

MEDIZIN + CO

DAS GESUNDHEITSMAGAZIN FÜR MÖNCHEGLADBACH UND DIE REGION

AUSGABE 43 | 1. QUARTAL 2025 | 12. JAHRGANG

+++ IHR GRATIS-EXEMPLAR +++
ZUM MITNEHMEN

**Das ändert sich 2025
im Gesundheitsbereich**

**Die 1.000 Darmkrebs-OP
im Elisabeth-Krankenhaus**

**Zertifiziertes Onkologisches
Zentrum im Bethesda**

**Schnuller?
Wenn ja, welcher?**

**Die digitale Revolution
im Gesundheitswesen**



Helpen Sie uns mit Ihrer Spende!

Sparkasse Gütersloh-Rietberg-Versmold
IBAN: DE80 4785 0065 0000 0000 50

30
JAHRE



STIFTUNG
DEUTSCHE
SCHLAGANFALL
HILFE



Bernd steht auf.

Für sich. Mit uns. Gegen den Schlaganfall.



Team Bernd. Gemeinsam stark gegen den Schlaganfall.

Seit 30 Jahren lässt die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe Bernd und andere betroffene Menschen nicht allein und begleitet sie zurück ins Leben. Erfahren Sie ihre Geschichten auf

gemeinsam-stark.team

EDITORIAL

wesen, die uns wahrscheinlich alle betreffen, haben wir trotz Jahreswechsel und entsprechender Informationsflaute hoffentlich doch einige Dinge zusammengetragen, die für Sie von Interesse sind. Natürlich gibt es auch wieder einen Block zum Thema „Herz“, unter anderem einen Nachbericht zu unserem ersten Kochkurs zum Thema „HerzGesundeErnährung“, der seine Premiere am 16. November in der Kochschule im Haus Zoar hatte. Stolz kann ich berichten, dass der Kurs mit Dipl. Ökothrophologin Eva Rutke ein voller Erfolg war, die Kochschule bereits einige Anfragen nach dem nächsten Termin erhalten hat und mich immer noch Fotos und Nachrichten der Teilnehmenden erreichen, in denen sie mir berichten, welches Gericht sie gerade nochmal nachkochen.

Falls auch Sie nach dem Lesen des Berichtes auf den Seiten 22 und 23 nun Lust verspüren, einmal teilzunehmen und sich nicht vom Namen „HerzGesundeernährung“ und den damit scheinbar verbundenen Vorurteilen abschrecken lassen - bald können Sie sich online unter <https://herzgesund.medizin-und-co.de> wieder auf

die Interessiertenliste für den nächsten Termin setzen lassen. Aktuell streben wir das Frühjahr dafür an.

Nun noch etwas zum Thema Kochkurs und in eigener Sache.

Wir würden den Preis des Kochkurses gerne senken, um die Hürden für eine Teilnahme zu verringern. Dafür braucht es jedoch ein bis zwei Sponsoren bzw. Partner.

Wenn Sie Unternehmer oder Unternehmerin sind und sich lokal für die Herzgesundheit und das Thema gesunde Ernährung mit engagieren wollen, dann freue ich mich über eine Kontaktaufnahme.

Das war der Werbeblock und nun wünsche ich Ihnen viel Spaß beim Lesen unserer ersten Ausgabe 2025.

Ihr *M. Thiele*
Marc Thiele (Herausgeber)

Foto: © StudioLine



Marc Thiele, Herausgeber

Liebe Leserinnen und Leser,

herzlich Willkommen zur ersten Ausgabe des Jahres 2025.

Eigentlich hatten wir geplant, deutlich mehr grafische Änderungen für das Magazin umzusetzen, aber am Ende sind es erst einmal nur Kleinigkeiten geworden. Der Titel wurde visuell etwas verändert und hier und da etwas an der Artikelgestaltung. Zu mehr reichte unserer Grafik die Zeit noch nicht, andere Projekte hatten dann doch Priorität. Nun ja, wahrscheinlich interessieren Sie sich sowieso weniger für grafisch-visuelle Details, als aktuelle Informationen aus dem Gesundheitswesen, der Medizin und der Forschung. Neben aktuellen Änderungen im Gesundheits-



ZAHNARZTPRAXIS
DR. BONGARTZ

IMMER AN MEINER SEITE
MEIN TEDDYBÄR UND
MEIN LACHEN!



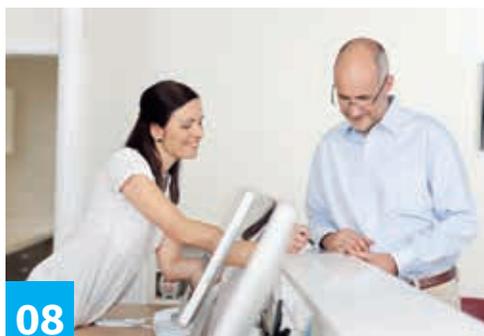
PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE & IMPLANTOLOGIE
DR. HARTMUT BONGARTZ MSC MSC & KOLLEGEN

KRAHNENDONK 7 - 41066 MÖNCHENGLADBACH
TEL. 02161 - 66 63 60 - WWW.ZAHNARZT-DRBONGARTZ.DE

WIR SIND WIE GEWOHNT FÜR SIE DA!

Montags - Donnerstags: 08:00 Uhr - 19:00 Uhr
Freitags: 08:00 Uhr - 16:00 Uhr
..... und nach Vereinbarung!





08



10



14

Fotos: Urheberhinweise siehe Inhaltsseiten

MEDIZIN + CO AKTUELL

- 5 Elf neue Krankentransportwagen für den Rettungsdienst in Mönchengladbach
Schnell, sicher und bequem: Digitaler Arztbesuch
- 6 Reha-Verein: Cannabis-Legalisierung - Fluch oder Segen?
- 7 LVR-Tagesklinik am Bethesda jetzt anerkannte Weiterbildungsstätte
- 8 Das ändert sich 2025 im Gesundheitsbereich
- 9 Jetzt kommt die elektronische Patientenakte für alle

MEDIZIN + KLINIK

- 10 **Städtische Kliniken Mönchengladbach**
Die 1.000. Darmkrebs-OP im Eli. Der Roboter unterstützt den Operateur

MEDIZIN + WISSEN

- 12 Heißes Eisen bei Krebs: Komplementäre und alternative Methoden
- 13 Brustkrebs: Was Patientinnen und Patienten wissen sollten

MEDIZIN + KLINIK

- 14 **Johanniter - Ev. Krankenhaus Bethesda Mönchengladbach**
Bethesda Krankenhaus hat ein zertifiziertes Onkologisches Zentrum

MEDIZIN + WISSEN

- 16 Gedächtnistests per Smartphone-App helfen bei Diagnostik
- 17 Impfstoffforschung: Hoffnung bei Hepatitis C

HERZ SPEZIAL

- 18 Plötzlicher Herztod - Neue Erkenntnisse
- 19 Prasugrel überzeugt in der Klinischen Praxis
- 20 Trotz Herzschwäche wieder Fit und Aktiv
- 21 Gesunde und nachhaltige Omega-3-Fettsäuren aus Algen
- 22 Nachberichtet: So war der erste Kochkurs „HerzGesundeErnährung“

MEDIZIN + WISSEN

- 24 Diabetes und Parodontitis: Neue S2k-Richtlinie stärkt interdisziplinäre Zusammenarbeit

MEDIZIN + PRAXIS

- 25 **Praxis für Zahnheilkunde & Implantologie**
Dr. Hartmut Bongartz MSc MSc & Kollegen
Schnuller? Wenn ja, welcher?

MEDIZIN + WISSEN

- 26 Die digitale Revolution im Gesundheitswesen - für alle?
- 28 Finanzentwicklung der GKV im 1. bis 3. Quartal 2024

STANDARDS

- 3 Editorial
- 30 Notrufnummern und Adressen, Impressum

Anzeigenberater/in_{m/w/d}

Teilzeit (20 - 25 Std./Wo.) oder Vollzeit

Zur Verstärkung unseres Vertriebsteams suchen wir eine/n (media)erfahrene/n, abschlussstarke/n Vertriebsprofi für die Neukundenakquise sowie die Betreuung von Bestandskunden im Raum Mönchengladbach.

Neben der deutschen Sprache in Wort und Schrift sind kommunikationssichere Sprachkenntnisse in Niederländisch oder Englisch von Vorteil.

Die vollständige Stellenausschreibung findest Du auf www.hindenburger.de/jobs.html



HINDENBURGER

ELF NEUE KRANKENTRANSPORTWAGEN FÜR DEN RETTUNGSDIENST IN MÖNCHEGLADBACH

Einheitliches Design mit lokalem Bezug und modernste Technik

Der Rettungsdienst in Mönchengladbach präsentierte heute (10. Dezember) neue Krankentransportwagen (KTW), die ab sofort in einem einheitlichen und modernen Design unterwegs sind. Die neuen Fahrzeuge, die vom Arbeiter-Samariter-Bund (ASB), dem Deutschen Roten Kreuz (DRK) und der Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH) besetzt werden, stehen für eine starke Zusammenarbeit der Organisationen mit der städtischen Berufsfeuerwehr und setzen zugleich einen klaren Bezug zur Stadt.



Foto: Stadt MG

→ Beigeordnete Silke Wehmhörner und Feuerwehr-Chef Dirk Schattka (r.) übergaben die neuen KTW an die Vertreter von Arbeiter-Samariter-Bund, Johanniter-Unfall-Hilfe und Deutsches Rotes Kreuz.

Die Krankentransportwagen sind mit einer markanten Stadtsilhouette sowie dem Stadtwappen versehen. Die Stadtsilhouette an den Fahrzeugseiten symbolisiert die Verbundenheit mit Mön-

chengladbach und macht den lokalen Bezug für alle Bürgerinnen und Bürger sichtbar. Das Stadtwappen, zentral auf den Fahrzeugen platziert, steht für Schutz und Zuverlässigkeit. Das Farb-

konzept basiert auf den in Nordrhein-Westfalen üblichen Rettungsdienstfarben Leuchttrot und Weiß, die eine hervorragende Sichtbarkeit im Straßenverkehr gewährleisten. Die Fahrzeuge tragen auf den Türen eine dezente Beschriftung mit den Logos der beteiligten Organisationen und betonen so die gemeinsame Verantwortung für die Krankentransportversorgung in Mönchengladbach. Erstmals findet auch in Krankentransport eine elektrohydraulische Fahrtrage Verwendung, die die körperliche Belastung des Personals deutlich reduziert!

Die groß und deutlich sichtbare Notrufnummer 19222 ist an prominenter Stelle aufgebracht und verweist auf die zentrale Telefonnummer der Feuerwehrleitstelle für Krankentransporte.

„Mit dem neuen Design unserer Krankentransportwagen wollen wir nicht nur die Einheitlichkeit im Rettungsdienst sichtbar machen, sondern auch die Verbundenheit mit unserer Stadt und ihren Menschen hervorheben“, erklärt Silke Wehmhörner, zuständige Beigeordnete der Stadt. Mit diesem Schritt setzt der Rettungsdienst Mönchengladbach ein klares Zeichen für moderne Professionalität, Zusammenarbeit und lokale Identität.

Quelle: Stadt MG

Advertorial

SCHNELL, SICHER UND BEQUEM: DIGITALER ARZTBESUCH

Wie man die Vorteile von Online-Sprechstunden nutzen kann

Es gibt viele Situationen, in denen ein persönlicher Arztbesuch schwierig ist, etwa, wenn man in entlegenen Gegenden wohnt oder erste Beschwerden außerhalb der regulären Sprechstunde auftreten. Auch für viele arbeitende Menschen mit einem vollen Terminkalender ist es oft schwer, sich zu den üblichen Öffnungszeiten „freizuschaukeln“. Andere Hürden wiederum gelten für Patientinnen und Patienten, die aufgrund eingeschränkter Mobilität oder bestimmter gesundheitlicher Probleme das Haus nur schwer verlassen können. Hier bietet glücklicherweise die Digitalisierung inzwischen moderne und bequeme Alternativen zum traditionellen Praxisbesuch.

Telemedizin hat hohe Kundenzufriedenheit

Heute können Patientinnen und Patienten sich direkt vom heimischen Sofa aus schnell und unkompliziert ärztlichen Rat einholen. Online-Plattformen ermöglichen es, medizinische Beratungen per

Video oder Telefon in Anspruch zu nehmen, und eröffnen damit neue Wege der Gesundheitsversorgung. Eine Untersuchung des Deutschen Instituts für Service-Qualität (DISQ) im Auftrag von ntv zeigt, dass Telemedizin mit ärztlicher Online-Beratung insgesamt eine hohe Kundenzufriedenheit erreicht, insbesondere in den Bereichen Angebot und Kundenservice. So bietet beispielsweise die IKK classic ihren Versicherten seit über drei Jahren eine Online-Sprechstunde an. Grundlage dieses digitalen Behandlungsangebots ist hier eine Kooperation mit der TeleClinic GmbH.

