekt mit Teleärzten in Brandenburg vor, das dem „Docdirekt“-Angebot in Baden-Württemberg ähneln soll. Dort steht ein Tele-Arzt der KV den Patienten als Ansprechpartner zur Verfügung, die ihren behandelnden Arzt nicht erreichen. Er leitet gegebenenfalls an mitwirkende Arztpraxen oder den Notruf weiter. „Ein interessantes System, das auf der Ferndiagnose per PC beruht. Das wäre sicher auch für Brandenburg geeignet“, meint Müller. Wichtig sei jetzt zu analysieren, wie die Arztpraxen in Brandenburg auf die neue Technik vorbereitet und an einer Umsetzung interessiert sind. „Nicht zuletzt ist es notwendig, schnelles Internet in ganz Brandenburg zur Verfügung zu haben“, so Müller.

Die SPD-Politikerin wies aber auch darauf hin, dass die brandenburgische Landesärztekammer zunächst ihre Berufsordnung ändern muss. Die Kammer hatte sich im Vorfeld des Ärztetags sehr kritisch zu einer Aufhebung des Fernbehandlungsverbots geäußert (wir berichteten). (ami)

## BAYERN

### Notfall-Service für Gehörlose stellt Betrieb ein

**München.** Ein in dieser Form einzigartige Hilfe für gehörbehinderte Menschen muss in Bayern Ende Mai eingestellt werden. Im April 2013 startete der Berufsfachverband der Gebärdensprachdolmetscher Bayern (BGSD) ein Bereitschaftsdienst für Notfälle.

Was sollen gehörbehinderte Menschen im Notfall tun, wenn ein Gebärdensprachdolmetscher nicht greifbar ist? Ärzte oder Polizisten können sich mit diesen Patienten nicht verständigen, obwohl möglicherweise lebensrettende Maßnahmen getroffen werden müssen.

Seit Einführung vor fünf Jahren haben Dolmetscher an 365 Tagen im Jahr den Service ehrenamtlich gestemmt. In insgesamt 94 Notfall-einsätzen sei eine schnelle Versorgung mit Dolmetschern gewährleistet worden, heißt es. Der BGSD Bayern hat versucht, gemeinsam mit dem Landesverband Bayern der Gehörlosen aus dem ehrenamtlichen Service ein Modellprojekt zu entwickeln. Bislang konnte dafür aber keine Finanzierung gefunden werden. Daher hätten gehörbehinderte Menschen ab Juni – vor allem in der Nacht, am Wochenende und an Feiertagen, wenn die Vermittlungsstellen geschlossen haben – keine Möglichkeit mehr, kurzfristig einen Dolmetscher zu erreichen. (fst)

# Geld oder Infrastruktur – was lockt mehr?

Hindern gedeckelte Budgets Ärzte, aufs Land zu gehen, oder sind es die oft ungünstigen Rahmenbedingungen? Zwischen Ärztevertretern und Politikern sind die Ansichten divers.

Von Christoph Barkewitz

**Wiesbaden.** Marjana Schott von der hessischen Linkspartei kann als Oppositionspolitikerin den Finger unbehört von Regierungszwängen in die Wunde legen: „Wir versuchen etwas aufs Land zu bekommen, was wir aber gar nicht haben“, sagte sie bei der Veranstaltung „Auslaufmodell Landarzt?“ des Bündnisses „heilen & helfen“ (ein Zusammenschluss der Körperschaften der hessischen Heilberufe außer der KV) in Wiesbaden. „Wir reduzieren die Ausbildungsplätze und

wundern uns, dass wir kein Fachpersonal haben“, konstatierte die stellvertretende Vorsitzende ihrer Fraktion im Wiesbadener Landtag mit Blick auf das Verhältnis von Medizinstudenten und niedergelassenen Ärzten. Wobei ein Mehr an Ausbildung in ihren Augen ja offensichtlich auch nicht gewollt ist: „Wir haben den Numerus clausus, damit wir weniger und nicht mehr Medizinstudenten haben.“

Ihr Kollege von der Regierungsfraction CDU, Ralf-Norbert Bartelt, sieht dies differenzierter. Der Dermatologe verweist auf Aussagen von Medizinern, es bräuchte zehn Prozent mehr Studienplätze, wohingegen „Zahlen der Fakultäten anders sagen“. Für ihn sei prioritär, das Medizinstudium praktischer zu gestalten und die Allgemeinmedizin zu stärken. Denn „es nutzt nichts, mehr Ärzte auszubilden, wenn diese dann doch nicht aufs Land gehen“.

Dr. Michael Frank, Präsident der Landesärztekammer Hessen, sieht die Budgetierung als großes Hin-

dernis für die Niederlassung auf dem Land. „Wenn da keiner ran geht, können wir die Probleme nicht lösen.“ Zumal in Hessen im Ländervergleich die Budgetierung Vertragsärzte am heftigsten treffe, ergänzte Dr. Jürgen Glatzel, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer. Dem widersprach Marcus Bocklet von den Grünen. Die Budgetierung sei nicht der Hauptgrund für den Nachwuchsmangel auf dem Land, vor allem die Rahmenbedingungen seien das Hauptproblem.

René Rock, Vorsitzender der Oppositionsfraktion FDP, hingegen sieht sehr wohl auch die Budgets als ausschlaggebend an: „Nur bessere Rahmenbedingungen auf dem Land reichen nicht.“ Grundsätzlich befürwortet er Budgets, allerdings sei zu überlegen, ob manche Bereiche herausgenommen werden sollten und die Geldverteilung verbessert werden könne. Auch CDU-Mann Bartelt will an den Honorardeckeln nicht rütteln. „Man wird immer Budgets brauchen, wenn man eine Stabilität der Kassen-

beiträge möchte.“ Eine völlige Freistellung würde zur Kostenexplosion führen.

Die SPD-Sozialpolitikerin Dr. Daniela Sommer sieht andere finanzielle Gründe für die Land-Unlust. Zwei bis drei Monatsgehälter reichten als Stathilfe nicht aus, glaubt die stellvertretende Fraktionsvorsitzende, außerdem schreckten Regressforderungen wie gerade in Nordhessen geschehen ab. Und die steigende Bürokratie: „Die Medizinstudenten sagen mir, wir haben doch nicht BWL studiert!“

Vielleicht klappt es ja aber doch über den Weg zusätzlicher Studienplätze – das glaubt zumindest Dr. Heike Winter, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Hessen. „Mehr Studienplätze in der Medizin bringen was, unsere Zahlen zeigen das“, sagt Winter mit Hinweis auf mehr ausgebildete Psychotherapeuten als der Bedarf vermeintlich ausweist. Die Folge: „Die Psychotherapeuten gehen aufs Land, weil sie keine Chance auf einen Sitz in der Stadt haben.“

## SCHLESWIG-HOLSTEIN

**AU bei Rücken:  
Versorgung auf  
den Prüfstand!**

Die DAK will angesichts wachsender Ausfalltage bei Rückenschmerz Versorgung neu denken.

**Kiel.** Mehr als eine Million Ausfalltage von Berufstätigen gibt es nach einer Hochrechnung der DAK Schleswig-Holstein pro Jahr wegen Rückenproblemen. Die Kasse setzt sich nun für ein Umdenken bei den Versorgungsangeboten ein.

„Wir müssen dem Rückenschmerz den Kampf ansagen“, sagte Schleswig-Holsteins DAK-Chef Cord-Eric Lubinski. Er fordert, die bestehenden Angebote in der Prävention und in der Versorgung auf den Prüfstand zu stellen. Als mögliche Lösungsansätze schlägt er Schwerpunktpraxen und tagesklinische Versorgungsangebote vor.

Auch einen verbesserten Terminalservice bei niedergelassenen Ärzten hält er für geeignet, damit künftig weniger Patienten mit Rückenschmerzen zunächst die Notfallambulanz von Krankenhäusern aufsuchen. Außer neuen Schwerpunkten in der Versorgung fordert Lubinski auch von den Arbeitgebern verstärkte Anstrengungen.

Laut dem Versorgungsreport gab es im untersuchten Jahr 2016 mehr als 4900 Krankenhaufälle wegen Rückenschmerzen in Schleswig-Holstein. Dies entspricht einem Anstieg um 45 Prozent innerhalb von neun Jahren. Mehr als die Hälfte dieser Patienten wurde als Notfall in der Klinik aufgenommen.

Die Zahl der Betroffenen sei aber weit größer als die der Patienten in Kliniken und Praxen. Nur 29 Prozent der Betroffenen war nach eigenen Angaben mit Rückenproblemen beim Arzt. Dort werden die Patienten nach Wahrnehmung der Kasse zu selten auf den Zusammenhang zwischen Stress und Rückenschmerzen aufmerksam gemacht. (dt)

# Landarztquote: Regierung in Rheinland-Pfalz zeigt sich offen

Die SPD-geführte Landesregierung in Rheinland-Pfalz will die Einführung einer Landarztquote im Bundesland prüfen lassen. Den Anstoß dazu gab die CDU.

Von Christoph Barkewitz

**Mainz.** Die oppositionelle CDU drängt, die Ampelkoalition bewegt sich: In Rheinland-Pfalz sind die Weichen für eine Landarztquote gestellt worden. Die Union hat vorige Woche einen Antrag in den Landtag eingebracht, in dem sie ein Stipendienprogramm für Medizinstudenten in Kombination mit einer Landarztquote fordert. Die Landesregierung aus SPD, FDP und Grünen will und kann sich dem Ansinnen aus den Oppositionsreihen kaum verschließen: Der Ärztemangel ist in den vielen ländlichen Räumen des Bundeslandes schon jetzt deutlich spürbar.

Das Regierungsbündnis wollte den CDU-Vorschlag zwar nicht eins zu eins übernehmen, aber Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler (SPD) kündigte die Prüfung einer solchen Quote an. Sie wolle jetzt ein Konzept zusammen mit dem Wissenschaftsministerium erarbeiten; die zuständigen Ausschüsse im Landtag sollen weiter darüber beraten. Eine solche Quote sei kein Allheilmittel, aber eine sinnvolle Option, um eine Niederlassung als Arzt im ländlichen Raum zu unterstützen, so Bätzing-Lichtenthäler im Landtag.

Konkret hatte die CDU gefordert, zehn Prozent der Medizinstudiplätze im Land denjenigen zur Verfügung zu stellen, die sich nach Studienabschluss verpflichten, „eine insbesondere hausärztliche Tätigkeit in ländlichen Raum in Rheinland-Pfalz aufzunehmen“. Um „spürbare finanzielle Anreize“ zu setzen, sollen die



Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler (SPD) während der Debatte im Landtag in Mainz über die ärztliche Versorgung in Rheinland-Pfalz. © ANDREAS ARNOLD/DPA



Eine Landarztquote ist kein Allheilmittel, aber eine sinnvolle Option, um eine Niederlassung zu unterstützen.

Sabine Bätzing-Lichtenthäler (SPD)  
Gesundheitsministerin Rheinland-Pfalz

Studenten ein monatliches Stipendium in Höhe von 500 Euro erhalten. Nach zwei Jahren soll das Programm überprüft werden, eine „Dauersubventionierung“ will CDU-Fraktionschef Christian Baldauf verhindern.

Die Union bezog sich in ihrem Antrag explizit auf die den Ländern im „Masterplan Medizinstudium 2020“ eingeräumte Option einer Landarztquote und verwies darauf, dass einige Bundesländer dabei bereits vorangekommen seien: Bayern will bis zu fünf Prozent der Studienplätze an Abiturienten vergeben, die als Hausärzte in unterversorgten Regionen arbeiten wollen, Nordrhein-Westfalen will schon zum kommenden Winterse-

mester eine zehnjährige Quote einführen, in Niedersachsen möchte die SPD ebenfalls zehn Prozent für Landesländer reservieren, ringt aber diesbezüglich noch mit dem Koalitionspartner CDU. Auch Sachsen-Anhalt plant eine Quote.

Rheinland-Pfalz hatte bereits vor zehn Jahren einen „Masterplan zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung“ aufgelegt. Im Februar hatte die Landesregierung eine positive Bilanz gezogen und neue Maßnahmen vorgestellt. Bätzing-Lichtenthäler nannte vor allem die ärztliche Ausbildung, Weiter- und Fortbildung sowie die Berufsausübung als künftige Schwerpunkte.

## KONGRESSVORSCHAU

**Notfälle richtig versorgen!**

Die Notfallversorgung ist neben dem Mangel an Pflegekräften eines der großen gesundheitspolitischen Themen zur Zeit.

Was muss getan werden, um die Patientenströme in die richtigen Bahnen zu lenken? Sind Portalpraxen das Mittel der Wahl? Muss die 116 117 bekannt gemacht werden? Liegt die Lösung in einer integrierten Leitstelle, oder muss an allen Schrauben gleichzeitig gedreht werden?

Antworten auf diese Fragen wollen der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Gasen, sowie Dr. Susanne Johna vom Bundesvorstand des Marburger Bun-

**HAUPTSTADT-KONGRESS 2018**  
MEDIZIN UND GESUNDHEIT  
6. bis 8. Juni 2018

des geben. Beide ziehen bei diesem Thema an einem Strang. Das haben sie im vergangenen Jahr beschlossen. Best Practice Beispiele aus den Regionen stellen die Vor-

standsvorsitzende der KV Schleswig-Holstein, Dr. Monika Schlißke, und der Präsident der Landesärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Theodor Windhorst, beim Deutschen Ärzteforum vor. (eb)

„Neue Konzepte und Best Practices in der Notfallversorgung: Triagierung, Portalpraxen, integrierte Leitstelle, Bereitschaftsdienst 4.0  
Freitag, 8. Juni, 9 - 10.30 Uhr

**Karten für den Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2018, der vom 6. bis 8. Juni im CityCube in Berlin stattfindet, sind an der Tageskasse erhältlich oder beim Kongressbüro Hauptstadtkongress, Palisadenstraße 48, 10243 Berlin, Telefon: 030 / 49855031, E-Mail: info@hauptstadtkongress.de, Web: www.hauptstadtkongress.de**

Der Hauptstadtkongress wird veranstaltet von der **WISO S. E. Consulting GmbH** in enger Kooperation mit der **Springer Medizin Verlag GmbH**.

## So läuft es in der Notaufnahme

Drei Wiesbadener Krankenhäuser informieren ihre Patienten mit einer gemeinsamen Broschüre über die Abläufe. Mit Erfolg.

**Köln.** Im Krankenhaus zielen Beschwerden von Patienten oder Angehörigen häufig auf die Notaufnahme. Meistens sind sie unzufrieden mit den für sie undurchschaubaren Abläufen, weiß Susanne Schiering-Rosch, Leiterin der Unternehmenskommunikation im St. Josefs-Hospital Wiesbaden.

„Viele verstehen nicht, dass die Wartezeit nicht vom Eintreffen, sondern von der Dringlichkeit abhängt.“ Mit klaren und verständlichen Informationen über die Abläufe in der Notfallversorgung lassen sich viele Probleme aus dem Weg räumen, berichtete sie auf dem MCC-Kongress „Zentrale Notaufnahme im Fokus“ in Köln. Ihr Motto: „Aufklärung statt Frust für Patienten und Team“.

Schiering-Rosch hat das Konzept für eine gemeinsame Patienteninformation des St. Josefs-Hospitals, der

Asklepios Paulinen Klinik und den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken in Wiesbaden entwickelt. In der Broschüre mit dem Titel „Im Notfall... sind wir 24 Stunden für Sie da“ finden die Leser Erklärungen rund um die Notfallversorgung und erhalten praktische Hinweise. Es gibt die Broschüre auch auf Englisch, Russisch, Arabisch und Türkisch.

Die Informationen stehen unter vier Leitfragen: Was tun im Notfall? Wer hilft mir? Wie läuft es in einer Zentralen Notaufnahme ab? Wie können Sie uns helfen? Die Nutzer erfahren etwa, in welchen Fällen der niedergelassene Arzt, der ärztliche Bereitschaftsdienst, die zentralen Notaufnahmen der Kliniken und der Rettungsdienst zuständig sind.

Über eine Patienten-Ampel wird das System der Triage in der Notaufnahme erklärt. „Je niedriger der Rang man das darstellen kann, desto besser“, betonte Schiering-Rosch. Die Patienten werden seit Neuestem auch darüber informiert, dass sie bei einer Einstufung als „nicht dringend“ oder „normal“ an eine Partnerpraxis des jeweiligen Krankenhauses vermittelt werden können.

Die ärztlichen und pflegerischen Leiter der Notaufnahmen sind in der Patienteninformation mit Kontaktdaten abgebildet. „Die Black Box Notaufnahme braucht ein Gesicht“, sagte sie. Es war allerdings ein schwieriges Stück Arbeit, die Betroffenen davon zu überzeugen. Es hat sich aber gelohnt: „Das kommt sehr gut an.“

Die Herausgabe der Patienteninformation habe zu vielen positiven Effekten innerhalb und außerhalb der Kliniken geführt. „In unserem Haus sind die Beschwerden über die Notaufnahme um 40 Prozent zurückgegangen.“ Auch die anderen Häuser berichteten über eine Entspannung der Lage. Die gute Medienresonanz auf die gemeinsame Initiative habe den Teams in den Notaufnahmen gut getan. „Wir haben das Thema positiv besetzen können.“

Die Broschüre wird nun in Integrationskursen eingesetzt. Die Bekanntheit der bundesweiten Rufnummer 116 117 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst sei gestiegen. Andere Kliniken könnten von den Erfahrungen profitieren, glaubt Schiering-Rosch. Das Konzept müsse nicht auf Wiesbaden beschränkt bleiben. (iss)



Neue Daten deuten darauf hin, dass die **PCI bei stabiler KHK** mehr bringen könnte als die Verbesserung von Symptomen – nämlich die **Reduktion „harter“ klinischer Ereignisse**.

Den Beitrag „**PCI bei stabiler KHK: Neue Studien festigen Stellenwert der Koronarintervention**“ lesen Sie in der **App-Ausgabe der „Ärzte Zeitung“ vom 29. Mai auf Seite 2.**  
© MATHIAS ERNERT, KLINIKUM LUDWIGSHAFEN

## Risikofaktor Ernährung: Sind die „bösen Fette“ gar nicht „böse“?

Die PURE-Studie hat im vergangenen Jahr für eine kleine Revolution in der Kardiologie gesorgt. Sind Warnungen vor zu viel gesättigten Fetten nun hinfällig? Ein Kardiologe erklärte, wie man Patienten in Sachen Ernährung beraten kann.

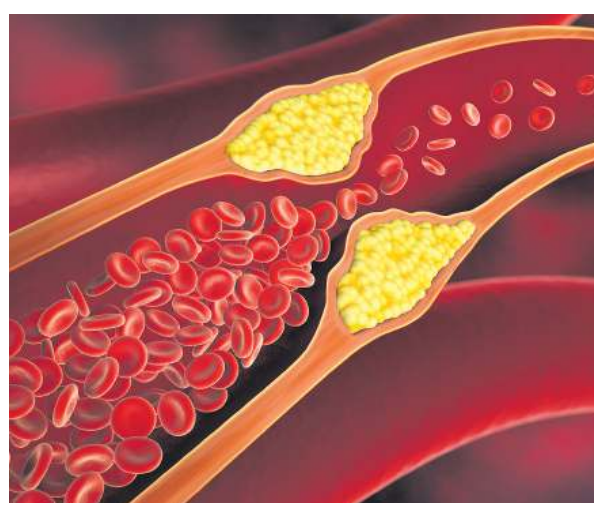
Von Jan Groh

**Berlin.** Es ist unwahrscheinlich, dass irgendjemand im Auditorium mit Entwarnungsmeldungen gerechnet hatte. Und dennoch präsentierte Professor Carsten Tschöpe von der Berliner Charité den zur Fortbildungsveranstaltung Praxis Update versammelten 800 Allgemeinmedizinern Daten, die einer kleinen Revolution in der Kardiologie nahekommen.

Leider betrafen die Zahlen weder die Inzidenz noch die Mortalität kardiovaskulärer Erkrankungen. Im Gegenteil. Das Risiko, einen kardiovaskulären Tod zu sterben, habe in den Jahren zwischen 1990 und 2013 weltweit um rund 40 Prozent zugenommen, so Tschöpe. Unverändert führten KHK, Schlaganfall und weitere kardiovaskuläre Erkrankungen mit Abstand die Mortalitätsstatistiken an. Und das für beide Geschlechter.

### „Gutes“ Fett und „böser“ Zucker

Nein, die kleine Revolution betraf die Bewertung von Risikofaktoren auf Grundlage der PURE-Studie. In der Studie PURE wurden – wie berichtet – von mehr als 135 000 Patienten mit stabiler ischämischer Herzkrankheit beiderlei Geschlechts zwischen 35 und 70 Jahren aus 18 Ländern über 7,4 Jahre regelmäßig Daten erhoben (Lancet 2017; 390: 2050-62). Dabei habe sich erwiesen, so Tschöpe, dass die aufgenommene Menge an Nah-



An der Bewertung der Blutfette hat die PURE-Studie nichts geändert.  
© PSDSIGN/STOCK.ADOBE.COM

rungsfetten, gleichgültig welcher Art, nicht etwa das Risiko von Komplikationen oder Progression erhöhe, sondern im Gegenteil einen Schutz vor kardiovaskulären Ereignissen darstellte. Hingegen habe ein erhöhter Konsum von Kohlenhydraten das Risiko kardiovaskulärer Ereignisse in der PURE-Studie signifikant erhöht.

Wie also lauten die aktuellen Ernährungsempfehlungen aus Sicht eines Kardiologen, nach dem frühere Empfehlungen zum Zucker-Konsum 2017 als „wissenschaftlich nicht vertrauenswürdig“ beurteilt wurden (Ann Intern Med 2017; 166: 257-267)? Tschöpe formulierte es so: „Iss weniger Zucker und weniger Weißmehl, aber so viel Gemüse wie möglich. Und meide verarbeitete Lebensmittel!“

Um bei Patienten Verwirrung angesichts der neuen Erkenntnis zu ver-

meiden, riet Tschöpe zur sorgsam differenzierung zwischen Nahrungsfetten und Blutfettwerten. Während Nahrungsfette auf Basis der PURE-Studie als protektiv angesehen werden müssten, habe sich an der Bewertung der Blutfette durch PURE nichts geändert.

### LDL-Grenzwerte noch zu hoch?

Unverändert korrelierten Veränderungen der LDL-Werte mit dem kardiovaskulären Risiko. Und sogar noch stärker, als bisher schon Lehrmeinung war. Tschöpe erinnerte an die Studie FOURIER, in der kardiologische Hochrisikopatienten zusätzlich zu einem Statin randomisiert-kontrolliert Placebo oder den PCSK9-Inhibitor Evolocumab bekamen. Durch letzteren sei eine signifikante zusätzliche Reduktion des LDL-Cholesterins auf im Median 30 mg/dl (Statin-PCSK9-Gruppe) erzielt worden (Statin-Placebo-Gruppe: 92 mg/dl).

Dieser Effekt habe sich auch beim primären Endpunkt der Studie, einer Zusammenfassung von Herz-Kreislauf-Ereignissen, hoch signifikant niedergeschlagen. Kardiovaskulärer Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall, instabile Angina pectoris und die Erfordernis einer koronaren Revascularisierung seien in der Gruppe mit Statin plus Evolocumab bereits nach 2,2 Jahren so signifikant seltener gewesen, dass die Studie zu diesem Zeitpunkt aus ethischen Gründen abgebrochen wurde sei. Ein Absenken des LDL unter den heute etablierten Grenzwert von 70 mg/dl gehe nach der FOURIER-Studie also mit einem signifikant verbesserten kardiovaskulären Überleben einher.

Allerdings goss Tschöpe sogleich Wasser in den neuen Wein des weiteren LDL-Absenkens. Denn die relative Risikoreduktion beim primären Endpunkt von 15 Prozent und beim kardiovaskulären Tod um 20 Prozent habe sich nicht in der Gesamtmortalität niedergeschlagen. Diese sei nicht signifikant beeinflusst worden.

**med update**  
**MEDIENPARTNER**  
**SPRINGER MEDIZIN**

### Praxis Update:

- **5.-6. April 2019** in Köln und München
- **10.-11. Mai 2019** in Berlin
- **17.-18. Mai 2019** in Wiesbaden und Hamburg
- **Gesamtprogramm** der Update-Veranstaltungen unter: <https://med-update.com>

### 68 Masern-Kranke in Köln gemeldet

**Köln / Düsseldorf.** In Köln sind seit Anfang des Jahres 68 Menschen an Masern erkrankt, meldet das Centrum für Reise- und Infektionsmedizin CRM. Das Kölner Gesundheitsamt gibt an, die Altersspanne der Infizierten reiche vom Säuglingsalter (sechs Monate) bis zum Seniorenalter (62 Jahre). Zurzeit werde in ganz Deutschland sowie in Europa ein gehäuftes Auftreten von Masernfällen beobachtet. Bundesweit wurden Angaben des CRM zufolge bis KW 18 bereits 219 Infektionen registriert. Die meisten Infektionen wurden in NRW gemeldet, gefolgt von Bayern und Baden-Württemberg. Der Impfstatus sollte bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen überprüft und gegebenenfalls ergänzt werden, rät das CRM. (eb)

### Attacke mit Nervengas: Mediziner rechneten mit Tod von Sergej und Julia Skripal

**London.** Es grenzt fast an ein Wunder, dass der ehemalige russische Doppelagent Sergej Skripal und seine Tochter Julia den Giftanschlag überlebt haben. Diese Ansicht hat Dr. Stephen Jukes, Facharzt auf der Intensivstation des Krankenhauses von Salisbury in England, im Interview mit der BBC vertreten. „Als uns erstmalig bewusst wurde, dass das ein Nervenkampfstoff war, gingen wir davon aus, dass sie nicht überleben.“ Zwar sollten alle Therapiemöglichkeiten versucht und die bestmögliche Betreuung gewährleistet werden. „Aber alle Anzeichen, die es gab, deuteten darauf hin, dass sie nicht überleben würden.“ Skripal und seine 33-jährige Tochter Julia waren am 4. März in der Kleinstadt bewusstlos auf einer Parkbank entdeckt worden. Sie wur-

den Untersuchungen zufolge mit einer geringen Menge des Nervengifts Novitschok in flüssiger Form vergiftet. Novitschok war einst in der Sowjetunion entwickelt worden. Julia Skripal wurde schon am 10. April aus dem Krankenhaus entlassen, ihr Vater am 18. Mai. Jukes sagte, es seien neue Ansätze bekannter Behandlungen ausprobiert worden. Die Geschwindigkeit, mit der sich beide Skripals erholt hätten, sei eine angenehme Überraschung gewesen, die er selbst nicht völlig erklären könne. Dr. Duncan Murray, der führende Facharzt auf der Intensivstation der Klinik, sagte, die enorme Verbesserung des Gesundheitszustandes der Skripals sei auf die sehr gute Intensivpflege sowie das exzellente Teamwork von Ärzten und Pflegekräften zurückzuführen. (dpa)

### Polymyalgia rheumatica: Neue Leitlinie erschienen

**Berlin.** Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) hat eine Leitlinie zur Behandlung bei Polymyalgia rheumatica (PMR) veröffentlicht (Z Rheumatol 2018; online 30 Mai). Von den Empfehlungen erhoffen sich die Experten spürbaren Nutzen für die Patienten, da die Therapie bislang uneinheitlich gehandhabt wird, so die DGRh. Die Behandlung besteht gemäß der neuen S3-Leitlinie in der oralen Gabe von Glukokortikoiden. Die Therapie sollte direkt nach der Diagnose eingeleitet werden. Bei den meisten Patienten komme es zu einer raschen und deutlich ausgeprägten Linderung der Beschwerden. (eb)

Die Leitlinie ist abrufbar unter [www.awmf.org/leitlinien/detail/II/060-006.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/060-006.html)

## GEWICHTSABNAHME

**Adipositas erfordert eine Dauertherapie**

Adipositas ist eine chronische Erkrankung mit komplexer Pathophysiologie. Bei der Therapie hat sich GLP-1 als effektives Target erwiesen.

**Berlin.** „Die Adipositas ist eine chronische Erkrankung, die behandelt werden kann, aber letztlich wie der Diabetes mellitus nicht heilbar ist“, erläuterte Professor Arya Sharma, Direktor des kanadischen Adipositas-Netzwerks und Leiter des Obesitas-Forschungsinstituts an der Universität von Alberta in Edmonton, beim Diabetes-Kongress in Berlin.

Die Pathogenese der Erkrankung sei sehr komplex. Die physikalische Denkweise, dass eine Verringerung der Kalorienzufuhr zusammen mit einem vermehrten Verbrauch zu einer Gewichtsreduktion führt, greife nicht; denn der Körper möchte sein Gewicht unbedingt halten und wehrt sich gegen alles, was zu einer Gewichtsreduktion führt.

**Körper schaltet in Sparmodus**

Dabei entwickelt er gegenregulatorische Strategien. Dazu gehören hormonelle Veränderungen, nämlich eine Abnahme des Leptins und eine Zunahme des Ghrelins. Konsequent nimmt der Appetit zu. Außerdem kommt es zu einer Abnahme des Grundumsatzes.

Darüber hinaus entwickelt der Körper die Fähigkeit, die gleiche Aktivität mit einem geringeren Kalorienverbrauch zu bewältigen, mit anderen Worten er schaltet auf Sparmodus. Diese Veränderungen mit dem Ziel, die Homöostase aufrecht zu erhalten, bleiben bestehen, auch wenn die Diät beendet wird. Dies erklärt, warum der Patient anschließend nicht nur schnell wieder sein Ausgangsgewicht, sondern sogar ein höheres Gewicht erreicht.

**GLP-1 ist ein effektives Target**

Nur mit Lifestyle-Maßnahmen lässt sich auf Dauer keine anhaltende Gewichtsreduktion erzielen. „Dann dürfte man täglich nicht mehr als 1400 Kalorien zu sich nehmen und wöchentlich 2800 Kalorien durch körperliche Aktivität verbrauchen, das hält niemand durch“, so Sharma bei der vom Unternehmen Novo Nordisk unterstützten Veranstaltung.

Mit Lebensstil-Änderungen könne das Gewicht deshalb nur um 3-5 Prozent gesenkt werden. Durch einen bariatrischen Eingriff dagegen wird das Gewicht um 20-30 Prozent reduziert. „Doch bei der Masse von Adipösen ist das kein allgemein praktikables Konzept“, so Sharma. Sinnvoll sei deshalb eine Pharmakotherapie, die aber wie bei jeder anderen chronischen Erkrankung dauerhaft erfolgen muss. „Hört man damit auf, so steigt das Gewicht wieder sehr schnell an“.

Von den vielen in Frage kommenden Targets hat sich GLP-1 als sinnvoll und effektiv erwiesen. So konnte mit dem GLP-1-Analogon Liraglutid 3 mg (Saxenda®) bei 63 Prozent der Patienten eine Gewichtsreduktion von mindestens 5 Prozent, bei 33 Prozent von mehr als 10 Prozent und bei 14 Prozent sogar von mehr als 15 Prozent erreicht werden. (sti)

**Morbus Bechterew: Drei Fragen geben Hinweis**

Leidet ein junger Patient länger als drei Monate an Rückenschmerz, verbirgt sich manchmal eine Ankylosierende Spondylitis dahinter. Wichtig ist dann eine rasche Absicherung der Diagnose beim Rheumatologen.

**Von Simone Reisdorf**

**Düsseldorf.** Rückenschmerz ist ein häufiger Grund für einen Arztbesuch. Ein kleiner Teil der Betroffenen leidet an Ankylosierender Spondylitis (AS, Morbus Bechterew). Diese Personen gilt es herauszufiltern, betonte Privatdozent Dr. Ali-Efter Yildiz, Internist und Hausarzt aus Ulm, bei einer vom Unternehmen Novartis unterstützten Veranstaltung: „Für den Krankheitsverlauf der AS-Patienten ist die Früherkennung maßgeblich. Deshalb sollten Hausärzte und Orthopäden bei Rückenschmerzpatienten immer auch an AS denken.“

Einem unter 45-jährigen Patienten mit chronischem Rückenschmerz sollte der Arzt drei Fragen stellen, riet Professor Jürgen Braun vom Rheumazentrum Ruhrgebiet in Herne:

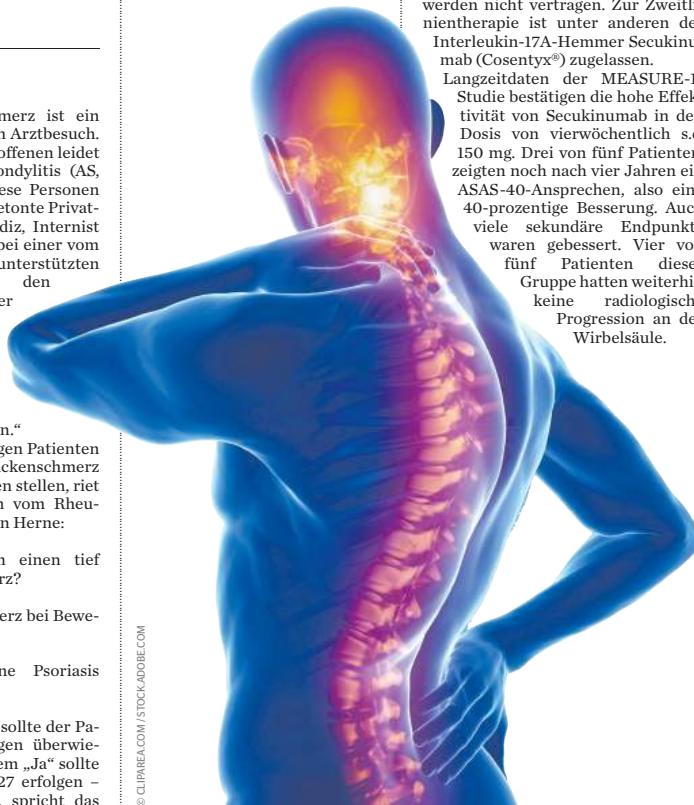
- Handelt es sich um einen tief sitzenden Rückenschmerz?
- Bessert sich der Schmerz bei Bewegung?
- Liegt außerdem eine Psoriasis vor?“

Treffen zwei Punkte zu, sollte der Patient zum Rheumatologen überwiesen werden. Bei nur einem „Ja“ sollte ein Gentest auf HLA-B27 erfolgen – ist dieser dann positiv, spricht das

ebenfalls für AS. Aber auch ein langsamer Erkrankungsbeginn, nächtlicher Schmerz, erhöhte CRP-Werte, Morgensteifigkeit, alternierender Gesäßschmerz, Daktylitis und Enthesitis sowie eine Besserung unter NSAR erhärten den Anfangsverdacht.