In 30 Minuten zum Termin

„Dank einer kostenlosen Premiummitgliedschaft profitieren Versicherte bei uns von einer 24-Stunden-Erreichbarkeit an sieben Tagen in der Woche, einem Zugang zu einem umfangreichen Netzwerk von Medizinerinnen und Medizinern, einer schnellen und einfachen Terminkoordination innerhalb von 30 Mi-

nuten oder zum Wunschtermin sowie von einer gesicherten Dokumentenübertragung“, erklärt Pressesprecherin Juliane Mentz von der IKK classic. Neu ist die Möglichkeit, sich innerhalb der digitalen Sprechstunde ein elektronisches Rezept als Kassen-, Privat- oder Empfehlungsrezept ausstellen zu lassen.

Einwilligungserklärung erforderlich

In der Regel funktioniert ein virtueller Arztbesuch folgendermaßen: Die Terminvergabe erfolgt entweder über die Praxis, den jeweiligen Videodienstanbieter oder entsprechende Apps. Infos hierzu gibt es auch unter www.ikk-classic.de. Vor der ersten Videosprechstunde müssen Ärztinnen und Ärzte die Einwilligungserklärung der Patienten einholen. Dann erfolgt die Einwahl über erhaltene Zugangsdaten. Dort wartet man im „Online-Wartezimmer“, bis der jeweilige Experte zugeschaltet wird.

Quelle: DJD/ IKK classic



Foto: Bullan - stock-adobe.com



Thüringer Str. 12,
41063 Mönchengladbach
Tel.: 0 21 61 / 57 68 -0,
www.rehaverein-mg.de



CANNABIS-LEGALISIERUNG: FLUCH ODER SEGEN?

Seit dem 1. April 2024 ist die erste Säule des Cannabis-Gesetzes in Kraft getreten, die Erwerb, Anbau und Konsum von Cannabis unter bestimmten Voraussetzungen straffrei stellt. Seitdem und auch schon vorher gibt es heftige Diskussionen, ob diese Freigabe sinnvoll und überfällig oder aber schädlich sei und ob es unabhängig davon evtl. handwerkliche Fehler bzw. Unvollständigkeiten gibt. Die Diskussion wird häufig aus „verfeindeten Lagern“ geführt, wobei wichtige Aspekte und Differenzierungen schon mal auf der Strecke bleiben. Dieser Artikel versucht, verschiedene Perspektiven in Kürze darzustellen und stützt sich dabei im Wesentlichen auf die Ausgabe 4/2024 der Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP): „Cannabis: Regulierte Realitäten“.

Geschichte:

Betrachtet man Drogenkonsum aus einer historischen Perspektive, stellt man fest, dass in vergangenen Jahrhunderten gelegentlicher Drogenkonsum, hier vor allem Alkohol, auch als Instrument zur Kontrolle des menschlichen Lebens angesehen wurde (sogar von Seiten der Kirche!) und dass gerade im 19. Jahrhundert zur Gewinnung von Kontrolle über Krankheiten und Schmerzen mit Drogen experimentiert wurde. Erst im 20. Jahrhundert wurde der Gebrauch zunehmend mit Kontrollverlust assoziiert und das Szenario vom drohenden Niedergang der westlichen Gesellschaft genutzt, um politische missliebige Gruppen zu diskreditieren („Gammler“, „Hippies“...). Dabei wurde und wird regelmäßig zwischen legalen und illegalen Rauschmitteln unterschieden. Verbote wie z.B. in der US-amerikanischen Prohibition, aber auch in der Vergangenheit hierzulande haben Konsumierende kaum vom Gebrauch abgehalten, sondern nur die Wege in die Illegalität verschoben und damit riesige kriminelle Netzwerke begünstigt.

Gesundheitliche Risiken:

Diese bestehen zum einem bei nicht kontrolliertem Stoff „von der Straße“, der häufig mit gesundheitsschädigenden Beimischungen versehen ist, aber auch bei „reinem“ Cannabis, das heute einen wesentlich höheren rauscherzeugenden THC-Gehalt besitzt und dadurch schneller suchterzeugend wirkt. Problematisch ist dies auch für Menschen, die Cannabis zur Selbstmedikation nutzen, z.B. wegen chronischer Schmerzen, Depressionen, posttraumatischer Belastungsstörungen, schwerer Schlafstörungen oder ADHS im Erwachsenenalter. Hingegen verspricht ärztlich dosierte und engmaschig begleitete Behandlung mit medizinischem Cannabis bei ihnen eine dauerhafte Linderung und Verbesserung der Lebensqualität, wie Christel Lüdecke, Ärztliche Direktorin am Asklepios-Fachklinikum Göttingen feststellt. Bei Jugendlichen birgt der Konsum von Cannabis jedoch grundsätzlich erhebliche Risiken: je jünger, desto höher die Wahrscheinlichkeit von Entwicklungs- und Hirnleistungsstörungen.

Weiche Drogen versus harte Drogen?

Den gelegentlichen Gebrauch von Cannabis – viele Alt68er haben das Kiffen mit in ihren Ruhestand genommen, könnte man unter „Genuss“ abspeichern, genauso wie andere abends ein Glas Rotwein trinken. Fachleute sind sich einig: Cannabis ist kaum eine Einstiegsdroge, wenn nicht eine entsprechende Prädisposition vorhanden ist, von daher wäre es sinnvoller, zwischen „weichen“ und „hartem“ Konsum zu unterscheiden. Wenn Drogen (auch Alkohol) dazu genutzt werden, um zeitweise gesellschaftliche und soziale Bedingungen des eigenen Lebens zu kompensieren, sollte man dann nicht auch gesellschaftliche Bedingungen genauer unter die Lupe nehmen, anstatt nur an Disziplin und Kontrollwillen zu appellieren? Der Politikwissenschaftler und Soziologe Dr. Robert Feustel beschreibt es so: „Zwei Dinge scheinen daher bedeutsamer, als Drogen irgendeine Macht zu unterstellen: Einerseits ist es nötig, die sozialpsychologischen Strukturen zu stärken, weil sie es sind, die destruktiven Tendenzen etwas entgegensetzen können; nicht die Strafverfolgungsbehörden. Andererseits bleibt es geboten, gegen politische und soziale Zumutungen anzukämpfen, die der Kapitalismus mit sich bringt und die Menschen zu Kompensation und Verdrängung treiben.“ (Kompensation und Kontrolle. Zur fragwürdigen Macht der Drogen. Soziale Psychiatrie Heft 186)

Die 2. Säule des Cannabis-Gesetzes steht noch aus, wäre aber dringend erforderlich, um Kontrolle über Anbau und Vertrieb zu gewinnen und die oben beschriebenen Risiken zu minimieren.

LVR-TAGESKLINIK AM BETHESDA IST JETZT ANERKANNT WEITERBILDUNGSSTÄTTE

Einheitliches Design mit lokalem Bezug und modernste Technik

Die Psychosomatische LVR-Tagesklinik am Bethesda erhält nach nur einem Jahr von der ÄKNO die Zulassung als Weiterbildungsstätte – LVR-Klinik Mönchengladbach jetzt Weiterbildungsstätte für zwei Fachbereiche

Foto: LVR-Klinik Mönchengladbach



→ Chefärztin Dr. med. (YU) Ljiljana Joksimovic, Leiterin des Zentrums für psychosomatische Medizin und Psychotherapie Niederrhein, mit der Zulassung als Weiterbildungsstätte der Ärztekammer Nordrhein für die psychosomatische LVR-Tagesklinik am Bethesda.

Im Frühjahr 2023 gründeten die LVR-Kliniken Mönchengladbach und Viersen das „LVR-Zentrum für psychosomatische Medizin und Psychotherapie Niederrhein“. Teil des Zentrums ist die LVR-Tagesklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auf dem Gelände des Evangelischen Krankenhauses Bethesda. Nach nur wenig mehr als einem Jahr hat die Tagesklinik nun von der Ärztekammer Nordrhein die Zulassung als Weiterbildungsstätte erhalten.

„Für eine Einrichtung wie die Tagesklinik am Bethesda mit gerade einmal zehn Behandlungsplätzen und einer Ambulanz ist die Zulassung als Weiterbildungsstätte nach so kurzer Zeit ein toller Erfolg“, fasst Dr. Ljiljana Joksimovic, Leiterin des Zentrums für psychosomatische Medizin und Psychotherapie Niederrhein, erfreut zusammen. Entscheidend für die zügige Anerkennung als Weiterbildungsstätte waren sicherlich Nachweise über die hier behandelten Krankheitsbilder, die Kooperation mit dem Weiterbildungsverband Psychosomatische Medizin und Psychotherapie NRW, der DGPM (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin) GbR sowie die Tat-

sache, dass neben Dr. Ljiljana Joksimovic als Chefärztin hier als weiterer Facharzt der leitende Oberarzt Markus Presentin tätig ist.

Die Anerkennung als Weiterbildungsstätte stärkt die LVR-Klinik Mönchengladbach als attraktiven Arbeitgeber in der Region. Die Klinik ist jetzt gleichermaßen Weiterbildungsstätte für den Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie als auch für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. „Für uns als Arbeitgeber ist die Zulassung ein absoluter Standortvorteil und steigert unsere Attraktivität bei potenziellen Bewerberinnen und Bewerbern, betont auch Dr. Jutta Maria Scheuermann, Ärztliche Direktorin der LVR-Klinik Mönchengladbach.

Das gestiegene Bewusstsein bei den Betroffenen, intensivere Forschung und die eindeutigen Erfolge in der Behandlung haben dafür gesorgt, dass der Fachbereich der Psychosomatik immer weiter an Bedeutung gewonnen hat. „Die Nachfrage nach Behandlungsplätzen steigt stetig. Mit der Gründung unseres LVR-Zentrums für psychosomatische Medizin und Psychotherapie Niederrhein sind wir im vergangenen Jahr den richtigen Schritt gegangen“, erklärt Dorothee Enbergs, Verwaltungsdirektorin und Vorstandsvorsitzende der LVR-Klinik Mönchengladbach, LVR-Klinik Viersen und LVR-Klinik für Orthopädie Viersen. Zum Zentrum gehören neben der Tagesklinik am Evangelischen Krankenhaus Bethesda mit zehn Behandlungsplätzen, das stationäre Angebot an der LVR-Klinik Viersen mit 20 Betten sowie die Tagesklinik in Kempen mit zwanzig weiteren Behandlungsplätzen. An allen Standorten befinden sich außerdem Ambulanzen.

Die LVR-Klinik Mönchengladbach ist ein Behandlungszentrum für Psychiatrie und Psychotherapie und übernimmt die psychiatrische Pflichtversorgung für die gesamte Stadt Mönchengladbach. Mit rund 360 Mitarbeitenden gehört sie zum Klinikverbund des Landschaftsverbands Rheinland und ist Mitglied im Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach. Zum Behandlungsangebot der Klinik zählen 170 vollstationäre Betten und 66 teilstationäre Plätze sowie eine Institutsambulanz und ein Wohnverbund mit 45 Plätzen.

<https://klinik-moenchengladbach.lvr.de>

HERZKRANK?

Schütze Dich vor dem Herzstillstand!



Bestellen Sie heute noch Ihr kostenfreies Exemplar!

Telefon: 069 955128-400
herzstiftung.de/bestellung



Gut fürs Herz.
Deutsche Herzstiftung

Die nächste Ausgabe von MEDIZIN + CO. erscheint am 27. MÄRZ 2025

Anzeigenschluss: 17.03.2025

Datenschluss: 19.03.2025



Kontakt:
media@markimpuls.de
Tel.: 0 21 61 - 686 95 20

ePA, Beitragserhöhungen, Amalgam-Verbot:

Das ändert sich 2025 im Gesundheitsbereich



Foto: contrastwerkstatt - stock.adobe.com

Während das Digitalagentur-Gesetz und auch das „Gesundes-Herz-Gesetz“ aufgrund der vorgezogenen Neuwahlen des Bundestages wahrscheinlich nicht mehr beschlossen werden, stehen andere Veränderungen im Gesundheitsbereich für 2025 bereits fest: Die elektronische Patientenakte (ePA) für alle kommt und die Krankenkassenbeiträge werden steigen. Die Stiftung Gesundheitswissen gibt einen Überblick über die Neuerungen.

Die ePA für alle kommt

Ab Januar 2025 wird die elektronische Patientenakte (ePA) in Deutschland großflächig eingeführt. In der ePA werden alle wichtigen Informationen rund um die persönliche Gesundheit gespeichert und können den behandelnden Ärzten und anderen Gesundheitsakteuren zur Verfügung gestellt werden. Das soll unnötige Mehrfachuntersuchungen vermeiden und einen Arztwechsel erleichtern. Auch können die behandelnden Ärzte beim Verschreiben von Medikamenten Wechselwirkungen leichter vermeiden.