Bestätigt sich die AS-Diagnose, wird der Rheumatologe zunächst meist NSAR verordnen. Oft reichen diese aber auf Dauer nicht aus oder werden nicht vertragen. Zur Zweitlinientherapie ist unter anderem der Interleukin-17A-Hemmer Secukinumab (Cosentyx®) zugelassen.

Langzeitdaten der MEASURE-1-Studie bestätigen die hohe Effektivität von Secukinumab in der Dosis von vierwöchentlich s.c. 150 mg. Drei von fünf Patienten zeigten noch nach vier Jahren ein ASAS-40-Ansprechen, also eine 40-prozentige Besserung. Auch viele sekundäre Endpunkte waren gebessert. Vier von fünf Patienten dieser Gruppe hatten weiterhin keine radiologische Progression an der Wirbelsäule.



© CLIPAREA.COM / STOCKADORE.COM

**Pankreaskarzinom? Die Atemluft verrät es!**

Italienische Forscher haben einen Atemtest entwickelt, mit dem sich ein duktales Adenokarzinom des Pankreas mit hoher Spezifität und Sensitivität diagnostizieren lässt.

**Von Peter Leiner**

**Verona.** Für Patienten mit einem Lungenkarzinom ist bereits ein Atemtest entwickelt worden, mit dem sich in 90 Prozent der Fälle die Krebserkrankung richtig erkennen lässt. Forschungen zu solchen Atemtests reichen zurück bis Mitte der 1985er-Jahre (Clin Chem 1985; 31: 1278-1282).

Jetzt haben italienische Forscher um Dr. Andrea Princivalle von der Uni in Verona auf massenspektroskopischer Basis einen Atemtest entwickelt, mit dem sich ein duktales Adenokarzinom des Pankreas diagnostizieren lässt (BMC Cancer 2018; 18:

**95%**

**betrug die Sensitivität** des Atemtests zur Diagnose eines duktales Pankreaskarzinoms (drei falsch negative Testergebnisse bei 65 Patienten). Die Spezifität betrug 92 Prozent (acht falsch positive Testergebnisse bei 102 Gesunden).

529; online 4. Mai). Sie überprüften die Aussagekraft des Testsystems bei anfangs 65 Patienten mit einem histopathologisch bestätigten Karzinom und 102 Gesunden. Die Patienten waren für eine Op vorgesehen und hatten bis zum Test noch keine Chemotherapie erhalten. Gemessen wurde ein bis drei Tage vor dem Eingriff.

Für die Messungen verwendeten die Wissenschaftler ein Massenspektrometriegerät des österreichischen Herstellers V&F medical development GmbH. Ausgangslage der Untersuchung war die Analyse von 92 chemischen Verbindungen in der nicht durch Schadstoffe kontaminierten Atemluft. Unberücksichtigt blieben unter anderem Moleküle mit Esterbindungen, hochreaktive Verbindungen wie freie Radikale und Moleküle mit einem Siedepunkt über 150 °C. Gemessen wurde morgens nüchtern, und zwar in der Alveolarluft.

Zur Unterscheidung zwischen Patienten und Gesunden nutzten Princivalle und seine Kollegen darüber hinaus ein spezielles statistisches Regressionsverfahren (Least Absolute

**„GESÜNDER UNTER 7 PLUS“****Diabetes: Aufklärung weiter nötig**

Die Diabetes-Aktion „Gesünder unter 7 PLUS“ ist mit einem Tischtennisturnier gestartet.

**Schwerin.** Der Auftakt der vom Unternehmen Sanofi initiierten Diabetesaktion „Wissen was bei Diabetes zählt: Gesünder unter 7 PLUS“ fand am 19. und 20. April in Schwerin statt. Neben Infos und Risiko-Checks gab es ein Tischtennisturnier.

Nach wie vor ist der Aufklärungsbedarf über Diabetes sehr hoch. Das bestätigte die Auswertung des Diabetes-Risikochecks aus dem Jahre 2017, die bei einer von Sanofi unterstützten Veranstaltung im Rahmen der Aktion in Schwerin vorgestellt wurde. So war zwar bei 87 Prozent der Teilnehmer kein Diabetes bekannt; jeder zweite von ihnen hatte jedoch ein erhöhtes Risiko, in den nächsten zehn Jahren an Diabetes zu erkranken.

158 Teilnehmer der Aktion im vergangenen Jahr hatten bereits einen diagnostizierten Typ-2-Diabetes. Bei 41 Prozent von ihnen lag der HbA<sub>1c</sub>-Wert  $\geq$  7 Prozent. Der bei 147 Personen mit Diabetes gemessene LDL-Cholesterinwert war in 76 Prozent der Fälle  $>$  70 mg/dl.

Zusammen mit dem Schweriner Tischtennisverein „Mecklenburger Stiere“ setzte die Diabetesaktion auch ein Zeichen für mehr Bewegung und einen gesunden Lebensstil – mit einem Tischtennis-Match am Abend des ersten Veranstaltungstages. Nach spannenden Ballwechseln brachten die Gastgeber einen verdienten Sieg gegen die Gastmannschaft von „Wissen was bei Diabetes zählt: Gesünder unter 7 PLUS“ nach Hause.

Die Diabetes-Aktion findet dieses Jahr zum 14. Mal statt. Sie wird am 16. und 17. August 2018 in Saarbrücken zu Gast sein. (sir)

 Weitere Informationen unter [www.gesuender-unter-7.de](http://www.gesuender-unter-7.de)

Shrinkage and Selection Operator multivariate Logistic Regression model), das auch als LASSO-Schätzung bekannt ist und bei maschinellen Lernverfahren verwendet wird. Wie die Forscher berichten, wurde mit einer Sensitivität von 95,4 Prozent (drei falsch negative Testergebnisse bei 65 Patienten) eine Spezifität von 92,2 Prozent (acht falsch positive Testergebnisse bei 102 Gesunden) erreicht.

Zur weiteren Validierung wurden Messungen der zehn am besten geeigneten Verbindungen wie Ammonium und Schwefeldioxid verwendet, und zwar bei 50 neuen Studienteilnehmern zwischen 40 und 75: 24 Pankreas-Ca-Patienten und 26 Gesunde. Nach Angaben der Forscher wurde mithilfe der Modellrechnung die Krebserkrankung bei 23 der 24 Patienten (Sensitivität: 95,8 Prozent) richtig erkannt. Die Spezifität lag bei 96,2 Prozent (25 der 26 Gesunden richtig erkannt). In weiteren Untersuchungen soll nun geprüft werden, welche der zehn Verbindungen am besten zum Nachweis eines Pankreaskarzinoms geeignet sind.



NEU AUF DEM MARKT »

DEUTSCHE AIDS-HILFE

Tipps zur HIV-Diagnostik



Um Hausärzte beim frühen Erkennen einer HIV-Infektion zu unterstützen, hat die Deutsche AIDS-Hilfe die Broschüre „HIV früh erkennen – Aids vermeiden“ erstellt. Sie enthält Infos zu Ursachen für Spätdiagnosen, Erkennen von Indikatorkrankungen, Tipps zur Gesprächsführung rund um Sexualität und sexuell übertragbare Infektionen, Hinweise auf Testverfahren und Abrechnungsmöglichkeiten sowie zum Vorgehen bei positivem Testergebnis.

Download / Bestellmöglichkeit: <https://www.aidshilfe.de> > Service > Material bestellen > Suche mit „HIV früh erkennen“ (Abgabe nur an Ärzte, Mitgliedsorganisationen und Beratungsstellen, maximal 25 Stück).

SHIRE

myPKFit auch für ADYNOVI®

Mit dem CE-zertifizierten Medizinprodukt myPKFIT 3.0 ist jetzt bei Hämophilie A-Patienten auch die Therapiesteuerung bei personalisierter Prophylaxe mit dem Halbwertszeit-verlängerten Faktor VIII-Präparat ADYNOVI® (Rurioctocog alfa pegol) möglich, teilt das Unternehmen Shire mit.

Mit myPKFIT können Dosierung und Injektionsintervalle individuell angepasst und optimiert werden. Das Medizinprodukt besteht aus einer umfangreichen webbasierten Anwendung für den Arzt sowie einer Patienten-App.

Die Erstellung des individuellen Pharmakokinetik(PK)-Profils erfolgt anhand von zwei Blutproben. Mit der webbasierten Anwendung von myPKFIT lassen sich anschließend individuelle Behandlungspläne simulieren und visualisieren; mit myPKFIT 3.0 können hierfür sowohl der gewünschte Talspiegel als auch die gewünschte Dosierung als Ausgangspunkt für die Therapiesteuerung genutzt werden. Um einen entsprechend hohen Blutungsschutz zu gewährleisten, kann der Talspiegel nun für einen Bereich von 1 bis 30 Prozent vordefiniert werden, wie der Hersteller berichtet.

Auf [www.mypkfit.com](http://www.mypkfit.com) erhalten Ärzte Zugriff auf myPKFIT und finden entsprechende Kontaktinformationen. Patienten und deren Angehörige können sich auf der Website [www.mypkfit.de](http://www.mypkfit.de) zielgruppenspezifisch über myPKFIT informieren.

1 A PHARMA

Hilfe bei der Beratung von Opioid-Nutzern

Ein Servicepaket zur Unterstützung der Beratung reiselustiger Schmerz-Patienten enthält auch einen Mini-Sprachführer.

Schmerz-Patienten mit Reiseabsichten brauchen zum Beispiel Infos zum korrekten Transport und zur Lagerung der ihnen verschriebenen Opiode sowie notwendige Bescheinigungen zum Mitführen von Betäubungsmitteln, erinnert 1A Pharma. Das Unternehmen unterstützt Ärzte und Apotheker mit dem Servicepaket „Reisen mit Opioiden“. Das „Einfach-Hilfreich-Paket „Reisen mit Opioiden““ enthält vier Reisemappen für Patienten mit folgenden Abgabematerialien:

■ Ratgeber „Reisen mit Opioiden“: Er erklärt Patienten, was sie bei der Reisevorbereitung sowie bei Transport und Lagerung der Medikamente beachten müssen.

■ Mini-Sprachführer in verschiedenen Sprachen: Er hilft Schmerz-Patienten, sich im Ausland zu verständigen, und hält relevante Sätze und Vokabeln für Arztbesuch, Not-



Mit diesen Materialien lassen sich Schmerz-Kranke gut beraten. © 1A PHARMA

fälle oder gesundheitsrelevante Themen im Hotel bereit. Zusätzlich unterstützen einfache Piktogramme die Kommunikation ohne Worte.

■ Opioid-Ausweis: Er enthält Infos zur verordneten Opioid-Therapie in mehreren Sprachen.

Speziell für die Beratungssituation enthält das Servicepaket je eine Opioid-Umrechnungstabelle und eine Illustration als laminierte Karte. Anhand der Erklärgrafik können Ärzte und Apotheker dem Patienten anschaulich zeigen, welche Vorbereitungen für die Reise wichtig sind.

Außerdem sind Bescheinigungen für das Mitführen von Betäubungsmitteln ins Ausland beigelegt: Je nach Zielland müssen Patienten ausgefüllte und beglaubigte Bescheinigungen für den Schengen-Raum oder für Länder außerhalb des Schengen-Raums mitführen.

Ärzte und Apotheker können kostenlos das Einfach-Hilfreich-Paket „Reisen mit Opioiden“ bestellen: Fax 0900/4392588-01 oder [www.1apharma.de/service](http://www.1apharma.de/service)

HENNIG

Ivabradin im Portfolio

Das Unternehmen Hennig Arzneimittel bietet in seiner Generikapalette jetzt auch Ivabradin Hennig® an. Das Medikament senkt die Herzfrequenz und ist zugelassen zur symptomatischen Therapie bei chronischer stabiler Angina pectoris sowie zur Therapie bei chronischer Herzinsuffizienz. Ivabradin Hennig® ist in den Wirkstärken 5 mg und 7,5 mg erhältlich, wie der Hersteller mitteilt. Die Filmtablette mit 5 mg Wirkstoff ist teilbar. Für beide Wirkstärken gibt es Packungen à 28, 56 und 98 Stück.

INFECTOPHARM

Desmopressin als Saft

Das Unternehmen InfectoPharm hat NIWINAS® (360 µg/ml) Desmopressin als Lösung zum Einnehmen eingeführt. Gemäß Leitlinie „Enuresis und nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen“ kann NIWINAS® (360 µg/ml) alternativ zur apparativen Verhaltenstherapie angeboten werden und soll genutzt werden, wenn die Voraussetzungen für diese nicht erfüllt sind oder eine korrekt durchgeführte apparative Verhaltenstherapie nicht erfolgreich war.

GLENMARK

Generisches Ezetimib

Zur Therapie bei Hypercholesterinämie bietet das Unternehmen Glenmark in Gröbenzell jetzt Ezetimib Glenmark Tabletten an. Das zum Erstanbieterprodukt Ezetrol® bioäquivalente Arzneimittel ist in der Dosierung 10 mg und in den Packungsgrößen mit 30, 50 und 100 Stück erhältlich, wie der Hersteller mitteilt.

Die empfohlene Tagesdosis Ezetimib Glenmark Tabletten beträgt 10 mg einmal täglich zu einer beliebigen Tageszeit mit oder ohne Nahrungsaufnahme.

BAYER VITAL

Neue Fachkreisseite Iberogast® ist online

Auf der überarbeiteten, erweiterten Iberogast®-Fachkreisseite finden Ärzte natürlich nach wie vor viele Infos über die Iberis-amara-Kombination. So etwa, dass Iberogast® durch das BfArM als einzige pflanzliche Arznei bei Reizmagern und Reizdarm zugelassen und für diese Erkrankungen von der DGVS in den Leitlinien auch als Therapieoption gelistet ist. Ebenso bietet das Portal Hintergrundstudien zur Wirksamkeit und Verträglichkeit sowie Infos zur Definition, Epidemiologie, sozioökonomischen Bedeutung, zu Symptomen und Ursachen von Reizmagern- und Reizdarmkrankung, teilt Bayer Vital mit. Als Services können Ärzte zum Beispiel das „Magen-Darm up to date“ sowie Gebrauchs- und Fachinfos downloaden.



Hier gibt's auch Infos zu Studien und zur Kostenerstattung: [www.iberogast.de](http://www.iberogast.de)

Unter dem Stichwort „Kostenerstattung“ lässt sich auf eine Liste teilnehmender Krankenkassen zugreifen,

welche anteilig die Kosten für Therapeutika wie Iberogast® erstatten: [www.iberogast.de](http://www.iberogast.de) > Fachkreis Login

DHA

Neurodermitis im Fokus



Die Therapie bei schwerer Neurodermitis ist Schwerpunkt einer Broschüre der Deutschen Haut- und Allergiehilfe e.V. (DHA). Erklärt werden Basistherapie, topische und systemische Behandlung. Aber auch zu ergänzenden Therapien wie Phototherapie oder Schulungen werden die Leser in der mit Unterstützung der Sanofi-Aventis Deutschland GmbH realisierten Broschüre informiert.

Kostenloser Bezug: DHA, Heilsbachstr. 32, 53123 Bonn, oder über [www.dha-schwere-neurodermitis.de](http://www.dha-schwere-neurodermitis.de)

ABBVIE

PARKOUR auch digital

Parkinson-Patienten und Interessierte finden im digitalen Parkinson-Magazin PARKOUR Infos und Tipps rund um die Erkrankung. Experten teilen ihr Wissen, berichten aus dem Therapiealltag oder vermitteln Erkenntnisse aus der Forschung. Auch kommen Betroffene selbst zu Wort. Das digitale Magazin erscheint ergänzend zum gedruckten Heft und ist ebenfalls kostenfrei. Einmal pro Quartal gibt es eine neue PARKOUR-Ausgabe.

Digital können die jeweils neuen Ausgaben bereits zwei Wochen vor Erscheinen des gedruckten Heftes gelesen werden, teilt AbbVie mit.

Der Link: [www.abbvie-care.de/parkour/](http://www.abbvie-care.de/parkour/)

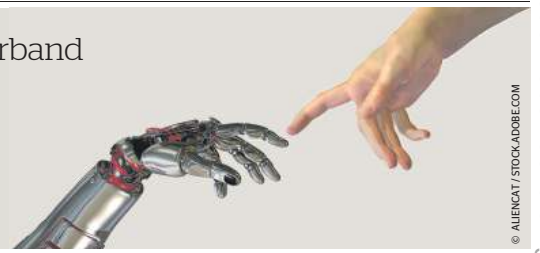
PASCOE

Pascoflorin® mit Biotin

Eine intakte Darmschleimhaut ist wichtig für die Darmfunktion, erinnert das Unternehmen Pascoe. Genau hier setze das Nahrungsergänzungsmittel Pascoflorin® an. Es enthält neben einer Milliarde koloniebildenden Einheiten neun vermehrungsfähiger Bakterienkulturen und Inulin in einer Kapsel 30 Mikrogramm Vitamin Biotin. Das seien 60 Prozent der empfohlenen Tagesverzehrmenge, so der Hersteller. Biotin diene unter anderem zur Aufrechterhaltung einer normalen Darmschleimhaut. Die Kapseln sind magensaftresistent, sodass die enthaltenen Kulturen den Darm unbeschadet erreichen.

Die **Mensch-Maschine-Interaktion** stellt für den Weltroboterverband im Healthcare-Sektor die Zukunft der Versorgung dar. Singapur gilt dabei bereits heute als Vorreiter.

Die International Federation of Robotics hat in einem aktuell veröffentlichten Positionspapier das Potenzial analysiert, das der Robotereinsatz im Gesundheitssektor bietet. **SEITE 12**



#### BEITRAGSERHÖHUNG

## Standardtarif der PKV wird deutlich teurer

Die dauerhaft niedrigen Zinsen zwingen die PKV, die Altersrückstellungen zu erhöhen. Infolge dessen steigen die Beiträge.

**Berlin.** Der Standardtarif der privaten Krankenversicherer (PKV) für Männer wird wegen der für Juli vom PKV-Verband angekündigten Absenkung des Rechnungszinses teils deutlich teurer. Das haben Anfragen bei einzelnen Anbietern ergeben.

Bei der Allianz Krankenversicherung sind demnach 5000 Versicherte von Beitragserhöhungen betroffen. Sie müssen künftig im Schnitt 332 Euro bezahlen und damit 12,9 Prozent mehr als bisher. Die DKV bringt es auf 12700 männliche Standard-Versicherte, von denen voraussichtlich 12400 von einer Beitragserhöhung betroffen sind. Der durchschnittliche Beitrag soll um 29,1 Prozent auf 310 Euro steigen. Bei der Debeka sind lediglich 320 Personen von Beitragserhöhungen im Männer-Standardtarif betroffen. Der durchschnittliche Beitrag steigt bei diesem Versicherer um 16,8 Prozent auf 294 Euro. Die letzte Erhöhung im Standardtarif hatte es 2014 gegeben.

Der PKV-Verband reagiert mit der Absenkung des Rechnungszinses auf die Niedrigzinsen an den Kapitalmärkten, die höhere Altersrückstellungen nötig machen. Wie stark der Rechnungszins von bisherigem Niveau von 3,5 Prozent abgesenkt wird, teilt der Verband allerdings noch nicht mit. Nach Verbandsangaben sind rund 30000 Männer im Standardtarif versichert. Er ist auf dem Niveau des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung gedeckelt und richtet sich an Versicherte, die älter sind als 55 und die vor 2009 in das private System gewechselt sind. (tau)

# Vitabook lockt mit Bonuszahlung bei Rezeptorder

Alter Wein in neuen Schläuchen? Das E-Health-Unternehmen Vitabook spricht davon, ein „bundesweites E-Rezept“ einzuführen. Bei genauerem Hinsehen werden aber nur Folge-rezepte online geordert.

Von Ruth Ney

**Neu-Isenburg.** Die Ankündigung in der Pressemitteilung klingt fast revolutionär: Ein bundesweites E-Rezept soll eingeführt werden, Kassenpatienten sollen bis zu 15 Euro Rezeptbonus erhalten. So jedenfalls verspricht es das Hamburger E-Health-Unternehmen Vitabook. Sollte dem Anbieter einer Cloud-basierten E-Akte geglückt sein, worauf andere schon lange warten? Beispielsweise sollten eigentlich auch bei dem Modellprojekt „DocDirekt“ zur Fernbehandlung in Baden-Württemberg Teleärzte E-Rezepte für verschreibungspflichtige Medikamente ausstellen können. Wegen juristischer Bedenken habe die KV davon aber Abstand genommen, wie KV-Vize Dr. Johannes Fechner unlängst der „Ärzte Zeitung“ mitteilte.

Zugleich sind Boni auf rezeptpflichtige Medikamente arzneimittelrechtlich unzulässig. In Deutschland und für deutsche Apotheken gilt eine Preisbindung auf verschreibungspflichtige Produkte. Diverse Versuche einzelner inländischer Anbieter, diese Preisbindung zu unterlaufen, wurden bisher regelmäßig erfolgreich abgelehnt.

Was also macht Vitabook genau? Das Unternehmen bietet einen ausgeklügelten Service ausgehend von einer E-Gesundheitsakte an, inklusive Gesundheitskonto, Arzneimittel-Bestellfunktion Termin- und Überweisungsanfrage. Patienten können sich auf einer Plattform registrieren und



Patienten, die über die Vitabook-Plattform online Folgerezepte bestellen, sollen dafür mit 2,50 Euro Bonus je Medikament belohnt werden. © PIXAU/STOCK.ADOBE.COM



Der ganze Ablauf ist doch schon eine verbreitete Praxis, etwa bei der Heimversorgung.

**Markus Bönig**  
Gründer und Geschäftsführer der Vitabook GmbH

ihre gesamten Krankheits- und Medikationsdaten eingeben und verwalten. Für Kassenpatienten ist das kostenfrei, Privatversicherte müssen einen monatlichen Obolus von 1,95 Euro entrichten.

Kassenpatienten haben nun auf diesem Weg auch die Möglichkeit anzugeben, dass ihre Dauermedikation bald aufgebraucht ist und ein Folgerezept nötig wird. Bei Angabe ihrer Kasse, des verordnenden Arztes und der Apotheke, die das Medikament besorgen soll, gehen an beide Versorger dann Faxe mit der Arzneiorder raus. „Wir haben von allen Ärzten und Apotheken bundesweit diese Daten über Adressregister hinterlegt“, so Vitabook-Chef Markus Bönig zur „Ärzte Zeitung“. Der Arzt entscheide dann über die Rezeptausstellung, die – wie bisher auch – auf Papier mittels Muster 16 erfolge. Die Apotheke hole das Rezept dann ab, und der Patient be-

komme es entweder von einer der gut 500 „Partnerapotheken“ geliefert oder könne es in der Apotheke abholen. „Der ganze Ablauf ist doch schon eine verbreitete Praxis, etwa bei der Heimversorgung“, so Bönig.

Bönig setzt darauf, dass der Patient entweder von seinem Arzt oder dem Apotheker informiert wird, falls die Order nicht ausgeführt wird. Ärzten, die keine Faxe erhalten möchten, bietet er eine kostenfreie elektronische Schnittstellenanbindung an. Überhaupt sieht er im Datenschutz kein Problem. Bönig: „Allein der Patient ist Herr seiner Daten. Er bestimmt auch über die Freigabe der Order und den Bestellprozess“. Die Daten würden alle in einer Microsoftcloud der Telecom gespeichert, die in Magdeburg und Darmstadt verwaltet würden.

Auch sein Bonusversprechen sieht Bönig gelassen: „Das Verbot bezieht sich auf Boni bei Rezepteinlösung. Wir geben sie aber für den Arztkontakt und das Ordern des Rezepts in Zusammenhang mit unserer Funktion der Gesundheitsakte.“ Tatsächlich räumt Paragraph 68 SGB V Kassen die Möglichkeit ein, eine Gesundheitsakte finanziell zu unterstützen. 17 Kassen hätten dahingehend auch bereits ihre Satzungen geändert, berichtet der Vitabook-Chef.

Sein Unternehmen tritt nun zunächst mit 2,50 Euro pro rezeptiertem und online geordertem Medikament in Vorlage – also insgesamt bis zu 15 Euro für die theoretisch sechs Rezeptpositionen bei Doppelbelegung der Einzelzeilen auf dem Muster 16. Über Vereinbarungen mit den Kassen erfolge dann die Rückerstattung an Vitabook. Mit welchen Kassen er entsprechende Vereinbarungen hat, wollte Bönig allerdings nicht sagen.

Vitabook kann nach eigenen Angaben bereits auf die Erfahrung mit rund 250000 Patienten und etwa 2,5 Millionen Packungstransaktionen zurückblicken. 8500 Ärzte hätten zudem an entsprechenden Modellprojekten von Vitabook teilgenommen.

## Bis zu 14 000 Patienten mit Cannabis in Deutschland

**Bremen.** Bundesweit werden derzeit zwischen 12 000 und 14 000 Patienten aus medizinischen Gründen mit Cannabis versorgt. Das geht aus einer Antwort des Bremer Senats auf eine parlamentarische Anfrage der FDP hervor, für die die größeren Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen befragt wurden. Die bundesweite Patientenzahl ergebe sich aus Abrechnungsdaten der Kostenträger und beziehe sich auf den Zeitraum ab 2017, hieß in der Antwort. Im März 2017 trat das Cannabis-Gesetz in Kraft. Die Zahl der Patienten entspreche der Zahl der positiv beschiedenen Anträge der gesetzlichen Krankenkassen. Die Ablehnungsquote liege bei 30 bis 35 Prozent. Abgelehnt wurden Anträge unter anderem deshalb, weil keine schwere Erkrankung vorlag. (dpa)

## Kündigung verstößt gegen Diskriminierungsverbot

**Luxemburg.** Der katholische Chefarzt einer konfessionellen Klinik in Deutschland darf aus Sicht des zuständigen EU-Gutachters nicht entlassen werden, weil er nach einer Scheidung wieder geheiratet hat. Dem stehe das Diskriminierungsverbot der Europäischen Union entgegen, so Generalanwalt Melchior Wathelet am Donnerstag in seinen Schlussanträgen zum Verfahren vor dem Europäischen Gerichtshof (Rechtssache C-68/17). Das Urteil wird in einigen Wochen erwartet. Oft folgt der EuGH dem Gutachter. Der Chefarzt eines katholischen Krankenhauses in Düsseldorf hatte nach Scheidung von seiner ersten Frau nach Zivilrecht erneut geheiratet. Der Gutachter würdigt dabei durchaus die Stellung der Kirche nach deutschem Verfassungsrecht. (dpa)

## Griechenland im Streik, Ärzte behandeln nur Notfälle

**Athen.** Aus Protest gegen die harte Sparpolitik der Regierung sind viele Griechen am Mittwoch in den Streik getreten. Probleme gab es im Fähr-, Nah- und Luftverkehr. Öffentliche Verwaltung und Schulen blieben geschlossen. Ärzte in staatlichen Krankenhäusern behandelten nur Notfälle. Um die Mittagszeit gingen nach Polizeischätzungen rund 8000 Menschen im Zentrum Athens auf die Straßen. Die Demonstrationen verliefen weitgehend ruhig. Das dritte EU-Hilfspaket für Griechenland seit 2010 in Höhe von bis zu 86 Milliarden Euro läuft im August aus. Athen hofft, bis dahin das nötige Vertrauen an den Finanzmärkten zurückgewonnen zu haben, um sich wieder eigenständig Kapital beschaffen zu können. (dpa)

## Westküstenkliniken: Viertes Jahr in Folge mit Gewinn

**Heide.** Die Westküstenkliniken (WKK) Heide und Brunsbüttel haben 2017 knapp 2,1 Millionen Euro Überschuss erzielt. Damit lag das kommunal geführte Klinikunternehmen zum vierten Mal in Folge deutlich im Gewinn. Der Umsatz betrug 152 Millionen Euro. An den beiden Dithmarscher Standorten wurden zusammen 30 900 Patienten stationär und weitere 38 000 ambulant behandelt. In Gebäude und Medizintechnik investierten die WKK 2017 rund neun Millionen Euro. Der Großteil dieser Summe floss in das Integrierte Versorgungszentrum (IVZ) Brunsbüttel, das Ende des Jahres eröffnet werden soll. Ziel des IVZ ist eine enge Verzahnung ambulanter Leistungen niedergelassener Fachärzte mit Leistungen des Klinikums. (di)

# Prävention mit Maßband – aus der Trickkiste eines Landarztes

Vor allen Dingen die lang-jährige Begleitung der Patienten findet Dr. Johann-Christian Hackbarth erfüllend. Dem Hausarzt vom alten Schlag macht sein Beruf viel Spaß.

Von Dirk Schnack

**Jevenstedt.** Er ist Landarzt in Einzelpraxis, macht gerne Hausbesuche im Pflegeheim, spricht gerne mit seinen Patienten über deren Lebensumstände – kurzum: Dr. Johann-Christian Hackbarth macht vieles von dem, was seine jüngeren Kollegen angeblich nicht mehr so schätzen.

Der in Jevenstedt bei Rendsburg niedergelassene Allgemeinmediziner verkörpert tatsächlich den Hausarzt „alten Schlages“, der, glaubt man manchen Medienberichten, in wenigen Jahren ausgestorben sein wird. Wenn es so kommt, hätte Hackbarth dafür wenig Verständnis. Denn ihm macht sein Arbeitsalltag – abgesehen von den bürokratischen Anforderungen – auch nach 27 Jahren in der Niederlassung noch Spaß. Ein Grund dafür ist die langjährige Begleitung der von ihm behandelten Patienten. „Ich habe heute erwachsene Patienten, deren Eltern in meiner Praxis waren und sich mit dem Gedanken an ihr erstes Kind getragen haben“, sagt der Landarzt. 1991 hat er sich in Jevenstedt niedergelassen. Zunächst in Gemeinschaftspraxis, seit 1994 ist er Einzelkämpfer. Neben seiner gibt es eine weitere Praxis am Ort. Mit Umland sind rund 3500 Patienten zu versorgen. Im benachbarten Rendsburg, nur wenige Autominuten entfernt, finden seine Patienten Krankenhaus und fachärztliche Versorgung.

## Auch am Wochenende ansprechbar

Hackbarth bietet eine allgemeinmedizinische Versorgung, die weit über das hinausgeht, was man erwarten darf. „Wenn mich ein Patient am Wochenende anruft, weil er mich braucht, finde ich daran nichts Problematisches“, lautet seine Einstellung. Die geht einher mit echtem Interesse an den Patienten, deren Familien und ihren Lebensumständen. „Man ist auch ein wenig Seelsorger“, ist seine Erfahrung, die ihn aber nicht abschreckt. Das liegt auch an seiner Einstellung zu den Menschen und zur Medizin.

„Wer hätte vor Jahren gedacht, dass wir heute rauchfrei in Gaststätten essen können? Solche Fortschritte lassen sich nur politisch erreichen.“

Dr. Johann-Christian Hackbarth  
Hausarzt in Jevenstedt



Glücklich als Landarzt: Dr. Johann-Christian Hackbarth. © DIRK SCHNACK

Hackbarth ist seit vielen Jahren Präventologe und versucht seine Patienten dazu zu motivieren, bewusster auf Ernährung und Bewegung zu achten, Stress zu verringern und damit ihre Gesundheit zu fördern. „Das gelingt nur bei einem eigenverantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit“, sagt Hackbarth.