Die Nutzung der ePA ist freiwillig. Ohne Zustimmung darf niemand die persönlichen Daten einsehen. Wer keine elektronische Patientenakte haben möchte, kann dies in einem Widerspruchsverfahren seiner Krankenkasse mitteilen. Auch Unternehmen der privaten Krankenversicherung können ihren Versicherten eine widerspruchsbasierte ePA anbieten. Ab Januar 2025 werden bestehende elektronische Patientenakten automatisch auf die ePA für alle umgestellt.

Laut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wird die ePA für alle zunächst in Franken und Hamburg getestet. Im Anschluss soll der Einsatz deutschlandweit ausgeweitet werden.

weitere Informationen zur ePA

<https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/gesund-leben/e-health-trends/elektronische-patientenakte>



Erhöhte Anzahl an Kinderkrankentagen soll für 2025 beibehalten werden

Auch 2025 gilt ein erhöhter Anspruch auf Kinderkrankengeld. Gesetzlich krankenversicherte Eltern können pro Jahr und Kind 15 Kinderkrankentage beziehen. Alleinerziehende haben Anspruch auf 30 Tage. Bei mehreren Kindern erhöht sich der Anspruch pro Elternteil und pro Jahr auf 35 Arbeitstage. Für Alleinerziehende mit mehreren Kindern steigt die Gesamtzahl auf insgesamt 70 Arbeitstage pro Jahr. Während der Corona-Pandemie wurden

die Kinderkrankentage erhöht. Diese Regelung ist eigentlich 2023 ausgelaufen, wurde aber für die Jahre 2024 und 2025 verlängert.

Beitragsbemessungsgrenze wird erhöht

Zum 1. Januar 2025 steigt die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Sie liegt dann jährlich bei 66.150 Euro brutto (monatlich 5.512,50 Euro). 2024 waren es 62.100 Euro im Jahr, beziehungsweise 5.175 Euro im Monat. Die Beitragsbemessungsgrenze wird jährlich berechnet. Sie markiert das maximale Bruttoeinkommen, bis zu dem Beiträge in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung erhoben werden. Das Einkommen, das darüber hinausgeht, ist beitragsfrei. Auch die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung erhöht sich. 2025 beläuft sie sich auf 73.800 Euro (monatlich 6.150 Euro). 2024 lag sie bei 69.300 Euro, beziehungsweise 5.775 Euro im Monat. Wer mehr als diesen Beitrag verdient, kann sich privat krankenversichern lassen.

Krankenkassenbeiträge steigen

Im kommenden Jahr werden die Beiträge für die gesetzlichen Krankenkassen steigen. Wie das Bundesministerium für Gesundheit Anfang November bekannt gab, wird der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz 2025 um 0,8 Prozentpunkte auf 2,5 Prozent erhöht. Die konkrete Höhe der Zusatzbeitragssätze ihrer Mitglieder bestimmen jeweils die Kassen.

Durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze steigt zudem der Höchstbeitrag. Versicherte, die über der Beitragsbemessungsgrenze verdienen, und Versicherte, die eine Gehaltserhöhung bekommen, haben deshalb 2025 erkennbar höhere Krankenkassenbeiträge. Auch in der Privaten Krankenversicherung (PKV) müssen viele Versicherungsunternehmen die Beiträge aufgrund gestiegener Leistungsausgaben erhöhen. Wie der Verband der Privaten Krankenversicherung bekannt gab, werden die PKV-Beiträge über alle Versicherten zum 1. Januar 2025 um durchschnittlich 12 Prozent steigen. Ein Vergleich der Beiträge zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung über einen Zeitraum der vergangenen zehn Jahre durch den PKV-Verband zeigt, dass sich die Beiträge ähnlich entwickelten.

Auch die Beiträge für die soziale Pflegeversicherung steigen ab dem 01.01.2025 um 0,2 Prozentpunkte. Das hat die Bundesregierung per Verordnung beschlossen.

Amalgam ab Januar für Zahnfüllungen verboten

Auf Beschluss der EU darf ab Januar 2025 Dentalamalgam nicht mehr für Zahnfüllungen verwendet werden. Einzige Ausnahme: Der Zahnarzt hält die Behandlung mit Amalgam für medizinisch notwendig. Grund für den EU-Beschluss ist der Umweltschutz. Amalgamfüllungen enthalten Quecksilber. Dieses Metall ist giftig und schädigt die Umwelt. Ein direktes Gesundheitsrisiko durch die bisherigen Amalgamfüllungen gibt es nicht.

Eine Amalgam-Füllung galt bisher für gesetzlich Krankenversicherte als einzige Kassenleistung für die Behandlung eines durch Karies geschädigten Zahns. Wie der GKV-Spitzenverband im Oktober bekannt gab, wird es auch weiterhin einen Anspruch für Zahnfüllungen ohne zusätzliche Kosten geben. Künftig werden dafür selbsthaftende Füllungen, die ohne zusätzliche Klebemittel angebracht werden können, verwendet, z. B. sogenannte Glasionomer-Zemente.

Quelle:

Stiftung Gesundheitswissen
www.stiftung-gesundheitswissen.de



→ Nach einem Start in Modellregionen legen die gesetzlichen Krankenkassen ab Februar 2025 für alle Versicherten, die nicht widersprochen habe, eine ePA an, sie wird nach und nach mit Daten befüllt. Durch die Anbindung ans E-Rezept werden künftig alle verschriebenen und ausgegebenen Medikamente automatisch in eine Medikationsliste aufgenommen.

JETZT KOMMT DIE ePA FÜR ALLE

Alles, was man über die neue elektronische Patientenakte wissen sollte

Bei unseren europäischen Nachbarn gehört sie längst zum Standard, nun auch bald in Deutschland: Ab Anfang 2025 erhalten gesetzlich Versicherte eine elektronische Patientenakte, die ePA für alle, von ihrer Krankenkasse. Die privaten Krankenversicherungen können eine ePA anbieten, sind dazu aber nicht verpflichtet. Alle Infos zur ePA gibt es unter www.gematik.de sowie auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit.

Wichtige Infos in einer digitalen Akte

Begeben sich Versicherte künftig in ärztliche Behandlung, kann die behandelnde Person in der ePA nachschauen: Gibt es Vorerkrankungen? Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Auch die Versicherten selbst erhalten einen besseren Überblick, weil etwa Arztbriefe, Medikationsdaten und Untersuchungsergebnisse eingestellt werden. All das kann die Behandlung erleichtern, Doppeluntersuchungen vermeiden und die Patientensicherheit erhöhen, da beispielsweise ungewollte Wechselwirkungen von Arzneimitteln frühzeitig erkannt werden können.

Ab 2025 wird die ePA mit Daten befüllt

Ab Januar legen die gesetzlichen Krankenkassen für alle Versicherten, die nicht widersprochen haben, eine ePA an; sie wird nach und nach mit Daten befüllt. Die neue ePA startet zunächst in den Modellregionen Hamburg und Umland, Franken und NRW. Nach einigen Wochen werden medizinische Einrichtungen in ganz Deutschland mit der neuen ePA arbeiten. Durch die Anbindung ans E-Rezept werden künftig alle verschriebenen und ausgegebenen Medikamente automatisch in eine Medikati-

onsliste aufgenommen. Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, z. B. ihre Befunde und Behandlungsberichte einzupflegen. Zusätzlich können medizinische Daten der Vergangenheit hinzugefügt werden. Das können die Versicherten oder ihre Vertreterinnen bzw. Vertreter selbst über die App der Krankenkasse tun oder die Krankenkasse damit beauftragen.

Zugriff selbst festlegen

Der Zugriff auf die neue ePA ist einfach und sicher. Gesetzlich Versicherte müssen nur ihre elektronische Gesundheitskarte in der behandelnden Einrichtung einlesen lassen. Damit erhält die Einrichtung standardmäßig für 90 Tage Zugriff. Über die App können Versicherte ihn jederzeit beenden oder bestimmte Infos verbergen. Sie können aber auch einen unbegrenzten Zugriff ermöglichen, etwa wenn sie dauerhaft in einer Praxis behandelt werden. Privatversicherte müssen den Zugriff grundsätzlich aktiv über die App freigeben. Modernste Standards sichern die gespeicherten Daten. Alle Infos sind verschlüsselt, werden auf Servern in Deutschland gespeichert und über sichere Kanäle übertragen. Nur Versicherte und Praxisteams können auf die Daten zugreifen.

Quelle: DJD | Foto: DJD/gematik

Die 1000. Darmkrebs-OP im Eli: Der Roboter unterstützt die Operateur:innen



→ „Mit dem Roboter konnten wir den Anteil von minimalinvasiven Operationen bei Darmkrebs fast verdoppeln“, sagt Prof. Olaf Horstmann, Chefarzt der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Endokrine Chirurgie.

Das Team um Prof. Olaf Horstmann hat an den Städtischen Kliniken Mönchengladbach gerade den 1000. Patienten mit Darmkrebs operiert. Bei vielen dieser Operationen unterstützt inzwischen der Roboter da Vinci die Ärzt:innen im Darmkrebszentrum des Eli. Er ermöglicht nicht nur einen hohen Anteil an minimalinvasiven Eingriffen. Die Operateur:innen können die betroffenen Stellen und die Nervenbahnen während der OP noch genauer identifizieren.

Seit vielen Jahren kommen Patient:innen auch aus der weiteren Region in das Darmkrebszentrum der Städtischen Kliniken. Dass am Eli ausgewiesene Expert:innen mit den modernsten Verfahren und Geräten Darmkrebs behandeln, zeigt nicht zuletzt die **Zertifizierung durch die renommierte und unabhängige Deutsche Krebsgesellschaft**. Seit 2018 wird am Eli mit der ro-

botergestützten Operationseinheit **da Vinci** gearbeitet. Die Städtischen Kliniken waren dank Prof. Olaf Horstmann, Chefarzt der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Endokrine, das erste Krankenhaus der Region, das auf diese Technik setzte und haben seither mit Abstand die meisten Operationen im Umkreis zu verzeichnen. Der Roboter assistiert. Bei dieser hochmodernen

Operationstechnik sitzt der Operateur ein Stück entfernt vom Patienten an einem Gerät mit Bildschirm. Durch die zwei Okulare des Sichtgeräts hat er ein gestochen scharfes 3-D-Bild vor Augen. Unter dem Bildschirm steuert er mit den Händen und mehreren Fußpedalen das vierarmige Gerät. Ein Oberarzt steht am OP-Tisch und assistiert ihm. Der Roboter kann nicht selbstständig arbeiten. Sobald kein menschliches Auge mehr durch das Okular blickt, ist er im Ruhemodus.

„Mit dem da Vinci konnten wir den Anteil von minimalinvasiven Operationen bei Darmkrebs fast verdoppeln. Nur bei rund einem Drittel der

Patienten ist heute in unserer Abteilung noch eine größere Bauchhöhleeneröffnung notwendig“, sagt **Prof. Horstmann**. „Jede Operation ist eine Belastung für den Körper. Durch diese minimal-invasive Technik können wir sie auf das absolute Mindestmaß reduzieren.“ Doch es gibt einen weiteren markanten Vorteil. „Der Operateur gelangt durch die abwinkel- und drehbaren Instrumente auch an sehr schwer zugängliche Stellen wie im Enddarm minimalinvasiv, ohne die Umgebung unnötig zu schädigen“, erklärt der Chefarzt.

Funktionsstörungen können so noch effektiver als bei herkömmlichen Operationen vermieden werden.

Bisher lagen Patienten nach einer Darmoperation im Schnitt zehn bis zwölf Tage im Krankenhaus. Nun können sie häufig schon nach fünf Tagen wieder nach Hause gehen. Für die Patienten ist rasche Erholung eines der wichtigen Kriterien. Sie wählen ihre Klinik auch danach aus. „Wir haben zuletzt mehr als 100 Ersteingriffe



Fotos: Monsters of Media / Kamil Albrecht

wegen eines Darmkrebses pro Jahr ausgeführt. Dieses Vertrauen ist für uns großer Ansporn zur Behandlung auf höchstem Niveau“, sagt Prof. Horstmann. Welche Operationsmethode und Therapie den meisten Erfolg verspricht, hängt vom Einzelfall ab. „Wir beraten die Patienten ausführlich, so dass sie eine verantwortliche Entscheidung treffen können.“ So sehr sich der Chefarzt darüber freut, mit seinem Team 1000 Patient:innen mit Darmkrebs geholfen zu haben, hofft er, dass die Zahl der Erkrankten in Deutschland wie in den vergangenen Jahren weiter sinkt. Verlässliche frühe Anzeichen, um selbst Darmkrebs zu diagnostizieren, gibt es nicht. Aber die

Darmspiegelung gibt Aufschluss über Polypen, die zunächst harmlos sind, sich aber zu bösartigen Tumoren auswachsen können. Die Krankenkassen zahlen die Früherkennung ab 50 Jahren.

In Deutschland sind 500.000 Menschen an Darmkrebs erkrankt. Darmkrebs ist derzeit die zweithäufigste Tumorerkrankung bei Frauen und die dritthäufigste Tumorerkrankung bei Männern in Deutschland. Die Heilungsaussichten hängen stark von der Prävention und Therapie ab. Bei regelmäßiger Vorsorge und einer optimalen Behandlung sind diese sehr gut.