Nicht bei allen Patienten hat er damit Erfolg. Auch in seiner Praxis gibt es Patienten, die trotz schwerer, schon eingetretener gesundheitlicher Schäden weiterhin rauchen und die sich trotz starken Übergewichts weiterhin ungesund und im Übermaß ernähren. Weil die Eigenverantwortung an ihre Grenzen stößt, begrüßt er gesetzliche Regelungen wie etwa das Rauchverbot an öffentlichen Plätzen: „Wer hätte vor Jahren gedacht, dass wir heute rauchfrei in Gaststätten essen können? Solche Fortschritte lassen sich nur politisch erreichen“, nennt er als Beispiel.

Daneben aber versucht er als Präventologe (Informationen dazu unter [www.praeventologe.de](http://www.praeventologe.de)) bei den Einzelnen in kleinen Schritten Fortschritte zu erzielen und stößt durchaus auf Resonanz. Oft sind es banale

Maßnahmen, die manche Patienten zum Nachdenken anregen. So hängt in seiner Praxis etwa ein Maßband mit einer Länge von 100 Zentimetern. Daneben ein Hinweis: „Wenn dieses Maßband über ihrem Bauch nicht mehr zusammenfindet, sprechen Sie mich an.“

## Staffelgehen gegen Einsamkeit

Neben seiner Praxistätigkeit setzt Hackbarth auch Impulse für die Dorfentwicklung, um dem von ihm beobachteten Trend zur Urbanisierung und Vereinsamung entgegen zu wirken. Zusammen mit dem örtlichen Gewerbeverein hat er beispielsweise ein 24-stündiges Staffelgehen organisiert. Ergebnis war Bewegung an der frischen Luft auch für viele seiner Patienten und ein Gemeinschaftsgefühl. Eigenverantwortung stärken, Menschen zusammenführen – darin sieht der Landarzt zwei seiner Aufgaben.

Wie lange Hackbarth noch als Landarzt arbeiten wird, will der 64-Jährige aktuell noch nicht entscheiden – „mindestens noch drei, vier Jahre“. Er ist überzeugt: Ohne seinen Beruf, den er mehr als Berufung versteht, wäre sein Alltag ärmer.

## TELEMATIKINFRASTRUKTUR

### Schon wieder Aufregung um die eGK

**Berlin.** Ist der Anschluss der Arzt- und Zahnarztpraxen an die Telematikinfrastruktur (TI) noch bis Jahresende zu schaffen? Laut ARD-Wirtschaftsmagazin „plusminus“ gibt es Zweifel daran, dass alle Praxen rechtzeitig die nötige Ausstattung erhalten können. Die Bundesregierung mache dagegen Druck, dass das Projekt vorangeht.

In einer Reaktion auf die Sendung am Mittwochabend hat CompuGroup Medical (CGM), bislang einziger Anbieter eines Konnektors zum Anschluss an die TI, darauf hingewiesen, dass das Unternehmen in der Lage sei, „bei entsprechender Nachfrage alle Arztpraxen, auch die, die nicht unsere Praxissoftware einsetzen, pünktlich an die Telematikinfrastruktur anzubinden“. Fast 20 000 Praxen nutzten die TI bereits täglich, mehr als 27 000 Praxen hätten sich bereits für die Anbindung entschieden, so CGM. Die KBV bestätigt auf Anfrage der „Ärzte Zeitung“ die Anzahl der angeschlossenen Ärzte.

Zu Verzögerungen beim Anschluss an die Telematikinfrastruktur könnte es auch noch aufgrund der ab dem dritten Quartal reduzierten Förderung der Anschlusskosten für Praxen kommen, obwohl noch kein Wettbewerb zwischen mehreren Herstellern gegeben ist. Die KBV empfiehlt deshalb Ärzten zurzeit nicht, die Komponenten für den Anschluss zu bestellen, bis klar ist, dass die Kassen den Anschluss in voller Höhe finanzieren. „Bei dieser Empfehlung bleiben wir. Gleichzeitig sind wir dabei, hierzu mit dem GKV-Spitzenverband so schnell wie möglich Klarheit herzustellen“, erklärte KBV-Pressesprecher Dr. Roland Stahl auf Anfrage. (ger)

## RÖHRMOOS

### Bürger setzen sich für Arztpraxis ein

**Röhrmoos.** Der Gemeinderat im bayerischen Röhrmoos hat Mitte Mai den Weg für die geplante neue Arztpraxis geebnet. Das teilte Bauamtsleiter Patrick Westermair der „Ärzte Zeitung“ auf Anfrage mit. Demnach stimmten die Politiker in der betreffenden Sitzung der von der Baufirma geforderten Aufteilung einer Gebäudeteile in gewerbliche und Wohnnutzung mit 13 zu sechs Stimmen zu.

Im Februar hatte sich der Gemeinderat noch mehrheitlich gegen eine teilweise Wohnnutzung ausgesprochen. Diese hatte die zuständige Baufirma gefordert, da die Ärzte Dr. Ekkehard Pelzl, Dr. Robert Jetschny und Kollegen für ihre neue Praxis nur einen Teil des Erdgeschosses benötigen (wir berichteten). Daraufhin sammelte eine Bürgerpetition über 650 Unterschriften für die Arztpraxis.

Zum Bebauungsplan wurden bei der Gemeinde mehrere Einwendungen vorgebracht. Nach der neuen Entscheidung ist der Weg für den Umzug der Ärzte in die Ortsmitte nun frei. Dort soll ihre Praxis leichter erreichbar sein als bisher, unter anderem für die Bewohner der ebenfalls dort vorgesehenen Seniorenwohnungen. (cmb)

# Trotz Leihmutterchaft Adoption erlaubt

Nach deutschem Recht ist eine Leihmutterchaft verboten. Die Adoption des Kindes darf einem deutschen Ehepartner aber nicht verweigert werden.

**München.** Im Ausland legal mit Hilfe einer anonymen Eizellspende und einer Leihmutter zur Welt gebrachte Kinder haben ein Recht auf zwei Elternteile. Deutsche Behörden dürfen daher einem schwulen Ehepartner des Vaters nicht die Adoption verweigern, entschied das Oberlandesge-

„Bei Zuhilfenahme von Eizellspende und Leihmutterchaft handelt es sich nicht um eine gesetzes- oder sittenwidrige Vermittlung.“

OLG München

richt (OLG) München. Nach deutschem Recht ist die Leihmutterchaft verboten. Führen Ärzte diese durch, drohen ihnen eine Geldbuße oder Haftstrafe. Paare mit unerfülltem Kinderwunsch suchen deshalb ihr Glück im Ausland, hier in der Ukraine.

Der Ehemann des Vaters wollte das Kind adoptieren. Das Jugendamt und das Amtsgericht München lehnten dies noch ab. Die Leihmutterchaft sei in Deutschland gesetzes- und nach dieser Wertung im Ausland jedenfalls sittenwidrig. Im Kindesinteresse zwingend erforderlich sei die Adoption nicht. Dem widersprach das OLG. Die Eizellspende und die Leihmutterchaft seien in der Ukraine erlaubt.

Hier liege auch ein Familienverbund vor, da sich sowohl der genetische Vater als auch sein Partner von Anfang an um das Kind gekümmert hätten.

Zwar wolle der Gesetzgeber Leihmutterchaften vermeiden. „Bei der Bewertung des Adoptionsbegehrens kommt es (aber) einzig auf das Wohl des Kindes und die Prognose des Entstehens eines Eltern-Kind-Verhältnisses an“, betonte das OLG. Hier spreche beides für die Adoption. Werde diese versagt, liege ein unzulässiger Eingriff in die Rechte des Kindes vor, so die Richter. (fl/mwo)

Oberlandesgericht München  
Az.: 33 UF 1152/17

## KREBSMEDIKAMENTE

## Mittelfristig 13 Prozent Marktzuwachs

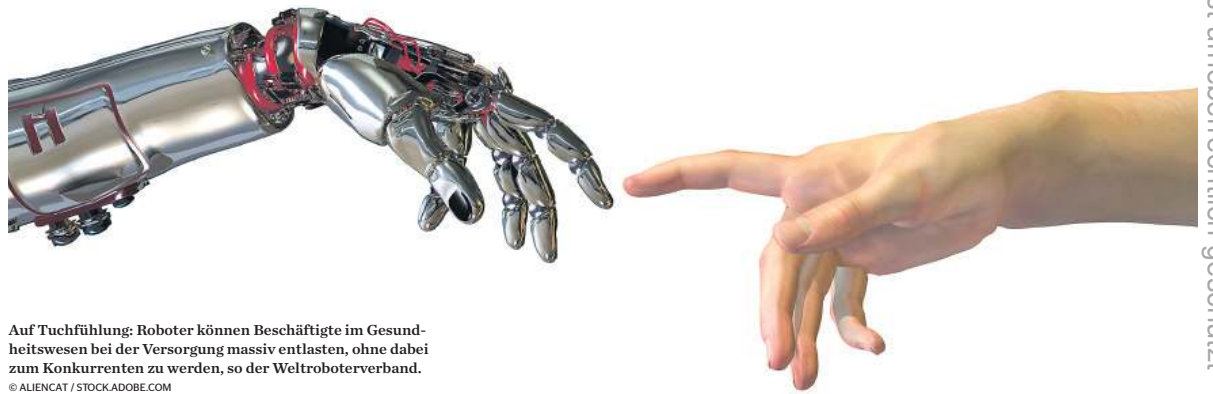
Die Entwicklung neuer Krebsmittel boomt. In den kommenden Jahren werden vor allem viele neue immuntherapeutische Ansätze zu sehen sein, prognostiziert das internationale Beratungsunternehmen Iqvia.

**Parsippany, NJ.** In den zurückliegenden fünf Jahren sind laut einem aktuellen Report des Beratungsunternehmens Iqvia („Global Oncology Trends 2018“) 63 neue Krebsmittel gegen 24 verschiedene Krebsarten zugelassen worden. Allein vergangenes Jahr seien 14 neue Krebswirkstoffe in die Märkte gekommen, darunter elf, denen die US-Zulassungsbehörde FDA den begehrten Status eines Therapiedurchbruchs („Breakthrough Therapy Designation“) zuerkannt habe. Neue Krebsmedikamente wirkten immer zielgerichteter, heißt es, und könnten mit höheren Remissionsraten und signifikant längerem Gesamtüberleben aufwarten als ältere Produkte.

Das hat seinen Preis: Während die mittleren Jahrestherapiekosten einer vor fünf Jahren eingeführten onkologischen Innovation noch 79 000 Dollar betragen, ermittelt Iqvia für eine 2017 eingeführte Innovation mit 150 000 Dollar annähernd die doppelten mittleren Jahreskosten. Das Wachstum der Gesamtausgaben für Krebsmedizin fällt dagegen vergleichsweise moderat aus. Einschließlich der Ausgaben für unterstützende Behandlungen hätten sich die globalen Ausgaben von 96 Milliarden Dollar in 2013 auf 133 Milliarden in 2017 erhöht. Nachdem 2016 weniger Krebsmittel zugelassen wurden als in den Jahren davor, habe sich das Marktwachstum zuletzt auf 12,5 Prozent (2017 zu Vorjahr) leicht abgeschwächt.

Dominiert werden die Ausgaben für Krebsmedizin von 35 Produkten, die für 80 Prozent der Gesamtausgaben stehen. Über die Hälfte aller Krebsmedikamente würden dagegen weniger als 90 Millionen Dollar Jahresumsatz erzielen. Besonders gut sei der Zugang zu neuen Wirkstoffen in den USA, Deutschland und Großbritannien. Nur in diesen Ländern, heißt es in dem Report, hätten Patienten Zugang zu mehr als zwei Dritteln der von 2012 bis 2016 eingeführten onkologischen Innovationen gehabt.

Bis 2022 rechnen die Analysten mit einem durchschnittlichen Marktwachstum pro anno zwischen zehn und 13 Prozent. 2022 könnten Krebsmedikamente weltweit mehr als 200 Milliarden Dollar Erlösen. Über 700 Krebs-Kandidaten befänden sich derzeit in der späten Phase der klinischen Entwicklung. In der Krebs-Immuntherapie sei mittelfristig mit etlichen neuen Ansätzen zu rechnen: Dazu befänden sich momentan um die 300 neue Moleküle in klinischen Tests der Phasen I und II, die 60 unterschiedliche Mechanismen repräsentieren. Zum Vergleich: In Phase III oder im Zulassungsverfahren seien derzeit 12 Kandidaten, die erst vier immuntherapeutische Ansätze repräsentieren. Wobei mit 58 Prozent die PD-1/PD-L1-Hemmung überwiegt. (cw)



**Auf Tuchfühlung:** Roboter können Beschäftigte im Gesundheitswesen bei der Versorgung massiv entlasten, ohne dabei zum Konkurrenten zu werden, so der Weltroboterverband.

© ALIENAT / STOCK.ADOBE.COM

# Mensch-Maschine-Interaktion – die Zukunft der Versorgung

Für den Weltroboterverband steht außer Frage: Der Healthcare-Sektor ist ein zentraler Wirtschaftsbereich, in dem künftig die Mensch-Maschine-Kollaboration dominieren wird. Singapur gilt dabei bereits heute als Vorreiter.

Von Matthias Wallenfels

**Frankfurt/Singapur.** Mehr als drei Millionen Industrie-Roboter werden laut Prognose der International Federation of Robotics (IFR/Weltroboterverband) bis 2020 in den Fabriken der Welt im Einsatz sein. Damit dürfte sich der operative Bestand innerhalb von sieben Jahren (2014-2020) mehr als verdoppeln. Der technologische Wandel werde zu Produktivitätssteigerungen führen, aber – im Gegensatz zu weit verbreiteten Befürchtungen zum Beispiel bei Pflegekräften – nicht als Jobkiller wirken, sondern neue Arbeitsmodelle bringen, die die Mensch-Maschine-Kollaboration fokussiert.

### Einsatz vor allem in Kliniken

Das postuliert die IFR in ihrem Positionspapier „Robots and the Workplace of the Future“ im Vorfeld der internationalen Fachmesse für Automation und Mechatronik, automatica, die im Juni in München stattfindet. Roboterlösungen für das Gesundheitswesen spielen dort zunehmend eine Rolle (wir berichteten). Der Healthcare-Sektor ist neben der Produktion und

# 60 MILLIARDEN

**US-Dollar** ließen sich nach Expertenschätzung in einem 15-Jahres-Zeitraum im globalen Healthcare-Markt einsparen, wenn die Effizienz durch den Einsatz von Robotern nur um ein Prozent steige.

Logistik der dritte zentrale Wirtschaftsbereich, in dem künftig die Mensch-Maschine-Kollaboration dominieren wird, prognostiziert die IFR. Roboter würden bereits heute über die gesamte Healthcare-Lieferkette eingesetzt, von der Medikamentenprüfung und Produktion über die Logistik bis hin zur medizinischen Versorgung und Pflege.

Wie die IFR mit Blick auf die Versorgung betont, seien viele fortschrittliche Robotik-Lösungen aus der Logistik direkt in Krankenhäusern einsetzbar. Laut Expertenschätzung ließen sich so durch eine einprozentige Effizienzsteigerung im globalen Healthcare-Sektor binnen 15 Jahren mehr als 60 Milliarden US-Dollar an Kosten einsparen. Roboter würden in Kliniken eingesetzt, um medizinisches Equipment sowie Medikamente zu transportieren. In einem typischen Haus mit 200 Betten werde Equipment und Abfall wöchentlich maximal 400 Meilen weit transportiert, heißt es weiter. Laut Prognose würden die Kosten je Transport um 50 bis 80 Prozent reduziert, wenn dafür Roboter eingesetzt würden. Die Wegstrecken, die eine Krankenschwester wöchentlich in ihrem Arbeitsalltag in der Klinik zurücklege, ließen sich durch Kollege Roboter auf drei bis vier Meilen reduzieren.

Wie die Mensch-Maschine-Kollaboration die Versorgung in Zukunft wandeln könnte, demonstriert laut IFR schon heute das Changi General Hospital (CGH) in Singapur – der Löwenstaat will als erstes Land weltweit zeigen, wie eine smarte Nation aussehen kann. Dazu wird der Stadtstaat umfassend mit Sensoren vernetzt – auch das Gesundheitswesen. Am Center for Healthcare Assistive and Robo-

tics Technology des CGH sei der Roboter HOSPI von Panasonic im Einsatz. Dieser liefere innerhalb der Klinik Medikamente, aber auch Patientenakten aus, die jeweils nur nach dem Scannen einer Berechtigungskarte entnommen werden könnten. So muss das CGH für diese Botengänge kein Personal abstellen.

### Überwachung im Kontrollraum

Durch zahlreiche Sicherheitslösungen könne das Vertauschen, eine Manipulation oder der Diebstahl der zu transportierenden Gegenstände ausgeschlossen werden. HOSPI kommuniziere permanent mit dem Kontrollraum der Klinik, von wo aus er überwacht und gesteuert werde. HOSPI sei zusätzlich mit Sensoren ausgestattet sowie digital mit den Krankenhauswegen gespeist, um „Hindernisse wie zum Beispiel Patienten in Rollstühlen“ zu umgehen. Der Einsatz des Roboters habe die Produktivität des CGH um 30 Prozent gesteigert und Personalkosten eingespart, so die IFR.

Ein anderer humanoider Roboter unterhalte Patienten, um ihnen die Wartezeiten zu verkürzen und um Kinder bei Impfungen abzulenken. Ein weiteres System sortiere OP-Instrumente und beuge so menschlichen Irrtümern vor. Außerdem sei die Produktivität bei diesem Arbeitsschritt im Vergleich zum Einsatz von Klinikpersonal um 50 Prozent gestiegen.

Der Weltroboterverband geht des Weiteren davon aus, dass der Robotereinsatz nicht nur im OP-Umfeld, sondern auch in der Rehabilitation noch viel Potenzial verspricht – dasselbe gelte für die Unterstützung chronisch-kranker Patienten sowie älterer Patienten im Wohnumfeld.

## Digitale Hebammen sollen Klinik entlasten

Eine Telemedizin-Plattform soll Patienten der Geburtsstation des Klinikums Darmstadt unterstützen.

**Berlin/Darmstadt.** Hebammen werden zunehmend zur Mangelware. Diese Erfahrung macht nicht nur Berlin, das einen Zehn-Punkte-Plan zur Gewinnung neuer Hebammen erstellt hat. Auch in Hessen steht einer steigenden Anzahl Geburten immer weniger Hebammen gegenüber. Das Klinikum Darmstadt setzt nun zur Lin-

derung dieses Engpasses auf eine Telemedizin-Lösung.

Wie das Berliner Start-up Kinderheldin GmbH mitteilt, habe es mit dem Klinikum einen Vertrag geschlossen, wonach der Betreiber der telemedizinischen Beratungsplattform für Schwangere und Eltern ab sofort die Patienten der Geburtsstation des Klinikums mitversorgt.

Das Klinikum Darmstadt hat in Hessen eine besondere Stellung: Es ist das einzige Krankenhaus mit einer Geburtsstation für Frühgeborene im Süden des Landes. Zudem ist es mit rund 1700 Geburten im Jahr die

Größte von drei Entbindungsstationen in der Stadt. Dieses Jahr habe das Klinikum zwar damit begonnen, erstmals auch Ausbildungsplätze für Hebammen anzubieten. Doch um ein zusätzliches Angebot zur Entlastung der vorhandenen Strukturen zu schaffen, dürften betroffene Patienten nun den telemedizinischen Beratungsservice von Kinderheldin für ein halbes Jahr kostenfrei nutzen. Mütter und ihre Partner erhalten vom Klinikum Darmstadt nach der Geburt einen Gutscheincode für jeweils 20 Beratungen. „Wir wollen Müttern, die bei uns entbinden, eine niedrigschwellige

Hilfe in Momenten der Unsicherheit bieten. Viele Eltern kennen das von der Geburt ihrer Kinder und erinnern sich: Freitagabend, Apotheke und Hausarzt sind geschlossen, die Hebamme auch nicht erreichbar und das Baby hat einen offenen, roten Windelpo und schreit. In solchen Fällen ist mit unserer Kooperation mit [www.kinderheldin.de](http://www.kinderheldin.de) künftig schnelle, erste Abhilfe geschaffen“, erklärt Klinikgeschäftsführer Clemens Maurer. Das Projekt erhalte zunächst 12 000 Euro von der kommunalen Fördergesellschaft „Digitalstadt Darmstadt“. (maw)

## Stellenangebote



Das Spital Schwyz als modernes Akutspital bietet Fachkompetenz und modernste Infrastruktur auf hohem Niveau in der Grund- und Spezialversorgung. Rund 600 Mitarbeitende betreuen jedes Jahr über 7000 stationäre und 20 000 ambulante Patienten in einem Einzugsgebiet von 65000 Einwohnern.

Die Handchirurgie Schwyz AG stellt seit zwei Jahrzehnten die handchirurgische Spezialversorgung sicher und arbeitet eng mit dem Spital Schwyz zusammen. Die Praxisräume in Schwyz verfügen über helle, moderne Einrichtungen für die Sprechstundentätigkeit von zwei Fachärztinnen/-innen sowie einen akkreditierten Operationssaal (OP 1) für ambulante Eingriffe.

Beide Institutionen planen gemeinsam die Nachfolge in dieser Spezialdisziplin im Einzugsgebiet Schwyz und suchen nach Vereinbarung eine/n

### Facharzt für Handchirurgie

- Ihre Herausforderung**
- Sprechstundentätigkeit und operative Versorgung als Handchirurg/-in
  - Führen der eigenständigen Praxis für Handchirurgie in Schwyz
  - Belegarzt am Spital Schwyz
  - Dienste gemäß kantonalen Regelung
- Ihr Profil**
- Facharzt für Handchirurgie
  - Initiativ, engagierte, flexible und belastbare Persönlichkeit mit Teamgeist
  - Bereitschaft zur engen interprofessionellen Zusammenarbeit

- Unser Angebot**
- Abwechslungsreiches, verantwortungsvolles Aufgabengebiet in einem motivierten Team
  - Kollegiales interdisziplinäres Arbeitsklima
  - Attraktive Rahmenbedingungen für den Aufbau und Betrieb der eigenen Praxis ggf. in Zusammenarbeit mit dem Spital Schwyz
  - Arbeitsort mit viel Lebensqualität und großem Freizeitangebot

**Interessiert?**  
Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an Dr. Didier Naon (+41 41 818 40 97) oder Dr. Gregor Lacher (+41 41 819 30 60).

**Monika Felix, Leiterin Personal und Entwicklung, freut sich auf Ihre Bewerbung:**  
Spital Schwyz - Personal und Entwicklung  
Waldeggstrasse 10 - CH-6430 Schwyz  
monika.felix@spital-schwyz.ch  
www.spital-schwyz.ch



Das Institut für Rechtsmedizin, Abteilung Forensische Medizin/Verkehrsmedizin, sucht sofort oder nach Vereinbarung eine/n

### Oberärztin/-arzt mit Facharzttitel Rechtsmedizin (100%)

**Ihre Aufgaben**  
Als Oberärztin/-arzt Forensische Medizin unterstützen Sie die nach ISO 17020 akkreditierte Abteilung fachlich und strategisch. Sie wirken an der Ausbildung der Assistenzärztinnen/-ärzte maßgeblich mit und sind auch selbst in die Bearbeitung von Fällen aus allen Bereichen der forensischen Pathologie und klinischen Rechtsmedizin, auch im Bereitschaftsdienst, involviert.

**Unser Anforderungen**  
Sie haben die Facharzt Ausbildung Rechtsmedizin abgeschlossen, sind präzise, kommunikativ, teamfähig, selbständig und belastbar, verfügen über sehr gute Deutschkenntnisse in Wort und Schrift und sind im Besitz eines Führerausweises (PW). Interesse an der universitären Lehre sowie an der Durchführung von Forschungsprojekten sollte vorhanden sein.

**Unser Angebot**  
Wir bieten Ihnen eine interessante und vielseitige Tätigkeit in einem aufgestellten und motivierten Team und einer freundlichen Arbeitsatmosphäre.

**Kontakt**  
Für weitere Auskünfte steht Ihnen Frau Dr. med. Kathrin Gerlach, Leitende Ärztin, kathrin.gerlach@bs.ch (+41 61 267 38 69) gerne zur Verfügung.

**Bewerbung**  
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an folgende Adresse:

Gesundheitsdepartement Basel-Stadt  
Personal  
St. Alban-Vorstadt 25, Postfach  
CH-4001 Basel oder per E-Mail an:  
GD.Bewerbungen@bs.ch

Prägen, was wird. [www.stellen.bs.ch](http://www.stellen.bs.ch)

**rhein kreis neuss**

Wir machen den Kreis! Für die Menschen bei uns.

Beim Rhein-Kreis Neuss ist im Gesundheitsamt im Bereich des Amtsärztlichen Dienstes eine befristete Vollzeitstelle als **Ärztin / Arzt** zu besetzen.

Den ausführlichen Ausschreibungstext können Sie unter [www.rhein-kreis-neuss.de/stellen](http://www.rhein-kreis-neuss.de/stellen) einsehen.

DER RHEIN-KREIS NEUSS STELLT EIN: 5009

**Fachärztin/Facharzt für Orthopädie in Teil- oder Vollzeit**

ab sofort oder später zur Anstellung in Praxis gesucht. Spätere Teilhaberschaft möglich. Die gut laufende Praxis bedient das ganze Spektrum der konservativen Orthopädie. Ambulante Operationen in nahe gelegener Einrichtung. Die Praxis befindet sich im Rhein Hunsrück Kreis in einer der landschaftlich schönsten Regionen Deutschlands mit einer perfekten Infrastruktur mit Kitas, Grund- und weiterführenden Schulen, guten Einkaufsmöglichkeiten und eine guten Verkehrsanbindung. Wir freuen uns auf Verstärkung durch Sie!

Kontakt per E-Mail : [a.friedland@gmx.de](mailto:a.friedland@gmx.de)

5008

**Fachärztin/Facharzt (z. B. Innere Medizin, Allgemeinmedizin)** mit Interesse und Begeisterung für ganzheitliche Medizin zur Anstellung, zunächst in Teilzeit, für eine überregionale Praxis für Ganzheitsmedizin in Marburg gesucht. Beginn nach Absprache. Fachliche, freundliche und kommunikative Kompetenz ist erwünscht. Sie erwartet eine hochinteressante, vielfältige und sinnstiftende Arbeit in einem tollen Team. Telefonische Auskunft erteilt Dr. med. Thomas M. Heintze, Facharzt für Innere Medizin, Naturheilverfahren, Homöopathie und Akupunktur unter Tel. **06421 308577**. Schriftliche Bewerbung erbeten an [info@dr-med-heintze.de](mailto:info@dr-med-heintze.de) oder an unsere Hausanschrift: **Dr. T. Heintze, Am Wäldchen 8, 35043 Marburg**

5002

**Lebenswert: Karriere bei DaVita**

**Facharzt (m/w) für Innere Medizin – Nephrologie**

**Wen wir suchen**  
Zur Stärkung unserer fachärztlichen Teams in unseren Medizinischen Versorgungszentren **Aurich, Emden & Norden sowie Homburg & Fritzl** suchen wir engagierte und fachlich versierte Persönlichkeiten für die Versorgung unserer Patienten mit nephrologischen und internistischen Krankheitsbildern. Als Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie stellen Sie höchstmögliche Qualität sicher, agieren eigenverantwortlich sowie patientenorientiert und tragen durch Ihre Expertise zur kontinuierlichen Weiterentwicklung und zukunftsweisenden Standards bei.

Aufgrund des stetigen Wachstums von DaVita in Deutschland suchen wir regelhaft Ärztinnen und Ärzte in der Region und freuen uns auch über Bewerbungen für andere Standorte von DaVita.

**Ihr Profil**

- Sie sind Facharzt für Innere Medizin, ggf. mit der Zusatzbezeichnung Nephrologie
- Sie besitzen Berufserfahrung in der Nephrologie und Dialyse
- Sie verfügen über ein hohes Maß an Eigeninitiative, Zuverlässigkeit, Flexibilität und Einsatzbereitschaft

**Ihre Aufgaben**

- Einhaltung der ordnungsgemäßen Behandlungsabläufe
- Einhaltung von Qualitätssicherungs- und Hygienestandards
- Sicherstellung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung

**Unser Angebot**

- Verantwortungsvolle Tätigkeit in Zusammenarbeit mit einem aufgeschlossenen und kompetenten Team von Fachärzten
- Sicherer Arbeitsplatz in einem innovativen und zukunfts-fähigen Unternehmen
- Deutschlandweites Netzwerk an Experten zum Austausch
- Wachsendes Weiterbildungsangebot
- Unterstützung bei der Unterkunftssuche

**Eintrittsdatum:** ab sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt

**Bringen Sie sich bei uns mit Ihrem Können ein** – der nächste Schritt ist Ihre Bewerbung per E-Mail an [personal@davita-dialyse.de](mailto:personal@davita-dialyse.de) inklusive Ihres frühestmöglichen Eintrittstermins. Und sollten Sie im Vorfeld Fragen haben, ist Frau Hütte unter **+49 - 40 41 46 29 54** gerne für Sie da.

Wir freuen uns auf den Kontakt mit Ihnen!

**MVZ DaVita Aurich GmbH**  
Wallinghausener Straße 14, 26603 Aurich

**MVZ DaVita Emden GmbH**  
Bolarusstraße 20, 26721 Emden

**MVZ DaVita Schwalm-Eder GmbH**  
Am Hospital 11, 34560 Fritzlär

5001

**„Perspektiven nach meinem Geschmack: bei der AOK.“**  
Dr. Maximilian Bunsse

Sie wollen Ihr Wissen einbringen und die Zukunft des Gesundheitswesens verantwortungsvoll mitgestalten? Verraten Sie uns Ihr Rezept – als

**Arzt / medizinischer Berater (m/w/d) Krankenhausabrechnung**

unbefristet in Vollzeit oder Teilzeit mit mind. 19,25 Stunden, in Hannover. Genaue Details zum Aufgabefeld, Stellenumfang, unserem Anforderungsprofil und Informationen zum Bewerbungsverfahren finden Sie unter [karriere.aok.de](http://karriere.aok.de)

5002

Wir suchen per sofort oder nach Vereinbarung eine/n **TCM-SPEZIALISTEN** in Grosshöchstetten (Emmental) oder Härkingen (Solothurn)

**Voraussetzungen:** erstklassiges, abgeschlossenes TCM-Studium in Spezialfachrichtung AN-MO/TUI-NA oder AKUPUNKTUR. 10 Jahre praktische Erfahrung. Pensum 100%.

Ihre vollständige Bewerbung mit Foto senden Sie bitte an:  
AN-MO Zentrum Grosshöchstetten AG  
Neuhausweg 6  
CH-3506 Grosshöchstetten  
s.saurer@anmo-klinik.ch

[www.an-mo.ch](http://www.an-mo.ch)  
Telefon +41 (0)31 712 22 22 oder +41 (0)62 388 17 27

5001

Große hausärztliche Gemeinschaftspraxis im Kreis Gütersloh sucht zum nächstmöglichen Termin eine/n **Weiterbildungsassistenten/en für Allgemein- und Innere Medizin** (Weiterbildungsermächtigung für 2 Jahre) und eine/n **Diabetologin/en** (Weiterbildungsermächtigung für 1,5 Jahre) in Teilzeit- oder Vollzeitstellung Haus mit Garten kann bei Bedarf gestellt werden.

[www.gesundheitszentrum-greffen.de](http://www.gesundheitszentrum-greffen.de)  
[info@gesundheitszentrum-greffen.de](mailto:info@gesundheitszentrum-greffen.de)

5002

**Ärztehaus 90542 Eckental**

Mod. Praxis im EG, Bj 2014, ca. 130m², 1.560,- € KM, 364,- € NK, ab sofort, weitere Infos unter [Tel. 09126 29510](mailto:info@braunlein-immobilien.de) oder [info@braunlein-immobilien.de](mailto:info@braunlein-immobilien.de)

5012

Das Medizinische Zentrum der pro familia Bremen sucht ab sofort eine/n Arzt/Ärztin (w/m). Ihre Aufgaben: Sie nehmen Schwangerschaftsabbrüche in Lokalanästhesie oder Vollnarkose vor, legen Spiralen, beraten Patient\*innen und informieren über Familienplanung.