**Städtische Kliniken
Mönchengladbach**

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Elisabeth-Krankenhaus Rheydt
Hubertusstraße 100
41239 Mönchengladbach

Allgemein-, Viszeral- & Endokrine Chirurgie
Tel.: 02166 - 394 -2065

**Scannen Sie den QR-Code und sehen Sie
einen Film über eine Darmkrebsoperation
mit Hilfe von da Vinci.**



Über die Städtischen Kliniken Mönchengladbach

In den Städtischen Kliniken Mönchengladbach, dem Elisabeth-Krankenhaus, werden pro Jahr rund 100.000 Patientinnen und Patienten mit modernsten Verfahren ambulant und stationär behandelt.

Die Ausstattung mit Medizintechnik der jüngsten Generation sorgt dafür, dass das Eli für viele innovative Operationsmethoden führend in der Region ist. Systematische Kooperationen wie beispielsweise mit der Uni-Klinik Düsseldorf tragen zum hohen Standard bei.

Die Klinik legt großen Wert darauf, aus ihren 2.000 Mitarbeitenden ein echtes Team zu formen. Respekt, Verantwortung und Freundlichkeit sind grundlegend: unter den Mitarbeitenden und gegenüber den Patienten.

Das Elisabeth-Krankenhaus ist einer der größten Arbeitgeber in Mönchengladbach. Es versteht sich als verwurzelter Teil der Region und pflegt daher den Austausch mit Institutionen, Vereinen und Unternehmen der Stadt.



Foto: Städt. Kliniken MG (Bauch / Lässig)

Ein heißes Eisen bei Krebs:

Komplementäre und alternative Methoden

Viele Krebspatientinnen und -patienten möchten über die empfohlene Therapie hinaus etwas für sich tun – oft mit dem Wunsch, Nebenwirkungen der Therapie zu lindern, selbst aktiv zu werden oder nichts unversucht zu lassen. Dann kommen häufig komplementäre und alternative Methoden ins Spiel. Was ist damit gemeint und worauf ist zu achten? Der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums ordnet ein.



Foto: vectorfusionart - stock.adobe.com

Eine allgemein anerkannte und einheitliche Festlegung, was komplementäre und alternative Methoden sind, gibt es nicht. Fest steht aber: Sie sind kein Bestandteil der medizinischen Standardtherapie, also der erwiesenermaßen wirksamen schulmedizinischen Behandlung. Der Grund: Bisher fehlen Daten aus klinischen Studien, die belegen können, dass sie gegen Krebs wirksam sind. Vor allem die alternativen Methoden, wie zum Beispiel traditionelle oder biologische Heilverfahren betrachten Expertinnen und Experten mit großer Skepsis. Denn bei ihnen wird auf den Einsatz der onkologischen Standardtherapie ganz verzichtet. **„Wir raten von dem alleinigen Einsatz alternativer Methoden ab, weil dadurch die Verwendung einer wissenschaftlich belegten wirksamen Therapie verzögert oder sogar ganz verhindert wird. Das Sterberisiko der Betroffenen steigt dadurch erheblich“**, so Dr. Susanne Weg-Remers. Sie lei-

tet den Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums. Ärztinnen und Ärzte beantworten Fragen von Krebserkrankten und Angehörigen bundesweit täglich von 8 bis 20 Uhr telefonisch unter 0800-420 30 40 und via E-Mail krebsinformationsdienst@dkfz.de – kostenlos, allgemein verständlich und auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Viele Informationen rund um Krebs bietet zudem die Internetseite www.krebsinformationsdienst.de.

Nutzen gegen Risiken abwägen

Auch die komplementären Methoden, die ergänzend zur Standardtherapie eingesetzt werden, können riskant sein. So kann es zum Beispiel bei hochdosierten Nahrungsergänzungsmitteln zu Wechselwirkungen kommen, in deren Folge Nebenwirkungen verstärkt auftreten oder aber die Wirkung der Standardtherapie geschwächt wird.

Ein typisches Beispiel ist das Johanniskrautextrakt: Bestimmte Chemotherapie-Medikamente werden durch die Einnahme schneller abgebaut und ausgeschieden, so dass sie eine geringere Wirkung haben. Die S3-Leitlinie „Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen Patientinnen und -patienten“ liefert eine wissenschaftliche Bewertung für die bekanntesten und von Krebsbetroffenen häufig eingesetzten komplementären Methoden. Für die meisten liegen demnach nur wenig wissenschaftliche Daten vor. Wer dennoch aktiv werden möchte, sollte sich umfassend informieren, Nutzen und Risiken gegeneinander abwägen und mit dem Ärzteteam gemeinsam entscheiden.

Körperliche Aktivität zeigt positive Effekte

Die gute Nachricht: Es gibt wirksame und wissenschaftlich belegte Möglichkeiten, die Krebstherapie komplementärmedizinisch zu begleiten. Beschwerden lassen sich damit vorbeugen oder lindern. Tai Chi und Qigong als meditative Bewegungsübungen aus der traditionellen chinesischen Medizin zum Beispiel reduzieren laut S3-Leitlinie das Erschöpfungssyndrom Fatigue und verringern Ein- und Durchschlafstörungen. Auch Ayurveda-Methoden, wie Yoga oder Musik- und Klangtherapie, zeigen positive Effekte. Meditation kann den Stresslevel während der Chemotherapie senken und Akupunktur hilft oft gegen Übelkeit. Vor allem bei Erkrankten mit Brust-, Darm- oder Prostatakrebs wirkt Bewegung unter anderem gegen Angstgefühle und depressive Symptome. Auch Lebensqualität, körperliche Funktionen und Lymphödem können sich verbessern. Grundsätzlich gilt aber auch hier: Nicht alles ist für jeden und jede Situation gleichermaßen geeignet. Individuelle Wünsche und Möglichkeiten sind vorab mit dem Behandlungsteam abzuklären.

Quelle:

Deutsches Krebsforschungszentrum
in der Helmholtz-Gemeinschaft
www.dkfz.de

Digitale Information zur komplementären und alternativen Krebsmedizin

Unter dem Link <https://youtu.be/Em88AhkSdnc> finden Interessierte auf Youtube die Aufzeichnung einer Online-Veranstaltung, die der Krebsinformationsdienst (DKFZ) zusammen mit Prof. Christoph Ritter von der Universität Greifswald unter dem Titel „Komplementäre und alternative Krebsmedizin: von riskant bis unbedenklich“ durchgeführt hat. Schriftliche Informationen liefert zudem das Informationsblatt **„Alternative und komplementäre Krebsmedizin“**, das von der Website heruntergeladen werden kann: <https://www.krebsinformationsdienst.de/broschueren>.



Youtube



Broschüren

Behandlungsfortschritte geben neue Hoffnung

Brustkrebs: Was Patientinnen und Patienten wissen sollten

Für Betroffene ist die Diagnose Brustkrebs eine Nachricht, die mit großer Unsicherheit und Ängsten einhergeht. Deshalb sind Fortschritte in der Entwicklung enorm wichtig und geben Brustkrebspatientinnen und -patienten neue Hoffnung.

Nach wie vor steht dabei die Behandlung mit zielgerichteten Therapien im Fokus. Sie bieten gegenüber der herkömmlichen Chemotherapie den Vorteil, zumeist sehr spezifisch auf die Krebszellen zu wirken. Eine erfolgreiche Weiterentwicklung sind die sogenannten Antikörper-Wirkstoff-Konjugate (ADC), mit denen auch bei fortgeschrittener Erkrankung Behandlungserfolge erzielt werden können. Bei dieser Wirkstoffklasse wird eine Chemotherapie mit einer zielgerichteten Antikörpertherapie kombiniert. ADCs haben ihre Wirksamkeit bereits bei vielen Krebsarten unter Beweis gestellt und finden breite Anwendung in der Krebstherapie, unter anderem in der Behandlung von fortgeschrittenem Brustkrebs.

Wirkstoff kann weiteres Wachstum der bösartigen Zellen verhindern

Die Wirkung der ADCs ist auf einen besonderen Mechanismus zurückzuführen: Es gibt bestimmte Zielstrukturen auf der Oberfläche einer Krebszelle wie den sogenannten humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor 2 (HER2), an den ADCs zumeist selektiv binden können. Infolge dieses Andockens werden manche ADCs anschließend in die entartete Zelle eingeschleust und können dort ihre Wirkung entfalten: Der chemotherapeutische Wirkstoff wird abgespalten und verhindert an Ort und Stelle das weitere Wachstum der bösartigen Zellen.

Durch diesen Ansatz werden andere Körperzellen weitestgehend verschont. Darüber hinaus kann der chemotherapeutische Wirkstoff bei manchen ADCs in benachbarte Zellen wandern, wodurch auch diese zerstört werden.

Differenzierte Einteilung des HER2-Status

Die gegen HER2 gerichteten ADCs müssen – um eine Behandlung zu ermöglichen – ein Vorhandensein der Zielstrukturen (HER2-Rezeptoren) aufweisen. Die Menge der HER2-Rezeptoren wird über den HER2-Status quantifiziert. Die genaue Bestimmung des HER2-Status erfolgt über eine Analyse der Gewebeprobe des Tumors. Bereits wenige solcher nachgewiesenen Rezeptoren können eine zielgerichtete Behandlung mit einem gegen HER2 gerichteten ADC möglich machen. Daher ist eine differenzierte Einteilung des HER2-Status eine wichtige Basis für die Therapieentscheidung. Unter www.brustkrebs.de/her2 gibt es mehr Informationen.

Quelle: DJD/ Selinka/Schmitz Kommunikationsagentur GmbH





JOHANNITER

Ev. Krankenhaus Bethesda
Mönchengladbach

Johanniter GmbH –
Ev. Krankenhaus Bethesda Mönchengladbach
Ludwig-Weber-Straße 15
41061 Mönchengladbach

Sie möchten immer aktuell informiert sein?
Folgen Sie uns auf Instagram:

→ www.instagram.com/bethesda_mg_johanniter



Foto: Markus Rick

Krebsbehandlung auf höchstem Niveau

Bethesda Krankenhaus hat ein zertifiziertes Onkologisches Zentrum

Das Ev. Krankenhaus Bethesda der Johanniter in Mönchengladbach hat etwas ganz Besonderes erreicht: die erfolgreiche Erst-Zertifizierung zum Onkologischen Zentrum.

Zwei Tage prüften unabhängige Auditoren Ende November 2024 die klinischen Abläufe. Das Onkologische Zentrum des Bethesda bestand die strenge Prüfung und konnte zeigen, dass es entsprechend der neuesten gültigen Leitlinien behandelt, dass ausschließlich qualifizierte Ärzte die diagnostischen und therapeutischen Leistungen erbringen und dass die fachübergreifende Zusammenarbeit beispielsweise in der Tumorkonferenz gelebte klinische Praxis ist. Das Prüfinstitut empfahl auf dieser Basis die Verleihung des Zertifikats der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG).

„Die Zertifizierung zum Onkologischen Zentrum ist nicht nur eine großartige Anerkennung für unsere bisherige Arbeit, sondern auch eine Chance, neue Maßstäbe zu setzen – für unsere Patientinnen und Patienten, für uns als Team und für die Region“, freut sich Krankenhausdirektorin Rita Tönjann.

Darüber hinaus wurden zwei weitere Organkrebszentren erstmalig zertifiziert: das Kopf-Hals-Tumor-Zentrum unter der Leitung von Chefarzt Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Daniel Rothamel, sowie das von Chefarzt Dr. med. Christoph Sippel geleitete Zentrum für Hämatologische Neoplasien. Ebenso wurde durch ein gleichzeitig stattfindendes Überwachungsaudit das Gynäkologische Krebszentrum von Chefarzt PD Dr. med. Darius Salehin erfolgreich rezertifiziert.

„Die Zertifizierung erfolgte nach den umfangreichen und anspruchsvollen Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft und hat unseren in die Krebstherapie involvierten Fachabteilungen einiges abverlangt“, sagt **Dr. Christoph Sippel**, Chefarzt der Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin sowie **Leiter des Onkologischen Zentrums**. „Dieses Ziel erreicht zu haben, ist für unser Krankenhaus ein wichtiger Meilenstein.“ In einer Zeit, in der das Vertrauen der Öffentlichkeit in das Gesundheitswesen wichtiger ist denn je, setzt diese Anerkennung ein starkes Zeichen nach außen: Das Bethesda steht für Qualität und Sicherheit.

Zertifizierte Zentren garantieren hohe Qualität

Ziel des Zertifizierungssystems der Deutschen Krebsgesellschaft ist es, die Betreuung onkologischer Patienten zu verbessern. Sie sollen in jeder Phase ihrer Erkrankung eine Behandlung erhalten, die sich an hohen Qualitätsmaßstäben orientiert. Basis dieses Systems sind die zertifizierten Zentren: die auf ein Organ spezialisierten Organkrebszentren sowie die Onkologischen Zentren, die mehrere Tumorarten betreuen. Diese Zentren müssen in regelmäßigen Audits nachweisen, dass sie die fachlichen Anforderungen für die Behandlung einer Tumorerkrankung erfüllen und zudem über ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem verfügen. Eine ganze Reihe von Qualitätsindikatoren, die auf medizinische Leitlinien aufbauen, sind dabei zu erfüllen.