**Kontakt: LV pro familia Bremen, Monika Börding, [lv.bremen@profamilia.de](mailto:lv.bremen@profamilia.de)**

5012

JOHANNES KEPLER UNIVERSITÄT LINZ

Die JKU besetzt zum ehestmöglichen Zeitpunkt folgende Professur:

- **Professur für Pathologie (§ 99)**  
Bewerbungsfristende ist der 27. Juni 2018

Nähere Informationen finden Sie unter [www.jku.at/professuren](http://www.jku.at/professuren)

JOHANNES KEPLER UNIVERSITÄT LINZ,  
Altenberger Straße 69, 4040 Linz, Österreich

5001

**Suchen ab sofort eine/n Fachärztin/-arzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin für Hausärztliche Versorgung in Berlin-Schöneberg.**

*Praxis Jessen<sup>2</sup> + Kollegen, Arne Jessen und Heiko Jessen, Motzstr. 19, 10777 Berlin, Tel.: 030 23510742, Fax 030 23510712, E-Mail: [mail@praxis-jessen.de](mailto:mail@praxis-jessen.de), [www.praxis-jessen.de](http://www.praxis-jessen.de)*

5001

**Arztpraxen**

**Gynäkologie-Geburtshilfe**  
Für best eingeführte Gemeinschaftspraxis mit 3 Kassenarztsitzen suchen wir einen Nachfolgerin für unseren Seniorpartner. Die Praxis deckt das gesamte Spektrum unseres Fachgebietes inkl. amb. Operationen ab. Alle Schulen und Hochschule sind am Ort, Mittelzentrum im Süd-Westen, hoher Freizeitwert. Tel. 07431/52052, E-Mail: [axelplatz2@online.de](mailto:axelplatz2@online.de)

5011

**GP für Pränataldiagnostik**  
Etablierte, erfolgreiche GP im Norden sucht Nachfolger!  
01712344231, Dr. Krüger, MLP

5007

Alteingesessene Hausarztpraxis (Allgemeinmedizin) mit KV Sitz in einer Kleinstadt Nähe Marburg aus Altersgründen ab dem 1.1.19 abzugeben. Kontakt: [algrpraxis@web.de](mailto:algrpraxis@web.de)

5004

**Büro-/Praxisflächen – ca. 400 m<sup>2</sup> – Innenstadt 73033 Göppingen:** 3. OG, barrierefrei, Teilanmietung möglich, provisionsfrei. Kontakt: Hermine Martin ([martin@wgg.de](mailto:martin@wgg.de)). Weitere Informationen unter [www.wgg.de](http://www.wgg.de)

5003

Kleine, aber feine **GV-Praxis** im Zentrum von Baden/CH abzugeben.  
Kontakt: [pstangl1@hin.ch](mailto:pstangl1@hin.ch)

**Pädiatrische Praxisübernahmemöglichkeiten im mittelfränkischen Raum** zu bieten.  
E-Mail: [drmed.heinrich.kueffner@t-online.de](mailto:drmed.heinrich.kueffner@t-online.de)

**Praxis in 94481 Grafenau zu vermieten,** gegenüber Krankenhaus, 160 m<sup>2</sup>, 1.600 € Mietpreis. Infos zur Praxis unter [Tel. 08509 93303](mailto:Tel. 08509 93303) oder [www.praxis-grafenau.de](http://www.praxis-grafenau.de)

5002

Wer sich **mehr bewegen** will, muss wissen, was ihm Spaß macht, und warum er **die Anstrengung** auf sich nimmt. **Das Training** hilft uns dann, gewohnte Verhaltens- und Bewegungsmuster **zu durchbrechen**.

**Verena Bentele** (hier mit einer ihrer vielen Auszeichnungen), mehrfache Weltmeisterin, Paralympics Siegerin im Ski-Langlauf und Biathlon und seit kurzem VdK-Präsidentin. Sie kennt die Probleme mit der Motivation im Sport.



© TOBIAS HASE / DPA

Bewegung tut gut. Das sagen nicht nur Gesundheitsexperten. Wissenschaftler weisen darauf hin, dass 2,5 Stunden sanftes Training pro Woche eigentlich ausreichen. Doch nichts geht ohne Motivation.

Von Susanne Werner

Im Grunde wissen wir es längst. Wer sich bewegt, tut etwas für seine Gesundheit. Vermutlich gibt es kaum eine Gesundheitserkenntnis, die so unumstritten ist. Körperliche Aktivität steigert die Lebensqualität, schützt vor einer Erkrankung und senkt obendrein das Risiko, dass gesundheitliche Leiden wiederkehren – dies gilt insbesondere für Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Herzkrankheiten und Krebs. Dennoch reiht sich die Mehrheit der Deutschen munter ein in die Riege der Bewegungsmuffel. Nur etwa ein Drittel der Deutschen achtet nach Angaben des Robert-Koch-Institutes (RKI) darauf, sich ausreichend zu bewegen.

An diesem Befund dürften auch die „Nationalen Bewegungsempfehlungen“ des Bundesministeriums für Gesundheit von 2017 nicht viel geändert haben. Erstmals aber ist aus wissenschaftlich Sicht klar, welche Dosis ausreicht. Gesunde Erwachsene wie chronisch Kranke sollten sich demnach ähnlich viel bewegen: zweieinhalb Stunden pro Woche mit moderater Intensität oder eineinhalb Stunden pro Woche mit hoher Intensität. In der Praxis bedeutet das: Entweder täglich 30 Minuten Nordic Walking oder eine andere sanfte Sportart wählen oder an einem Tag in der Woche eineinviertel Stunden schnell Laufen, flott Schwimmen oder zügig Radfahren. Zu Ergänzung empfiehlt sich ein Muskelaufbautraining zwei Mal pro Woche.

#### Ressourcen schlecht genutzt

Nur ein Fünftel der Deutschen schaffen es laut RKI, so umfassend aktiv zu sein. Und auch jene, denen es medizinisch angeraten ist, nutzen diese Gesundheitsressource nicht: 65 Prozent der Krebs- und Diabetespatienten, bis zu 79 Prozent der Brustkrebspatientinnen, 58 Prozent der Herz-Kreislauf-Kranken sowie 84 Prozent der Menschen mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) bewegen sich beispielsweise nicht ausreichend. Diese Zahlen hat das sportwissenschaftliche Department der Universität Erlangen-Nürnberg in einer aktuellen Übersicht zusammengetragen.

Wie also lässt sich die Freude an der Bewegung wieder lernen? Trotz der Hürden im Kopf und manchem Zwicken und Zwacken in den Gelenken? Eine, die es wissen muss, ist Verena Bentele. Die mehrfache Weltmeisterin, Paralympics Siegerin im Ski-Langlauf und Biathlon war bis Mai 2018 die Behinderten-Beauftragte der Bundesregierung



**Fleißig Ausdauer trainiert, Ziel erreicht, grenzenlose Zufriedenheit. Doch reicht die Motivation auch, weiter am Ball zu bleiben?**

© DEAGREEZ / STOCK.ADOBE.COM

## Macht mit, bewegt Euch!



und ist seit kurzem Präsidentin des Sozialverbandes VdK. Beim Reha-Kolloquium in München in diesem Frühjahr hatte Bentele wertvolle Tipps gegeben, wie mehr Bewegung im Alltag gelingen kann: Die gewählte Sportart sollte Freude machen, das Training von Profis angeleitet werden. „Das A und O aber sind persönliche Ziele“, sagt Bentele, „nur wer sich

etwas vornimmt, dem gelingt es auch körperlich aktiv zu werden und zu bleiben.“ Es sei nie zu spät, damit anzufangen.

„Bewegung muss nicht immer Spaß machen“, sagt hingegen Dr. Oliver Klassen. Er ist Leiter der Sporttherapie an DRV-Klinik Münsterland in Bad Rothenfelde und erlebt täglich bis zu 100 Patienten in seinen Sportgruppen. Aus seiner Sicht reicht Spaß allein nicht aus, um dauerhaft körperlich aktiv zu bleiben. Beispielsweise gäbe es viele Menschen, die sich für das Gerätetraining nicht begeistern könnten. „Es ist sehr viel wichtiger, zu wissen und zu erfahren, dass mir die Bewegung hilft“, sagt er.

Gut erinnert er sich noch an einen Mittvierziger, der mit immer wiederkehrenden lumbalen und neu hinzugekommenen thorakalen Beschwerden in die Reha-Klinik kam. Bereits vor sechs Jahren war der ehemalige Werkzeugmechaniker in der Klinik Münsterland wegen eines Bandscheibenvorfalles konservativ behandelt worden. Eine aktivierende Therapie war nur eingeschränkt möglich. Nach der Reha hatte er dann eine Stelle gewechselt – mit weiteren Folgen für seine Gesundheit. Während er zuvor körperlich anstrengend arbeitete, saß er nun als Betriebsratsvorsitzender in seinem Büro fest und seine Beschwerden nahmen wieder zu. In der Reha-Klinik angekommen, berichtete der 45-Jährige dann, wie stressig er seinen Job erlebt und wie sehr ihn als Betriebsratsvorsitzender auch die Verantwortung für andere Mitarbeiter belastet. „Diese Kombination aus Stress und mangelndem Training ist

eine häufige Ursache für Rückenschmerzen“, erklärt Klassen.

Rund 60 Prozent aller Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind der Bewegungstherapie zuzuordnen. Laut Statistik der DRV summieren sich die Einheiten pro Jahr auf rund 36 Millionen Stunden Bewegungstherapie in allen Reha-Einrichtungen zusammen.

#### 11,8 Stunden pro Woche aktiv

Unter Bewegungstherapie lassen sich sämtliche Verfahren fassen, in denen körperliche Aktivität als Therapie eingesetzt wird – vom Ausdauertraining, Training an Geräten, Rückenschulen bis hin zur Krankengymnastik. Sie ist ärztlich indiziert und verordnet, wird vor allem von Physio- und Sporttherapeutinnen und -therapeuten geplant und dosiert und unter ärztlicher Kontrolle meist in Gruppen durchgeführt. 2014 war ein Rehabilitand, dem dies in der Reha-Klinik unabhängig von der individuellen Diagnose verordnet wurde, im Durchschnitt rund 11,8 Stunden pro Woche körperlich aktiv. In der Orthopädie liegt der Wert bei durchschnittlich 5,8 Stunden.

Der 45-jährige Rehabilitand in der DRV-Klinik Münsterland verbrachte nahezu 11,6 Stunden pro Woche mit Bewegung und Sport. Er erlebte, wie anstrengend, aber hilfreich das therapeutische Klettern ist, nahm am Aqua-Joggen im Klinik-Schwimmbad teil und arbeitete an seiner Körperhaltung beim Bogenschießen.

Abends nutzte er das freie Schwimmen, die Medizinische Trainingstherapie oder das Training am Ergometer. Hinzu kamen Vorträge zum

## DATEN UND FAKTEN

58 %

der Menschen mit Herzkreislauf-Erkrankungen bewegen sich nicht ausreichend (Quelle: Dep. Sportwissenschaft, Uni Erlangen-Nürnberg).

Durch Rehabilitationssport sollen **Ausdauer, Kraft**, Koordination und **Flexibilität** mit sportlichen Elementen verbessert werden. Gezielt eingesetzt werden **Physiotherapie und Ergotherapie**.

Die Deutsche Rentenversicherung hält ein flächendeckendes Angebot von Rehabilitationsplätzen in Vertragseinrichtungen und in eigenen Reha-Zentren bereit. Ziel ist es, Versicherten passgenaue und individuelle Rehabilitationsleistungen anzubieten.

## „Viele Erwachsene haben Freude an Bewegung selten erlebt“

Professor Gorden Sudeck, Sportwissenschaftler an der Universität Tübingen und zuständig für den Arbeitsbereich Bildung- und Gesundheitsforschung, hat bei seiner wissenschaftlichen Arbeit das affektive Erleben von Bewegung intensiv erforscht. Was genau ist eigentlich das Gesunde an der körperlichen Aktivität?

Das Interview führte Susanne Werner

**Ärzte Zeitung:** Herr Professor Sudeck, am Wochenende war es warm und sonnig draußen, aber ich habe die Wohnung geputzt und entrümpelt. Hätte ich besser Sport machen sollen, um etwas für meine Gesundheit zu tun?

**Prof. Gorden Sudeck:** Es wäre auf jeden Fall noch besser für ihre Gesundheit gewesen, wenn Sie sich zwischendurch einen etwas zügigeren Spaziergang gegönnt hätten. Es zählt zwar jeder Schritt. Körperliche Aktivitäten im Haushalt oder bei der Arbeit sind jedoch weniger effektiv als jene in der Freizeit oder zu Sportzwecken.

**Ich habe Fenster geputzt, drei Kartons in den Keller geschleppt, zwei Papiertüten in den Müll geworfen – bringt das denn gar nichts?**

Sie haben auf jeden Fall mehr Kalorien verbraucht und so ihren Energieumsatz gesteigert, was bereits mit einem gesundheitlichen Nutzen verbunden ist.

Ein regelmäßiges Training oder aktive Sportwege sind jedoch effektiver, da sie dabei ihren Körper mit zusätzlichen Belastungsreizen herausfordern und für eine bestimmte Bewegung mehr Ressourcen abrufen. Je nach Art des Belastungsreizes kräftigen sie in der Folge ihre Muskeln, die Koordination verbessert sich, Herz und Lunge optimieren ihre Leistungsfähigkeit und all das gibt ihnen mehr Kraft und Energie für zukünftige Aufgaben. Es gibt kaum Körpersysteme, die durch Bewegung nicht angesprochen werden.

**Postboten sind bei Wind und Wetter unterwegs, Reinigungskräfte schleppen schwere Putzeimer – dennoch sind beide Berufe nicht dafür bekannt, besonders gesund zu sein. Woran liegt es, dass die eine Bewegung eine Wohltat ist, die andere Schinderei?**

Der Postbote kann ja nicht einfach

aufhören, wenn die Anstrengung zu groß wird. Ebenso wenig der Maurer oder die Reinigungskraft. Die Gefahr ist dann eher die Überanstrengung oder Fehlbelastung. Es kommt eben auch auf die psychische Qualität an, die sie mit der Bewegung verbinden. Ist es eine Verpflichtung oder Freude? Vielleicht gehen sie in der Hausarbeit auf, hören dabei Musik, sind gut gelaunt. Dann wird es ihnen auch psychisch guttun. Ein förderlicher Effekt für Ihr Befinden stellt sich in der Regel dann ein, wenn sie mit ihrer Aktivität zufrieden sind und wahrnehmen, was sie alles bereits können oder geleistet haben.

**Irgendwann aber hört der Spaß doch auf. Reicht Freude als Motivator aus, wenn ich mehr Bewegung nachhaltig in meinen Alltag integrieren will?**

Ja, wenn die Freude an der Bewegung da ist. Viele Erwachsene aber haben solch eine Freude selten erlebt. Sie stellt sich auch nicht plötzlich ein, wenn jemand zu ihnen ‚mach‘ mal‘ sagt und sie mit einer Sportart erst anfangen. Manchmal zeigen sich dadurch weitere Beschwerden. Frauen und Männer, die lange nicht aktiv waren, müssen daher zunächst gut beraten und begleitet werden.

**Jene, die erst aufgrund einer Erkrankung aufgefordert sind, einen körperlich aktiven Lebensstil zu entwickeln, kommen vor allem in der Reha an. Was sollte dort passieren, damit die Umstellung gelingt?**

Die Reha-Einrichtungen können wichtige Impulse setzen, indem sie die Rehabilitanden zu kurzfristigen Erfolgen führen. Ein guter Therapeut muss den Zuwachs an Kompetenzen deutlich machen. Rehabilitanden sollten erleben, dass sie über ausreichende Bewegungskompetenzen verfügen, dass sie die Bewegung mit Blick auf gesundheitliche Effekte mitgestalten und dass sie selbst auch einen Beitrag dazu leisten können, dass sie Freude bei der Bewegung haben oder sich mit den positiven Gründen für einen körperlich aktiven Lebensstil identifizieren.

Zum anderen sollte frühzeitig darüber nachgedacht werden, wie die Bewegung im Alltag integriert werden kann. Wenn beispielsweise die Familie einbezogen werden soll, ist vielleicht eher eine gemeinsame Radtour mit Partner und Kindern umsetzbar als ein Kurs am Abend.

**Ich war vor einigen Jahren in Peking und habe erlebt, wie selbstverständlich alle Generationen in einem Park frühmorgens Sport treiben. Mangelt es uns an einer Bewegungskultur?**

Deutschlands Stärke ist der organisierte Sport. Manche zieht es aber

nicht in vereinsgebundene Bewegungsangebote, die überwiegend mit Mitgliedschaften verbunden sind. Ein wichtiger Baustein wäre sicherlich, mehr offene Angebote zu entwickeln. Hier in Tübingen gibt es beispielsweise offene Gruppenangebote im Park, bei denen sich beispielsweise ältere Menschen regelmäßig einfinden. Auch muss unsere Kultur offener werden, dass wirklich jeder aktiv sein kann.

Es gibt bei uns ein „Fitness-Ideal“ als soziale Norm, die in den Medien immer wieder reproduziert wird. Adipöse beispielsweise, die im öffentlichen Raum trainieren, setzen sich meines Erachtens noch zu häufig missbilligenden Blicken anderer Personen aus.