„Durch die Zertifizierung zeigen wir, dass wir uns voll und ganz auf die Bedürfnisse und das Wohlergehen unserer Patientinnen und Patienten konzentrieren. Dies erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit, transparente Abläufe und eine kontinuierliche Verbesserung unserer Prozesse“, erklärt Dr. Sippel.

Langjährige Erfahrung und Expertise in der Versorgung von Krebspatienten

Die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen hat im Bethesda Krankenhaus eine lange Tradition und basiert bereits seit Jahrzehnten auf der umfassenden Behandlung in zertifizierten Organkrebszentren. Auf das Brustkrebszentrum im Jahr 2006 folgten das Darmkrebszentrum (2007) und das gynäkologische Krebszentrum (2013). Ein weiterer wichtiger Schritt war in diesem Zusammenhang die Einrichtung der Medizinischen Klinik III - Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin vor zwei Jahren. „Die strukturierte Versorgung unserer onkologischen Patienten wurde in den vergangenen Jahren konsequent erweitert und nun durch die übergreifende Zertifizierung des Onkologischen Zentrums ergänzt“, betont Dr. Sippel.

Überlebensvorteil für Patienten

Verschiedenen Studien zufolge haben Patienten, die in zertifizierten Zentren behandelt werden, einen statistisch signifikanten Überlebensvorteil. Aber es gibt noch weitere Vorteile: So werden die Patienten beispielsweise in Tumorkonferenzen stets interdisziplinär besprochen. Durch die verpflichtende Teilnahme an Studien sind zertifizierte Zentren immer auf dem aktuellsten Stand der medizinischen Entwicklung und es besteht eine enge Verbindung zur Palliativmedizin.

Netzwerk aus stationären und ambulanten Einrichtungen

Ein zertifiziertes Zentrum ist ein Netzwerk aus stationären und ambulanten Einrichtungen. Alle an der Behandlung eines Krebspatienten beteiligten Abteilungen arbeiten darin eng zusammen. Neben den verschiedenen medizinischen Fachrichtungen wie unter anderen Chirurgie, Strahlentherapie, Onkologie oder Pathologie gehören dazu auch weitere Bereiche wie die onkologische Pflege, die Psychoonkologie, die Palliativmedizin und die Sozialarbeit. Ebenso sind externe Kooperationspartner involviert. Beispiele hierfür sind das Hospiz St. Christophorus, mehrere Selbsthilfegruppen sowie das Helios Klinikum Krefeld und die Universitätsklinik Aachen.

Für die Krankenhausdirektorin Rita Tönjann ist das Zertifikat verdienter Lohn für herausragende Leistungen: „Was unsere Kolleginnen und Kollegen in der Diagnostik und Therapie von Tumorerkrankungen sowie in der Pflege tagtäglich leisten, ist bewundernswert. Die Auszeichnung mit dem DKG-Zertifikat, zu der ich allen Beteiligten herzlich gratuliere, ist die Bestätigung dieser hervorragenden Arbeit.“

Unter dem Dach des neuen Onkologischen Zentrums arbeiten fünf zertifizierte Organkrebszentren:



Zentrum für Hämatologische Neoplasien

Leitung: Dr. med. Christoph Sippel

Hämatologische Neoplasien umfassen eine Vielzahl von Krankheitsbildern wie Leukämien, Lymphome und das multiple Myelom. Dank der modernen Medizin sind die Behandlungsmöglichkeiten heute vielfältig und individuell auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestimmt.

Foto: Detlef Ilgner



Gynäkologisches Krebszentrum

Leitung: PD Dr. med. Darius Salehin

In unserem zertifizierten gynäkologischen Krebszentrum betreuen wir Patientinnen mit Krebserkrankungen der Vulva, der Vagina, des Gebärmutterhalses, der Gebärmutter, der Eierstöcke und Eileiter.

Foto: Markus Rick



Zentrum für Brustkrebs (Mammakarzinom)

Leitung: PD Dr. med. Oleg Gluz

Mit jährlich mehr als 500 neu diagnostizierten Brustkrebsfällen gehören wir zu den größten Brustzentren in Deutschland. Unser wichtigstes Anliegen ist es, eine qualitätsgesicherte Diagnostik und Brustkrebstherapie auf höchstem Niveau anzubieten.

Foto: Bethesda



Zentrum für Darmkrebs (Kolonrektalkrebs)

Leitung: PD Dr. med. Andreas Tittel

Unser zertifiziertes Zentrum bietet Patienten eine umfassende Behandlung durch ein multiprofessionelles Team. Wir verfolgen moderne Therapieansätze wie minimalinvasive Eingriffe, personalisierte Medizin und Chemotherapie, aber auch Maßnahmen zur Früherkennung.

Foto: Bethesda



Zentrum für Kopf-Hals-Tumore

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Daniel Rothamel

Das Zentrum für Kopf-Hals-Tumore bietet eine spezialisierte, interdisziplinäre Behandlung von Krebserkrankungen im Bereich der oberen Atem- und Verdauungswege, einschließlich Tumoren der Mundhöhle, des Rachens, des Kehlkopfes und der Speicheldrüsen.

Foto: Hermann Willers

Alzheimer früher erkennen:

GEDÄCHTNISTESTS PER SMARTPHONE-APP HELFFEN BEI DIAGNOSTIK

Foto: studio-romantic - stock.adobe.com



Eine frühzeitige Diagnose von Demenzerkrankungen wie der Alzheimer-Krankheit bietet Chancen, den Verlauf der Erkrankung durch eine entsprechende Therapie zu verlangsamen und somit Betroffenen wertvolle Zeit zu schenken. Bisher wird die Diagnose jedoch oft erst spät und mit aufwändigen Tests gestellt. Dies könnte sich mit einer neuen Smartphone-App ändern. Dr. David Berron und seine Kollegen am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in Magdeburg haben die App in Kooperation mit neotiv, einem Magdeburger Start-up, welches er mitgegründet hat, entwickelt. Die App nutzt visuelle Gedächtnistests, mit denen bereits leichte Gedächtnisprobleme erkannt werden können, die ein Hinweis auf eine Alzheimer-Erkrankung sein können. Unterstützt von der Alzheimer Forschung Initiative e.V. (AFI) wird die App weiter erforscht, um ihre Genauigkeit in der Messung von Gedächtnisveränderungen zu verstehen.

Drei digitale Gedächtnistests helfen bei der Früherkennung

Die App enthält drei verschiedene Gedächtnistests, bei denen unterschiedliche Bereiche des Gehirns gefordert werden. Bei einem der Tests geht es zum Beispiel darum, kleine Unterschiede zwischen zwei ähnlichen Bildern zu finden. Dazu sehen die Testpersonen zunächst ein Bild und müssen sich dessen Details merken. Nach kurzer Zeit wird ihnen ein anderes Bild gezeigt und sie müssen entscheiden, ob sich an den Objekten auf dem Bild etwas verändert hat. Ein direkter Vergleich der Bilder, wie man ihn von Zeitungsrätseln kennt, ist hier nicht möglich. „Tests die-

ser Art können wichtige Hinweise auf frühe Gedächtnisbeeinträchtigungen geben, da sie von Hirnregionen wie dem entorhinalen Kortex und dem Hippocampus abhängen, die bei der Alzheimer-Erkrankung schon früh betroffen sind“, erklärt Berron.

Ein weiterer Test prüft das räumliche Langzeitgedächtnis, indem sich die Testpersonen merken müssen, wo sich bestimmte Gegenstände in einem Raum befinden haben. Schließlich gibt es noch einen weiteren Langzeitgedächtnistest, bei dem die Teilnehmenden nach einiger Zeit erkennen müssen, ob sie bestimmte Bilder schon einmal gesehen haben. „Insgesamt“, so Berron, „können wir uns mit diesen drei Tests schon ein erstes Bild von den kognitiven Beeinträchtigungen der Erkrankten machen. Da die Tests von unterschiedlichen Hirnnetzwerken abhängen sollen sie auch dabei helfen, das Stadium der Erkrankung besser zu bestimmen“.

Digitale Gedächtnistests: Vorteile gegenüber bisherigen Methoden

Gegenüber den herkömmlichen Gedächtnistests, die in Arztpraxen oder Gedächtnisambulanzen mit Papier und Stift durchgeführt werden, haben die digitalen Tests einige Vorteile: „Die Tests können bequem von zu Hause durchgeführt werden und werden automatisch ausgewertet. Da die Tests wiederholt werden können, fallen tagesformabhängige Schwankungen in der Gedächtnisleistung weniger ins Gewicht und stellen so ein repräsentativeres Bild der tatsächlichen kognitiven Leistung dar“, so Berron. Er betont, dass die App nicht als alleinsteh-

ender Selbsttest gedacht ist, sondern als Teil einer umfassenden Diagnostik und gegebenenfalls späteren medizinischen Begleitung von Demenzerkrankungen. Die Testergebnisse werden in einem Befundbrief zusammengefasst, der als Grundlage für die weitere Diagnostik und Behandlung dient.

Die App wird bereits international in klinischen Studien eingesetzt. In Zukunft soll sie auch von Ärztinnen und Ärzten verschrieben werden können, sodass Patientinnen und Patienten sie über einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen nutzen können. Der Arzt oder die Ärztin entscheiden auf Grundlage der Testergebnisse über die weiteren Schritte. Erste Pilotprojekte in Zusammenarbeit mit Krankenkassen laufen bereits.

Langzeitstudien zur Verbesserung der Alzheimer-Diagnose

In einem neuen Forschungsprojekt untersuchen Dr. Berron und sein Team nun in der DELCODE Studie des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen, ob die regelmäßige Anwendung der digitalen Gedächtnistests über einen längeren Zeitraum dazu beitragen kann, den Verlauf der Alzheimer-Erkrankung besser zu verstehen. „In der von der AFI geförderten Studie analysieren wir die Gedächtnisleistung der Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen über ein ganzes Jahr hinweg mit Hilfe von hochfrequenten digitalen Gedächtnistests am Smartphone, um detaillierte Einblicke in die sehr frühen Stadien der Alzheimer-Erkrankung zu gewinnen. Unsere Ergebnisse könnten dabei helfen, die Wirkung neuer Medikamente in klinischen Studien besser zu beurteilen.“

Quelle:

Alzheimer Forschung Initiative e.V.
<https://www.alzheimer-forschung.de>

Weitere Informationen:

... zum Forschungsprojekt finden Sie in der Projektdatenbank unter „Forschung“ auf der Webseite der Alzheimer Forschung Initiative e.V.

Forschungsprojekt

<https://www.alzheimer-forschung.de/forschung/forschungsprojekte/projekt-datenbank/projekt/die-erkennung-von-gedaechtnis-veraenderungen-mittels-smartphones/>





Foto: ipopba - stock.adobe.com

Impfstoffforschung

Hoffnung im Kampf gegen Hepatitis C

Die Entwicklung eines wirksamen Impfstoffs gegen das Hepatitis-C-Virus (HCV) stellt aufgrund der hohen genetischen Vielfalt des Virus seit Jahrzehnten eine enorme Herausforderung dar. Das Forschungsteam um den DZIF-Wissenschaftler Prof. Thomas Krey von der Universität zu Lübeck hat in Zusammenarbeit mit internationalen Partnern nun einen wichtigen Durchbruch erzielt: mithilfe sogenannter „Epitop-fokussierter Immunogene“ konnten erstmals breit neutralisierende Antikörper in Labormodellen induziert werden. Die vielversprechenden Ergebnisse der Studie wurden im renommierten Fachjournal *Science Advances* veröffentlicht.

Weltweit sind etwa 58 Millionen Menschen chronisch mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert, mit jährlich 290.000 Todesfällen durch Folgeerkrankungen wie Leberzirrhose und Leberkrebs. Obwohl moderne antivirale Medikamente hohe Heilungsraten erzielen, bleibt die globale Eliminierung von HCV aufgrund mangelnder Früherkennung und begrenzter Behandlungsmöglichkeiten ein schwer erreichbares Ziel. Das HCV wird außerdem in der „Immunisation Agenda 2030“ der WHO als eines der global priorisierten endemischen Pathogene für die Impfstoffforschung und -entwicklung eingestuft. Es gehört zu den Pathogenen, für die ein dringender Bedarf an Impfstoffen besteht, da sie eine erhebliche Krankheitslast verursachen. Ein effektiver Impfstoff könnte diese Lücke schließen und die Verbreitung des Virus eindämmen.