**Wir stecken im Bewegungs-Dilemma: Die bestehenden Angebote und Akteure sprechen vor allem die Aktiven an und keiner kümmert sich um die „Bewegungs-Armen“?**

In Kitas, Schulen, am Arbeitsplatz und in den Reha-Einrichtungen erreichen sie nahezu alle Menschen. Vor allem aber sind die Kommunen gefordert, bewegungsfreundliche öffentliche Räume zu schaffen. Politische Akteure müssen gemeinsam mit Fachexperten Strategien auf kommunaler, regionaler und nationaler Ebene entwickeln und unterstützen, um Bewegung für alle attraktiv zu machen. Hierfür brauchen wir in der Gesellschaft auch im Zusammenhang mit der Bewegungsförderung mehr Akzeptanz für die Unterschiedlichkeit der Menschen.

**Meine Erfahrung ist, dass viele Menschen den Hinweis „Bewegung erhält gesund“ als geradezu banal empfinden. Wenn wir das alle längst wissen – warum muss es dann so detailliert erforscht werden?**

Ja, viele würden diese Gesundheitsbotschaft sofort unterschreiben, aber dennoch nicht ihren Lebensstil verändern. Es gibt da eine gewisse Oberflächlichkeit im Umgang mit dem Thema.

Die Bewegungsförderung wird – in der Konkurrenz mit anderen Themen – schnell auf die lange Bank geschoben. In der Forschung aber zeigt sich ein anderer Trend.

Die Evidenz von Gesundheitswirkungen von Bewegung wurde in vielen Studien immer eindrücklicher belegt und die drängende Frage ist jetzt, wie wir das für die Bewegungsförderung umsetzen. Gerade in Verbindung mit den erstmaligen nationalen Empfehlungen zur Bewegung und Bewegungsförderung bin ich sehr optimistisch, dass wir in Zukunft etwas bewegen können für eine bewegte Gesellschaft.

Vorbildlich unterwegs: Sie laufen gemeinsam und haben viel Spaß!

© HALFPPOINT / STOCKADOBE.COM



Stressmanagement, zur Entspannung und Schmerzlinderung. „Für einen chronischen Rückenschmerzpatienten war das überdurchschnittlich viel“, sagt Klassen. Sein Patient aber sei überaus motiviert gewesen, habe seine Chance erkannt und viel über bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz gelernt.

In der Reha müsse es gelingen, so Klassen, dass sich aus der Motivation und Freude auch Tatendrang entwickeln: „Ich muss nicht nur bereit sein, mich zu bewegen, sondern auch wissen, wie ich es praktisch umsetzen kann.“ Das Vorhaben, körperlich aktiv zu werden, beginnt also im Kopf: „Hilfreich ist es, sich zunächst alle möglichen Barrieren aufzulisten und ehrlich zu prüfen, ob es nur Ausreden sind.“ Danach gilt es, einen Plan B zu schmieden und mögliche Alternativen für den Fall zu sammeln, dass das Vorhaben nicht wie geplant umzusetzen ist. Und zugleich gilt es, sich ein persönliches Ziel zu setzen – beispielsweise drei Kilo in zwei Monaten abzuspecken. „Viele unserer Patienten kommen in der Reha an, wissen bereits einiges und haben dennoch viele Aha-Erlebnisse. „Dass Bewegung so gesund ist, das wussten wir noch gar nicht“, sagen sie dann“, berichtet Klassen.

Trotz eines solchen intensiven Trainings in der Reha aber bleibt ein Dilemma: Wer danach in seinem Alltag nicht am Ball bleibt, wandelt sich wieder schnell zum Couch-Potato. Dabei stehen sehr viele Profis bereit, um die Gesellschaft dauerhaft in Schwung zu halten. Doch in der Realität klappt das oft nicht.



**Die Geschichte zeigt**, dass Stottern in allen Kulturen auftritt. Es wurden **4000 Jahre** alte Schriftstücke gefunden, die von stotternden Menschen zeugen.

Wissenschaftler weisen darauf hin, dass stotternde Menschen nicht nervöser, ängstlicher oder gehemmt sind als normal sprechende, nur weil sie stottern.

## DATEN UND FAKTEN

# 1%

der Erwachsenen in Deutschland – also etwa 800 000 Menschen – stottern. Davon gehen Schätzungen aus.

# Neue Strategien gegen das Stottern

In Deutschland stottern um die 800 000 Menschen. Ein Kasseler Facharzt für Allgemeinmedizin, Stimm- und Sprachstörungen will helfen und arbeitet mit einem erfolgreichen Konzept.

Von Christina Bauer

**Bad Emstal.** Im Video dauert es eine Minute, bis das Mädchen flüssig spricht. In Wirklichkeit hat es etwa ein halbes Jahr gebraucht – und eine Menge Übung. Ein wichtiger Wendepunkt war eine spezialisierte Therapie. Dort lernte die junge Patientin sozusagen die Grundlagen. Denn vor Beginn der Therapie stolperte sie noch über Silben und Konsonanten, als wären es schwierige Gegner.

Das geht vielen Menschen so. Allein in Deutschland stottern um die 800 000 Menschen, vier von fünf sind Jungen oder Männer. Weltweit soll es gar 85 Millionen Stotternde geben, viele ohne Zugang zu Therapie. „Da sind zig Millionen unversorgt“, sagt Facharzt Dr. Alexander Wolff von Gudenberg der „Ärzte Zeitung“. Und: Von den vorhandenen Behandlungsansätzen helfen viele nicht, vor allem langfristig.

## Zwölf Therapien gemacht

Diese Erfahrung hat von Gudenberg, inzwischen 60, selbst oft gemacht. Zwölf Therapien absolvierte er, ein breites Spektrum, von Psychoanalyse bis Medikation. Am Ende stotterte er immer noch. Zwischenzeitlich machte er sein Problem zur Berufung. Er studierte Medizin in Berlin und Hannover, wurde Allgemeinarzt und Facharzt für Stimm- und Sprachstörungen.

Für seine Dissertation untersuchte er Stottertherapien. Eine wirksame Lösung fand von Gudenberg am Ende in den USA, das sogenannte Fluency Shaping. Es soll helfen, das Sprechen neu zu organisieren. Der Patient erlernt im Rahmen einer auf „Fluency Shaping“ basierenden Stottertherapie spezielle Sprechtechniken, die ihm dabei helfen, das Auftreten von Sprechunflüssigkeiten zu verhindern. Ähnlich wie beim Singen oder dem

„  
Heute bin ich froh, dass ich durchgehalten habe und eine in Deutschland neue und vor allem erfolgreiche Therapieform etablieren konnte.“

Dr. Alexander Wolff von Gudenberg  
Institutsleiter der Kasseler Stottertherapie  
und Facharzt für Allgemeinmedizin,  
Stimm- und Sprachstörungen



Hilft Menschen, die stottern: Dr. Alexander Wolff von Gudenberg vom Institut der Kasseler Stottertherapie. © INSTITUT DER KASSELER STOTTERER

Sprechen im Chor, soll Stottern dabei erst gar nicht auftreten. Die Techniken, wie der weiche Stimmansatz am Anfang des Wortes, das Dehnen von Vokalen und das Kontrollieren der Atmung, werden fast durchgehend angewendet und verändern so insgesamt die Sprechweise des Patienten.

Erstmals konnte von Gudenberg seine sonst so widerspenstige Stimme steuern. Aber der Erfolg im Jahr 1987 war noch nicht von Dauer. Der Arzt erlebte einen Rückfall, begann wieder zu stottern. Ihm wurde klar, dass Therapie ohne Nachsorge nicht reicht.

Den Weg zur langfristigen Lösung ebnete eine Trainings-Software, 1994 auf Basis des US-Konzepts in Israel entwickelt. Von Gudenberg übersetzte sie, und adaptierte das Fluency Shaping für den deutschsprachigen Raum.

Im Jahr 1996 gründete er das Institut der Kasseler Stottertherapie (KST). Ab 2004 wurde dort das Programm „flunatic“ fester Therapiebestandteil. Es zeigt im grafischen Bio-Feedback, wie gut die Sprechmodulation klappt. Zudem ermöglicht es einen nahtlosen Übergang zur Nachsorge,

denn es lässt sich genauso zu Hause anwenden.

Die meisten Krankenkassen erstatten die Lizenz, wenn Patienten intensiv üben. Die ein bis zwei Wochen persönliche Intensivtherapie mit den KST-Therapeuten zahlen fast alle, es bestehen entsprechende Selektivverträge. Seit 2014 gibt es zudem telemedizinische Video-Therapie. Die Ergebnisse erwiesen sich in einer Studie als vergleichbar mit denen einer persönlichen Therapie.

Inzwischen erhielt die KST viele Auszeichnungen. 2016 landete die Sprechrestrukturierung als vorrangig zu empfehlende Therapie in der S3-Leitlinie Redeflussstörungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), entwickelt von der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie.

Für ältere Kinder und Erwachsene gelang das sonst nur der sogenannten „Stottermodifikation“. Bei der Sprechrestrukturierung gelten zwei Elemente als besonders effektiv, das prolongierte Sprechen und der weiche Stimmansatz.

## Verfolgt von einem Monster

Wie aber entsteht Stottern? Veranlagung, neurologische und andere Faktoren werden als Ursachen-Gemisch genannt. Als Sinnbild für die Folgen taucht in einem Erklärfilm zur KST ein Monster auf. Es folgt dem Stotternden auf Schritt und Tritt. Möchte er sprechen, würgt es ihn. Die Therapie verwandelt es in ein nettes, kleines Monster, das der Patient an der Leine führen kann.

Dieses Bild veranschaulicht auch, dass es meist keine komplette Heilung gibt. Auswertungen zufolge sprechen aber 88 von 100 Patienten noch ein Jahr nach der KST wesentlich flüssiger. Fortschritte wirken oft auf andere Sprachen mit, etwa auf das Englische. „Das transferiert ziemlich gut“, so von Gudenberg.

Für die neueste Entwicklung „Speechagain“ gründete er mit Kollegen die Digtigeb GmbH mit Sitz in Berlin. Die App soll bald eine Therapie ohne Therapeuten ermöglichen. Etwa 30 Patienten weltweit probierten es – mit vielversprechenden Ergebnissen. Das könnte eine neue Reichweite ermöglichen. „Speechagain“ bekam zuletzt den Eugenio-Münch-Innovationspreis.

## Ärztezeitung

Verlag: Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin  
Redaktion: Springer Medizin Verlag GmbH, Neu-Isenburg  
Telefon: 0 61 02 / 50 60, Telefax: 0 61 02 / 50 62 03  
E-Mail: info@arztezeitung.de  
Ein Unternehmen der Fachverlagsgruppe Springer Nature  
Geschäftsführung: Joachim Krieger, Fabian Kaufmann  
Chefredakteur: Wolfgang van den Bergh  
Stellv. Chefredakteur: Hauke Gerlof  
Gesundheitspolitik/Wirtschaft: Rebekka Höhl (verantwortl.), Hauke Gerlof (verantwortl.), Christiane Badenberg, Christoph Fuhr, Dr. Florian Staack, Matthias Wallerfels, Christoph Winnat, Arne Ziegelman  
Medizin: Dr. med. Marilinde Lehmann (verantwortl.), Anne Bäurle, Wolfgang Geisel, Katharina Grzegorek, Ingrid Kreuz, Marco Müsele, Christina Ott  
Newsroom/Online: Ruth Ney (verantwortl.), Alexander Joppich, Thorsten Schaff  
Leserservice: Tel.: 0 61 02 / 50 60 (Mo.-Fr., 9.30 Uhr bis 16.30 Uhr)

Hauptstadt-Büro Berlin: Wolfgang van den Bergh (verantwortl.), Anno Fricke, Schumannstr. 17, 10117 Berlin Mitte  
Tel.: 0 30 / 28 44 49 44, Fax: 0 30 / 28 44 49 40  
E-Mail: gw@springer.com  
Redaktionsbüro Berlin/Brandenburg: Angela Müllbeck,  
Tel.: 0 30 / 38 10 15 62, Fax: 0 21 / 52 97 93  
E-Mail: missbeck@web.de  
Redaktionsbüro Franken: Jürgen Stoschek,  
Tel.: 0 92 88 / 9 70 38 66, E-Mail: jstoschek@online.de  
Redaktionsbüro Köln: Herbert Fromme,  
Tel.: 0 21 / 5 69 65 30, Fax: 0 21 / 52 97 93  
E-Mail: az@pressebuero-fromme.de  
Redaktionsbüro München: Christina Bauer,  
Tel.: 0 89 / 20 04 54 50, Tel.: 01 51 / 56 04 98 31  
E-Mail: C.-M.-Bauer@web.de  
Barbara Schneider,  
Tel.: 0 15 78 / 5 05 08 31, E-Mail: barbara.schneider@img.net  
Redaktionsbüros Nord: Dirk Schnack,  
Tel.: 0 43 92 / 69 01 47, Fax: 0 43 92 / 69 01 48  
E-Mail: Dischnack@aol.com  
Christian Beneker,  
Tel.: 04 21 / 3 03 24 94, Fax: 0 42 21 / 16 82 28 55  
Christian.beneker@online.de

Ständige Mitarbeiter: Denis Durand de Bousings (Straßburg), Dr. Robert Bublák, Julia Frisch, Philipp Grätzl von Grätz, Dr. Michael Hubert, Dr. Dagmar Kraus, Helmut Laschet (Berlin), Peter Leiner, Dr. Thomas Mielke, Martina Merten, Thomas Müller, Heidi Niemann, Dr. Elke Oberhofer, Peter Overbeck (Arzt), Claudia Pieper (Washington), Raimund Schmid, Dr. Beate Schumacher, Fiete Smith, Dr. Christine Starostzik, Arndt Striegl (London), Susanne Werner, Martin Wortmann  
Sonderberichte: Ulrike Hafner (verantwortl.)  
Herstellung: Frank Nikolajczak (verantwortl.), Sandra Sali, Ralf Dolberg, Patrycja Dzialek, Michael Elias, Cornelia Hannebohn, Michaela Illian, Janina Meisel, Christian Ott, Till Schlünz, Dietmar Starke, Stephan Thomas  
Abonnement-Service:  
Tel.: 0 61 02 / 50 61 19,  
Fax: 0 61 02 / 50 64 41 48  
E-Mail: Vertrieb@springer.com  
Anzeigen: Ute Krille (verantwortl.),  
Telefon: 0 61 02 / 50 61 57,  
Telefax: 0 61 02 / 50 61 23  
Gültige Anzeigenpreise: Nr. 37 vom 01.01.2018  
Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED  
Leseranfrage: medizinischer Zeitschriften e.V.

Ladungsfähige Anschrift für Verlag und Redaktion:  
Springer Medizin Verlag GmbH, Am Forsthaus Gravenbruch 5-7  
63263 Neu-Isenburg  
Postanschrift:  
Springer Medizin Verlag GmbH, Postfach 2131,  
63243 Neu-Isenburg  
Druck, Versand: GoldsteinInnovation Fulda GmbH & Co. KG,  
Am Eichenzeller Weg 8, 36124 Eichenzell  
Erstellungsort: Neu-Isenburg  
Der Verlag haftet nicht für unverlangt eingesandene Manuskripte und Fotos. Nachrichten werden nach bestem Wissen, aber ohne Gewähr veröffentlicht.  
Urheberrechtsvorbehalt: Die Zeitung und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Außer in den gesetzlich ausdrücklich zugelassenen Fällen ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages rechtswidrig. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitung durch Nachdruck, auch auszugsweise oder in anderen Zeitungen und Informationsblättern, durch Fotokopie, Mikrofilm, Funk- und Fernsehaufzeichnung, EDV-Einspeicherung, Aufnahme in und Gestattung des Zugriffs auf elektronische Datenbanken (online und offline) und die Vervielfältigung und Verbreitung auf CD-ROM und anderen Datenträgern vor.

Rechtseinräumung durch Autoren: Mit der Einreichung eines Manuskripts zur Veröffentlichung überträgt der Verfasser dem Verlag für den Fall der Annahme das Recht, das Manuskript geändert oder unverändert ganz oder teilweise in der Ärzte Zeitung und in anderen Publikationen ihrer Fachverlagsgruppe, in den zugehörigen Online-Diensten, in Online-Datenbanken Dritter und, soweit vereinbart, gegen Nachhonorar in Sonderdrucken für Industriekunden zu nutzen. Anzeigen und Fremdbelegungen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar.  
Jahresabonnement bei Postzustellung 166,41 Euro (Studenten 83,21 Euro) inkl. Versand und MwSt. (Auslandspreise auf Anfrage).  
Ärzte Zeitung Printausgabe: Montag, Mittwoch, Freitag  
Ärzte Zeitung digital: 5x pro Woche  
Abbestellungen müssen spätestens 4 Wochen vor Bezugsende schriftlich erfolgen. Bei Nichtbelieferung ohne Verschulden des Verlages oder infolge von Arbeitskämpfen und sonstigen Störungen des Arbeitsfriedens bestehen keine Ansprüche gegen den Verlag.

ISSN 0175-8511