Innovativer Forschungsansatz

„Unsere Forschung legt den Grundstein für eine neue Generation von Impfstoffen. Wir konzentrieren uns darauf, die Herausforderungen der Virusvielfalt und der immunologischen Tarnung von HCV zu überwinden“, erklärt Prof. Krey, Wissenschaftler im Forschungsbereich „Infektionen im immungeschwächten Wirt“ des Deutschen Zentrums für Infektionsforschung (DZIF). Das Team nutzte neuartige Strukturdesigns, um spezifische Bereiche der viralen Glykoproteine E1 und E2 nachzubilden, sogenannte Neutralisationsepitope. Diese wurden auf synthetische Proteinträger übertragen und in Nanopartikel integriert, um eine möglichst effektive Immunantwort auszulösen. In der Studie konnte gezeigt werden, dass diese Epitop-fokussierten Immunogene insbesondere auch in Mausmodellen mit menschlichem Antikörperrepertoire eine starke Immunantwort auslösen. Die produzierten Antikörper waren in der Lage, mehrere genetisch unterschiedliche HCV-Stämme erfolgreich zu neutralisieren.

Neue Standards in der Impfstoffentwicklung

Die Ergebnisse dieser Studie liefern einen vielversprechenden Ansatz zur Überwindung der bisher gescheiterten Versuche, einen wirksamen HCV-Impfstoff zu entwickeln. „Dieser Proof-of-Concept-Ansatz bringt uns nicht nur näher an einen konkreten Impfstoff gegen HCV, sondern könnte neue Standards in der Impfstoffent-

wicklung gegen dieses und andere medizinisch wichtige Viren setzen“, sagt Dr. Kumar Nagarathinam, Erstautor der Studie.

Die Studie ist ein bedeutender Schritt in der Impfstoffforschung und könnte langfristig dazu beitragen, die weltweite Verbreitung von Hepatitis C einzudämmen. Zukünftige Forschungen zielen darauf ab, die Wirksamkeit der Immunogene weiter zu steigern und in klinische Studien zu überführen. Zudem könnten die Erkenntnisse auch auf andere Viren übertragen werden, die ähnliche Herausforderungen für die Impfstoffentwicklung darstellen.

Quellen:

Deutsches Zentrum für Infektionsforschung (DZIF)
www.dzif.de

Universität zu Lübeck
www.uni-luebeck.de

Studie

<https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.ado2600>



PLÖTZLICHER HERZTOD – NEUE ERKENNTNISSE

Neue Analyse stellt bisher gültige Empfehlungen infrage

Wie lässt sich das Risiko eines plötzlichen Herztods bei Patientinnen und Patienten, die bereits einen Herzinfarkt überstanden haben, zuverlässig beurteilen? Und wann ist der Einsatz eines implantierbaren Defibrillators wirklich sinnvoll? Eine neue Analyse, die im *European Heart Journal* veröffentlicht wurde und auf Daten von über 140.000 Patientinnen und Patienten basiert, stellt bisher gültige Empfehlungen deutlich in Frage.

Der plötzliche Herztod, bei dem das Herz abrupt und ohne Vorwarnung aufhört zu schlagen, macht etwa 20 % aller Todesfälle in Europa aus. Besonders gefährdet sind Patientinnen und Patienten, die bereits einen Herzinfarkt erlitten haben.

Bisherige Risikoeinschätzung: LVEF

Zur Einschätzung des individuellen Risikos eines plötzlichen Herztods wird bei diesen Patientinnen und Patienten bisher vor allem die sogenannte linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) herangezogen. Vereinfacht gesagt misst dieser Wert die Pumpleistung der linken Herzkammer, die das sauerstoffreiche Blut aus der Lunge in den Körper befördert.

Liegt die LVEF bei 35 % oder niedriger, spricht man von einer stark eingeschränkten Pumpfunktion. In diesen Fällen empfehlen die gängigen Leitlinien die vorbeugende Implantation eines ICDs (implantierbarer Kardioverter-Defibrillator), der gefährliche Herzrhythmusstörungen erkennt und das Herz durch elektrische Impulse wieder in einen normalen Rhythmus bringt.

Doch sind diese Empfehlungen – basierend auf rund 20 Jahre alten Studienergebnissen – noch zeitgemäß? Ist die LVEF tatsächlich eine zuverlässige Methode zur Einschätzung des Risikos für einen plötzlichen Herztod? Und rechtfertigt sie den routinemäßigen Einsatz eines ICDs, trotz der Kosten und möglichen Komplikationen für die Patientinnen und Patienten?

Neue Analyse des DHZC-Teams

Ein internationales Team unter der Leitung von Prof. Dr. Gerhard Hindricks und PD Dr. Nikolaos Dagres vom Deutschen Herzzentrum der Charité (DHZC) hat diese Fragen untersucht. Sie analysierten dazu die Daten von über 140.000 Patient:innen, die nach einem Herzinfarkt in 20 internationalen Kohortenstudien über mehrere Jahre hinweg beobachtet wurden.



Foto: lovelyday12 - stock.adobe.com

Die im *European Heart Journal* veröffentlichte Analyse zeigt, dass das Risiko eines plötzlichen Herztodes durch die Messung der LVEF nicht zuverlässig eingeschätzt werden konnte – weder bei Patient:innen mit stark eingeschränkter Pumpfunktion noch bei solchen mit moderat oder normaler Pumpfunktion. Auch in Kombination mit anderen klinischen Daten konnte das Risiko laut der Analyse der Berliner Forscher nicht wesentlich besser bewertet werden.

Verbesserte Therapien und neue Überlegungen

Die Forscher weisen außerdem darauf hin, dass sich die Behandlungsmöglichkeiten für Herzinsuffizienz-Patient:innen durch die Einführung neuer Medikamentenklassen erheblich verbessert haben. Dies hat dazu geführt, dass schwere Herzrhythmusstörungen und plötzliche Herztode auch bei Patient:innen nach einem Infarkt deutlich seltener auftreten.

Daher halten die Wissenschaftler eine Neubewertung des Nutzens einer routinemäßigen prophylaktischen Defibrillatorimplantation bei Patient:innen mit einer LVEF von $\leq 35\%$ für dringend erforderlich.

PROFID EHRA-Studie: Neue Wege in der Forschung

In einer neuen randomisierten klinischen Studie namens „PROFID EHRA“ soll untersucht werden, ob eine optimale medikamentöse Therapie (OMT) ebenso wirksam ist wie eine OMT plus ICD-Implantation bei Patient:innen nach einem Herzinfarkt mit reduzierter Pumpfunktion (LVEF $\leq 35\%$), die derzeit gemäß den Leitlinien einen ICD erhalten würden. Die im November 2023 gestartete Studie ist die weltweit größte ihrer Art und soll über 3.600 Patient:innen aus 180 Kliniken in 13 Ländern einschließen.

Sowohl die im *European Heart Journal* veröffentlichte Analyse als auch die neue Studie sind Teil des EU-geförderten Forschungsprojekts „PROFID“ („Implementation of personalised risk prediction and prevention of sudden cardiac death after myocardial infarction“), das von Prof. Dr. Gerhard Hindricks und PD Dr. Nikolaos Dagres geleitet und mit über 20 Millionen Euro vom Horizon 2020 Programm der Europäischen Union gefördert wird (Fördernummer 847999).

„Die PROFID EHRA-Studie wird dringend benötigte aktuelle Daten zur Prävention des plötzlichen Herztodes durch Defibrillator-Implantation nach einem Herzinfarkt liefern und die klinische Praxis künftig erheblich beeinflussen“, sagt PD Dr. Nikolaos Dagres. Ziel der Forschung sei es, Defibrillatoren gezielt nur den Patient:innen zu implantieren, die tatsächlich davon profitieren, erklärt Prof. Dr. Gerhard Hindricks: „So sollen unnötige Eingriffe vermieden und gleichzeitig die Sicherheit der Betroffenen verbessert werden.“

Quelle:

Deutsches Herzzentrum der Charité
<https://www.dhzc.charite.de>

Projektwebsite

<https://profid-project.eu/profid-ehra-trial/>



Publikation

https://academic.oup.com/eurheartj/article/45/43/4616/7815795?log_in=false





Datenbankstudie liefert robuste Evidenz:

PRASUGREL ÜBERZEUGT IN DER KLINISCHEN PRAXIS

Ein Paradigmenwechsel in der Evidenzgenerierung

Eine aktuelle Studie des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK), basierend auf klinischen Routinedaten einer deutschen Krankenkasse, bestätigt die Überlegenheit des Thrombozytenaggregationshemmers Prasugrel gegenüber Ticagrelor bei der Behandlung von akuten Koronarsyndromen (ACS). Die Arbeit bestätigt einerseits Erkenntnisse der randomisierten ISAR-REACT5-Studie zur Wirksamkeit und Sicherheit beider Medikamente und zeigt andererseits, wie innovative Datenbankanalysen randomisierte Studienergebnisse ergänzen können.

Die 2019 veröffentlichte und DZHK-finanzierte randomisiert kontrollierte Studie ISAR-REACT5 hatte gezeigt, dass Prasugrel bei Patient:innen mit akutem Koronarsyndrom (ACS) gegenüber Ticagrelor überlegen ist. Allerdings war bislang unklar, ob diese Ergebnisse auch auf die klinische Praxis übertragbar sind. Das Forschungsteam nutzte Krankenversicherungsdaten von 17.642 Patient:innen mit ACS, um der Fragestellung von ISAR-REACT5 in einer realen Versorgungssituation nachzugehen.

In der klinischen Praxis zeigte Prasugrel gegenüber Ticagrelor ein signifikant reduziertes Risiko für schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse (Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall), wenn die Ein- und Ausschlusskriterien der ISAR-REACT5-Studie in der Datenbank nachgestellt wurden. Das Ergebnis ist vergleichbar mit dem der randomisierten Studie, die ebenfalls eine signifikante Risikoreduktion für Prasugrel gegenüber Ticagrelor berichtete.

Hinsichtlich des Sicherheitsendpunktes (schwere Blutung) gab es sowohl in der Routineversorgung als auch in der ISAR-REACT5-Studie keinen signifikanten Unterschied zwischen Prasugrel und Ticagrelor. Besonders hervorzuheben ist, dass die Ergebnisse bei Patient:innen mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) deutlicher ausfielen. Hier war Prasugrel sowohl in der randomisierten Studie als auch in der Routineversorgung die überlegene Behandlungsoption.

„Die Bestätigung unserer Studienergebnisse durch diese wichtige Datenbankanalyse ist äußerst erfreulich“, sagt Prof. Dr. med. Adnan Kastrati aus dem Deutschen Herzzentrum München, Studienleiter der randomisierten ISAR-REACT5-Studie. „Die Arbeit zeigt, wie wichtig es ist, die Generali-

sierbarkeit von RCT-Ergebnissen auch in der klinischen Praxis zu überprüfen, um die Versorgung evidenzbasiert weiterzuentwickeln.“

Können Beobachtungsstudien klinische Studien langfristig ersetzen?

Können Beobachtungsstudien zukünftig klinische Studien in der Kardiologie sogar ersetzen? Diese Frage beantwortet Dr. med. Nils Krüger vom TUM Universitätsklinikum, Deutsches Herzzentrum München, DZHK-Wissenschaftler und Autor der Studie. „Unsere Ergebnisse zeigen, dass eine gut konzipierte und sorgfältig durchgeführte Datenbankstudie zu denselben klinischen und regulatorischen Entscheidungen führen kann, wenn die zugrundeliegenden Daten die Studienpopulation und Versorgung ausreichend abbilden. Außerdem haben wir auch eine gesellschaftliche Verantwortung, diese großen Datensätze zu analysieren und die darin enthaltene Evidenz zu extrahieren“, erklärt Krüger.

Der große Vorteil von Routinedatenanalysen ist ihre Effizienz: sie nutzen bereits vorhandene Daten, wie in diesem Fall deutsche Krankenkassendaten, und ermöglichen so eine schnelle und kostengünstige Durchführung. Der neue Ansatz ist besonders dann relevant, wenn randomisiert kontrollierte Studien, auch RCT genannt, aufgrund ethischer oder praktischer Hindernisse schwer oder nicht durchführbar sind. „Während RCTs oft auf idealisierten Versuchsbedingungen basieren, spiegeln Beobachtungsstudien die tatsächliche klinische Praxis wider. Unsere Ergebnisse bestätigen, dass Prasugrel in der Routineversorgung ähnlich wirksam und sicher ist wie in der kontrollierten Umgebung einer RCT“, so Krüger.

Mit der zunehmenden Verfügbarkeit von Routinedaten, die auch in Deutschland durch das verabschiedete Gesundheitsdatennutzungsgesetz umfassend zugänglich werden, beobachtet das Münchner Forschungsteam einen Paradigmenwechsel in der Evidenzgenerierung. „Wenn wir die Daten systematisch daraufhin untersuchen, unter welchen Umständen sie verlässliche Schlussfolgerungen zulassen, können wir künftig auch neuartige, hoch relevante Fragestellungen mit größerem Vertrauen beantworten – zum Beispiel in Bereichen, in denen RCTs oft unzureichende Erkenntnisse liefern, wie etwa die Frage nach der Wirksamkeit kardiovaskulärer Therapien spezifisch bei Frauen oder bei älteren, multimorbiden Patienten“, ergänzt Krüger.

Aufbauend auf den Erkenntnissen der vorgestellten Studie, für die Krüger mit einem Young Investigator Award der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie ausgezeichnet wurde, forscht der junge Arzt an der Harvard Medical School in Boston, USA, an der Entwicklung neuer Methoden zur Ableitung kausaler Effekte aus Routinedaten. Dazu gehören weitere Arbeiten, die Fragen randomisierter Studien nachstellen, die Bewertung der Wirksamkeit und Sicherheit neuer Therapiestrategien für seltene kardiovaskuläre Erkrankungen, sowie der Einsatz von Methoden der künstlichen Intelligenz zur Vorhersage individueller Behandlungseffekte. „Ziel dieser Arbeiten ist es, die kardiovaskuläre Versorgung auf Basis praxisrelevanter Evidenz weiter zu verbessern“, so Krüger.

Die in JAMA Network Open veröffentlichte Studie unterstreicht die Bedeutung der Entwicklung innovativer Studien, die Ergebnisse von RCTs in der Praxis validieren und die zugrundeliegenden Daten bewerten, um neue Evidenz für klinische Entscheidungsfindung zu generieren.

Quelle:

Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung <https://dzhk.de>

Originalpublikation

<https://jamanetwork.com/journals/jama-networkopen/article-abstract/2827186>



EIN ECHTER „SIEGER“: TROTZ HERZSCHWÄCHE WIEDER FIT UND AKTIV

Dank medizinischem Implantat geht Jörg Sieger in den Wald zum Holzsägen



Foto: DJD/CVRx

→Jörg Sieger freut sich auf sein Hobby Holzsägen: Seitdem ihm im Krankenhaus ein kleines Gerät in der Größe eines Herzschrittmachers eingesetzt wurde, geht es bergauf. Vorher war die Belastbarkeit des heute 60-jährigen aufgrund einer Herzinsuffizienz stark eingeschränkt.

2016 änderte sich das Leben von Jörg Sieger schlagartig: Beim Gassigehen mit seinen beiden Hunden erlitt er einen schweren Herzinfarkt. Mehrere medizinische Eingriffe und eine dauerhafte Medikation waren die Folge: Der zuvor so aktive Mann litt in Folge des Herzinfarktes an einer schweren Herzschwäche, auch Herzinsuffizienz genannt. Die Bewegungsfreiheit und Belastbarkeit des heute 60-jährigen waren erheblich eingeschränkt. 35 Jahre lang hatte er als Maler und Lackierer gearbeitet und war dadurch körperlich stark gefordert. Seine Beschwerden besserten sich erst, als ihm im Krankenhaus ein kleines Gerät in der Größe eines Herzschrittmachers eingesetzt wurde. Seitdem geht es bergauf: Längere Spaziergänge mit dem Hund sind jetzt ebenso wieder möglich wie sein Hobby Holzsägen.

Neue Energie und Lebensfreude dank Medizintechnik

Das medizinische Gerät, das bei Jörg Sieger eingesetzt wurde, wirkt durch Stimulierung der sogenannten Barorezeptoren an der Halsschlagader (Barorezeptoren-Aktivierungstherapie, kurz BAT). Diese Rezeptoren sind natürliche Sensoren im Körper, die über Signale an das Gehirn die Herz-, Nieren- und Gefäßfunktion überwachen und regulieren. Durch die Stimulation kann das Gerät die Arbeitslast des Herzens verringern. Das wiederum bessert die Symptome der Herzschwäche: Die Patienten fühlen sich fitter und sind körperlich belastbarer. „Der operative Eingriff dauert etwa 45 Minuten, am nächsten Tag können die Patienten in der Regel wieder nach

Hause und kommen alle sechs Monate zur Kontrolle“, erläutert Dr. Martin Oberhoffer, Herzchirurg an der Universitätsmedizin Mainz. Er hat auch Jörg Sieger operiert.

Herzschwäche eine der häufigsten chronischen Erkrankungen

Die Herzschwäche, unter der Jörg Sieger leidet, zählt mit rund vier Millionen Betroffenen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Das Herz pumpt nicht mehr ausreichend Blut durch den Körper. Die Betroffenen leiden unter zunehmender körperlicher Leistungsschwäche, die die Lebensqualität stark beeinträchtigen kann. Typische Beschwerden sind etwa Wassereinlagerungen in den Beinen, Atemnot und Gewichtszunahme. Ist die Krankheit fortgeschritten, treten schon bei leichter körperlicher Belastung oder sogar in Ruhe Symptome wie Atemnot auf. Wenn Medikamente nicht mehr ausreichend helfen - also bei einer medikamentös austherapierten Herzinsuffizienz - sollten sich Betroffene an ihren Arzt oder ihre Ärztin wenden, um an eines der medizinischen Zentren überwiesen zu werden. Dort kann die Eignung für BAT festgestellt und das Medizingerät implantiert werden.

Mehr Infos zur Baroreflex-Aktivierungstherapie (BAT) gibt es in einem Video mit Jörg Sieger unter bit.ly/CVRx-Video.

Quelle: DJD / CVRx

Ein heißes Eisen bei Krebs:

GESUNDE UND NACHHALTIGE OMEGA-3-FETTSÄUREN AUS ALGEN



Foto: toa555 - stock.adobe.com

Forschungsprojekt an der Hochschule Bremerhaven untersucht geeignete Arten für regionale Ölproduktion

Omega-3-Fettsäuren sind für die menschliche Gesundheit von großer Bedeutung, unter anderem für die Hirn- und Nierenfunktion und den Blutdruck. Eine Form ist die Eicosapentaensäure (EPA), die nachhaltig aus Mikroalgen gewonnen werden kann. Forschende der Hochschule Bremerhaven arbeiten zusammen mit der JoMaa Algenfarm Rockstedt und der Firma Henry Lamotte Oils daran, die Produktion eines nachhaltigen Algenöls in der Region möglich zu machen. Im Projekt „Algen-EPA“ untersuchen sie verschiedene Mikroalgenarten. Das Projekt wird gefördert durch den „Europäischen Landwirtschaftsfond für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER)“.

Algen sind seit einigen Jahren kaum aus der Diskussion rund um eine gesunde und nachhaltige Ernährung wegzudenken. Besonders die positiven Eigenschaften der Mikroalge Spirulina sind inzwischen gut untersucht und machen sie zu einem beliebten Zusatz von Nahrungsergänzungsmitteln. Auch Omega-3-Fettsäuren aus Algen statt aus Fischen zu gewinnen, ist keine

Neuheit. „Algen sind eine sehr nachhaltige Ressource, weil sie sich gut in großen Mengen kultivieren lassen und vegan sind. Dadurch eignen sie sich auch besser als Fische. Die sind zwar ebenfalls eine gute Quelle, nehmen ihre Omega-3-Fettsäuren aber auch aus Algen zu sich. Daher ist es sinnvoll, direkt Algenöl zu verwenden“, erklärt Insa Mannott von der Hochschule Bremerhaven. Gemeinsam mit Prof. Dr. Imke Lang möchte sie herausfinden, welche Algenarten unter den natürlichen klimatischen Bedingungen in Norddeutschland die meiste Eicosapentaensäure (EPA) bilden können und wie bei der Ernte besonders viel Algenöl gewonnen wird.

Auf der Welt gibt es mehr als 50.000 Mikroalgenarten. Sie haben unterschiedliche Eigenschaften und spezielle Anforderungen an ihre Umgebung, die sie für ein optimales Wachstum benötigen. Welche Arten sich am besten für die großen Kultivierungsbecken der JoMaa Algenfarm in Rockstedt eignen, untersuchen Prof. Dr. Imke Lang und Insa Mannott im Labor. „Gerade im Herbst und Winter haben wir es in dieser Region eher mit kalten Temperaturen und wenig Sonne zu tun. Für viele Algenarten müsste dann künstlich Wärme und Licht erzeugt werden, damit

sie wachsen können. Das wäre weder nachhaltig noch wirtschaftlich. Daher suchen wir nach einer Algenart, die mit einer kühlen und dunklen Umgebung zurechtkommt“, erklärt Insa Mannott.

Derzeit ziehen die Forscherinnen eine Vorkultur mit Kieselalgen heran. Diese Mikroalge kommt auch in der Nordsee vor und bildet EPA. Sobald genügend Biomasse vorhanden ist, werden die Algen an die JoMaa Algenfarm geliefert. So lässt sich testen, wie sie mit den dort herrschenden Bedingungen zurechtkommen und ob sich durch Anpassungen. Später unterstützen die Forscherinnen das Unternehmen bei der Ernte. „Wir untersuchen, mit welchen Methoden wir am Ende besonders viel Öl erhalten. Dabei müssen wir aber auch beachten, dass nicht alles, was grundsätzlich möglich ist, auch wirtschaftlich und vor Ort umsetzbar ist“, sagt Insa Mannott. Am Ende des dreijährigen Projekts soll ein vertriebsfertiges Produkt entstanden sein, das auch die strengen Auflagen für die Nutzung in Lebensmitteln erfüllt.

Quelle:

Hochschule Bremerhaven
www.hs-bremerhaven.de

PREMIERE DES HINDENBURGER KOCHKURSES

HERZ GESUNDE ERNÄHRUNG IN DER KOCHSCHULE HAUS ZOAR

„HerzGesundeErnährung“ verbinden wahrscheinlich viele mit langweiligem Essen, großem Aufwand bei der Zubereitung, Einschränkungen und vielleicht sogar Verboten. Dass alle diese Vorurteile nicht zutreffen, sondern das Gegenteil der Fall ist, konnten 10 Teilnehmende beim ersten Medizin + Co. Kochkurs am 16.11.2024 in der Kochschule im Haus Zoar für sich entdecken.

Redaktion + Fotos: **Marc Thiele**



Unter Anleitung von Dipl. Ökothrophologin Eva Rutke, einer Expertin für herzgesunde Ernährung, bereiteten die Teilnehmenden die insgesamt sieben Bestandteile des herzgesunden Menüs zu.

Auf der Karte standen:

Vorspeise: selbstgebackenes Dinkel-Buchweizen-Brot sowie Humus als Brotaufstrich

Suppe: eine zur Saison passende Kürbissuppe

Hauptgericht: Gemüselasagne (inklusive selbstgemachtem Tomaten-Knoblauch-Pesto)

Salat: Linsensalat mit Feta

Dessert: Kiwi-Carpaccio

Nach der Begrüßung und einer Einleitung zum bevorstehenden Kochkurs erläuterte Frau Rutke den Teilnehmenden die wichtigsten Grundlagen der herzgesunden Ernährung. Thematisiert wurden u.a. Ballaststoffe, Obst und Gemüse, Nüsse und Saaten, Öle und Fette, Fisch und Fleisch sowie Gewürze und hier vor allem Salz. Zudem verdeutlichte die Ernährungsexpertin, dass herzgesundes Kochen auch einfach umsetzbar und alltagstauglich sein muss.

Nach der Einführung und einer kurzen Frageunde ging es zügig an die Zubereitung und schnell wurde an jedem Arbeitsplatz der hochmodernen Küche „geschnippelt“, geschält, gerührt, gemahlen, gebacken und gekocht.

Die ersten Gerichte – Dessert, Humus und Brot – waren in knapp 45 Minuten fertig, so dass die anderen Teams mit den arbeitsintensiveren Aufgaben unterstützt werden konnten. Zwischendurch beantwortete Frau Rutke auftretende Fragen und gab hilfreiche Tipps zur Zubereitung u.a. zum salzarmen Würzen. Nach etwas mehr als 2 Stunden, die natürlich auch der benötigten Koch- und Garzeit der Gerichte geschuldet waren, konnte angerichtet werden.

Beim abschließenden gemeinsamen Essen nahmen sich die Teilnehmenden bewußt viel Zeit, um jeden einzelnen Gang zu genießen und ange-regt über die Gerichte zu diskutieren. Dabei sorgte schon die Vorspeise, das selbst gebackene Brot in Kombination mit Humus, für Begeisterung und dafür, dass ein Brotlaib binnen kürzester Zeit aufgegessen war. Wie gut, dass ein weiterer im Vorfeld vorbereitet wurde, aber auch dieser hielt nicht allzu lange vor. Einerseits ein schönes Zeichen, dass es schmeckt, andererseits sollte sich im weiteren Verlauf des Abends zeigen, dass Brot und insbesondere Vollkornbrot, so lecker es auch ist, nun einmal auch sättigt. Da aber alle noch ausreichend Platz im Magen hatten, freuten man sich auf die nun folgende Kürbissuppe, die mit einem subtilen Orangenaroma zu überzeugen mußte. Nachdem damit auch die letzten Brotstücke aufgegessen waren, folgte das Hauptgericht, eine Gemüselasagne mit Tomaten, Paprika, Möhren, Süßkartoffeln,



- 1 - Dinkel-Buchweizen-Brot
- 2 - Tomaten-Knoblauch-Pesto als Brotaufstrich
- 3 - saisonal passend, die Kürbissuppe
- 4 - Linsensalat mit Feta
- 5 - Kiwi-Carpaccio

Auberginen und Zucchini sowie Mozzarella, Parmesan und diversen Kräutern. Übrigens ohne Bechamelsauce, was dem Geschmackserlebnis aber keinen Abbruch tat.

Ob die bisherigen Portionen dann doch zu groß waren oder das Brot seine sättigende Arbeit vollendet hatte wird man nie erfahren, aber der Linsensalat mit Feta fiel dem Völlegefühl bei einigen Teilnehmenden bedauerlicherweise größtenteils zum Opfer. Mehr als ein bis zwei Gabeln waren nicht mehr drin, aber selbst diese kleinen Portionen überzeugten alle auf ganzer Linie und sorgten für nicht enden wollende Bekundungen des Bedauerns, ihn nicht mehr aufessen zu können, wie: „Da passt nix mehr“, und „Schade, ich habe keine Tupperdose dabei“.

Natürlich hat man sich die Arbeit für das Dessert trotzdem nicht umsonst gemacht, denn es gibt ja noch den „Dessertmagen“. Legendär und in seiner Existenz unbewiesen, aber wie sonst soll man all die Male erklären, in denen nach einem extensiven Festmahl und dem Gefühl der kompletten Übersättigung doch immer noch dieses eine Schokoküchlein oder diese eine Crème Brûlée reinpassen?

In diesem Fall war es das Kiwi-Carpaccio, das von Beginn dieses Kochkurses an durch seine Zubereitung und die Kombination mit Olivenöl, Vanille und Zitrone für große Neugierde sorgte. Es ist wohl unnötig zu sagen, dass das Ergebnis begeisterte und alle Teilnehmenden überrascht waren, was für einen Genuss man aus ein paar dünnen Scheiben gelber Kiwis zaubern kann.

Ein perfekter Abschluss einer gelungenen Premiere und eines für alle Teilnehmenden schönen Kocherlebnisses, bei dem es Ernährungsexpertin Eva Rutke gelungen ist, die große Bandbreite der herzgesunden Küche zu präsentieren und viele damit verbundene Vorurteile aus dem Weg zu räumen. Gesättigt und mehr als zufrieden verabschiedeten sich die Teilnehmenden nach knapp vier Stunden mit dem Wunsch, bei einer Wiederholung informiert zu werden.

Einem Wunsch, dem wir 2025 bei Interesse gerne nachkommen werden. Unter <https://herzgesund.medizin-und-co.de> haben Sie die Möglichkeit sich bei Interesse einzutragen und über einen neuen Termin für den Kochkurs „HerzGesundeEr-nährung“ informiert zu werden.

Diabetes und Parodontitis:

Neue S2k-Leitlinie stärkt interdisziplinäre Zusammenarbeit



Foto: Tommaso Lizzul - stock.adobe.com

Diabetes mellitus und Parodontitis sind hochprävalente, chronische nicht-übertragbare Erkrankungen, die sich in ihrer Entstehung und ihrem Verlauf gegenseitig ungünstig beeinflussen. Eine schlechte Einstellung des Blutzuckers bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes ist mit einem schlechteren parodontalem Zustand und schlechteren Behandlungsergebnissen assoziiert. Parodontitis geht wiederum einher mit Dysglykämie und erhöhter Insulinresistenz bei Menschen mit Diabetes sowie mit einem erhöhten Risiko für Prädiabetes und Diabeteskomplikationen – einschließlich erhöhter Mortalität. Eine parodontale Therapie verbessert die Blutzuckereinstellung (HbA1C-Spiegel) und ist sicher durchführbar. Ziel dieser Leitlinie ist es, die an der Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Therapie der an den Erkrankungen beteiligten Fachdisziplinen sowie die betroffenen Patientinnen und Patienten über diese Zusammenhänge aufzuklären und damit die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Das zahnärztliche Team sollte eine Rolle bei Screening/Erkennung eines erhöhten Diabetesrisikos und der Identifizierung unerkannter Diabetesfälle spielen, Ärztinnen und Ärzte sollten über parodontale Erkrankungen und deren Implikationen für die Blutzuckerkontrolle und Komplikationen bei Menschen mit Diabetes informiert sein. Die Leitlinie gibt diesbezügliche konsensbasierte Empfehlungen für das ärztliche und zahnärztliche Team sowie für Patientinnen und Patienten mit Diabetes und/oder Parodontitis.

„Es handelt sich um die erste Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft für medizinische Fachgesellschaften (AWMF), die gemeinsam von einer zahnmedizinischen und medizinischen Fachgesellschaft entwickelt worden ist“, so Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Søren Jepsen, Direktor der Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde am Universitätsklinikum Bonn. „Wir erhoffen uns eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Prävention, Früherkennung und Therapie dieser

beiden Volkskrankheiten. In der Zukunft wird eine Aktualisierung der Leitlinie voraussichtlich auf S3-Niveau erfolgen.“

Prof. Dr. med. Thomas Haak, Chefarzt am Diabetes Zentrum Mergentheim, hat an der Leitlinie für die Deutsche Diabetes Gesellschaft mitgearbeitet und ergänzt: „Damit einerseits wichtige Informationen zwischen Arzt und Zahnarzt ausgetauscht werden können und andererseits Patientinnen und Patienten an das Parodontitis-Screening als Vorsorgemaßnahme erinnert werden, ist der Gesundheitspass Diabetes ein ideales Medium. Umso mehr freut es mich, dass der Hinweis auf die mindestens einmal jährliche zahnärztliche Vorstellung als Vorsorgeempfehlung in den Gesundheitspass Diabetes aufgenommen wurde.“

„Diese Leitlinie wird dazu beitragen, die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Zahnmedizin erheblich zu verstärken. Die Implementierung dieser Leitlinie ist zudem der erste und wichtige Schritt für die zahnärztliche Praxis der Zukunft, welche sicher einen wichtigen präventiven Beitrag hinsichtlich Vermeidung und Management systemischer Erkrankungen wie Diabetes mellitus, inklusive Folge- und Begleiterkrankungen, leisten kann“, so Prof. Dr. med. dent. Henrik Dommisch, Präsident der DG PARO und Direktor der Abteilung für Parodontologie, Oralmedizin und Oralchirurgie, Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Quelle:

DDG - Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V.
www.ddg.info

Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V.
www.dgparo.de

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. (DGZMK)
www.dgzmk.de

S2k-Leitlinie

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/083-015>



Schnuller? Wenn ja, welcher?

Das Nuckeln und der Saugreflex sind typische Verhaltensweisen von Kleinkindern und Säuglingen, die bereits im Mutterleib vorhanden sind. Um diesen Bedürfnisse nachzukommen, gibt's für die Kleinsten unter uns ein beliebtes Accessoire: Der Schnuller. Vielen jungen Eltern stellt sich daher die Frage: Soll ich meinem Kind einen Schnuller geben? Wenn ja, welcher ist der richtige?

Im Sprachgebrauch hat sich das Wort „Schnuller“ voll etabliert. Der Begriff der aber fast noch passender ist, der umgangssprachlich aber eher selten genutzt wird ist „Beruhigungssauger“. Genau das ist es nämlich, wofür der kleine Helfer da ist: Um das Kind zu beruhigen. Der angeborene Saugreflex dient beim Baby zur Beruhigung – genau wie beim Trinken beziehungsweise Stillen. Dadurch assoziieren Säuglinge durch das Saugen Geborgenheit und Sicherheit. Das hilft folglich auch in Situationen, in denen das Baby schreit oder zum Beispiel Bauchweh hat.

Wichtig zu wissen: Das angeborene Saugbedürfnis weicht nach circa sechs Monaten mehr und mehr dem Kaubedürfnis, weshalb Kindern in diesem Alter auch Beikost zugeführt wird. Dies ist durchschnittlich der Zeitpunkt, wenn die ersten Zähnen durchbrechen. Langsam, aber sicher wird aus dem „Schnullern“ eine Angewohnheit (Habit). Daher ist es ratsam, dass Schnullern zu reduzieren. Zum Beispiel nur noch zum Schlafen.

Stört der Schnuller die Entwicklung des Kindes?

Dies führt uns zur Frage, inwiefern ein Schnuller die Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen kann, oder gar Kieferverformungen oder Zahnfehlstellungen verursachen kann. Hier ist auch die Wahl des richtigen Schnullers wichtig. Ein Schnuller in Kirschform hat zwar ähnliche Saug-



Foto: Giulio Fornasar - stock.adobe.com

geigenschaften wie die Brustwarze der Mutter, ist für die langfristige Entwicklung aber nicht zu empfehlen. Ein orthodontisch geformter Schnuller mit einem dünnen Schaft ist so entwickelt, dass die Gefahr von Zahnfehlstellungen und Kieferfehlstellung minimiert wird. Im Vergleich zu einem solchen Schnuller, sind andere Habits, wie zum Beispiel das Lutschen am Daumen oder einem Kuscheltuch langfristig schlechter.

Auch der Zeitpunkt der Abgewöhnung ist relevant. Spätestens ab dem zweiten Lebensjahr sollte damit begonnen werden um irreversible Kieferverformungen zu verhindern, die später mit einer aufwendigen kieferorthopädischen Behandlung behoben werden müssen. Ebenso für die Sprachentwicklung sollte auf einen Schnuller, bei Aktivitäten wie dem Spielen mit anderen

Kindern, gänzlich verzichtet werden, um die Entwicklung der Sprache und der Kommunikation nicht zu behindern. Somit spricht letztlich nichts dagegen, dem Säugling einen Schnuller zu geben, sofern es dosiert geschieht und die Abgewöhnung nicht verpasst wird.

Regelmäßige Kontrollen beim Zahnarzt sind wichtig!

Eltern sollten mit ihrem Baby grundsätzlich mit dem Durchbruch des ersten Zähnechens den ersten Besuch beim Zahnarzt planen. Die Entwicklung des Mundes und des Kiefers sollte ebenfalls ärztlich begleitet werden. Somit können mögliche Fehlstellungen frühzeitig erkannt werden. Ebenso kann sie der Zahnarzt beim Thema Schnuller/Habits beratend unterstützen.



PRAXIS für
Zahnheilkunde & Implantologie
Dr. Hartmut Bongartz MSc MSc
& Kollegen

Krahnendonk 7
41066 Mönchengladbach

Tel. 0 21 61 - 66 63 60,
E-Mail: info@zahnarzt-dr Bongartz.de

Sprechzeiten:

Mo.-Do. 8-19 Uhr, Fr. 8-16 Uhr
und nach Vereinbarung

www.zahnarzt-dr Bongartz.de





Foto: Homestock - stock.adobe.com

Digital Public Health:

Die digitale Revolution im Gesundheitswesen – für alle?

Eine ältere Frau sitzt vor ihrem Smartphone. Die App, die ihr Arzt empfohlen hat, soll helfen, ihre Medikamenteneinnahme zu organisieren. Doch nach mehreren Versuchen gibt sie frustriert auf: „Das ist nichts für mich.“ Diese Szene steht sinnbildlich für ein grundlegendes Problem der digitalen Gesundheit in Deutschland: Technisch machbar ist vieles, doch der Zugang ist nicht für alle gleich.

Das im Bundesgesundheitsblatt erschienene Positionspapier des Fachbereichs Digital Public Health der Deutschen Gesellschaft für Public Health e. V. zeigt auf, wie digitale Gesundheitslösungen flächendeckend und sozial gerecht umgesetzt werden können. Die Forschenden fordern Strategien, die alle Bürgerinnen und Bürger erreichen – unabhängig von Alter, Einkommen oder technischer Affinität.

Chancen und Risiken der Digitalisierung

Digitale Gesundheitsangebote wie Telemedizin oder Gesundheits-Apps bieten enorme Möglichkeiten. Sie können die Gesundheitsversorgung effizienter machen und Zugänge erleichtern. Doch das Positionspapier warnt: Wenn vulnera-

ble Gruppen – wie ältere Menschen oder sozial Benachteiligte – bei der Entwicklung solcher Lösungen nicht mitgedacht werden, droht die digitale Kluft zu wachsen.

Dr. Laura Maaß, Sprecherin des Fachbereichs und Postdoc am Leibniz-WissenschaftsCampus Digital Public Health Bremen, formuliert es klar: „Ich freue mich sehr, dass das Bundesgesundheitsblatt uns die Plattform gibt, die Digitalisierung von Public Health in den Vordergrund zu stellen, denn die Zeit drängt! Deutschland braucht digitale Lösungen, die für alle zugänglich sind. Wir müssen Gesundheitskompetenz fördern und die digitale Spaltung überwinden, sonst verlieren wir das Potenzial der Digitalisierung für Prävention und Versorgung.“

Gesundheitskompetenz als Schlüssel

Eines der Kernprobleme ist die digitale Gesundheitskompetenz: Viele Menschen können Apps oder andere digitale Tools nicht richtig nutzen. Dabei ist gerade die Fähigkeit, solche Anwendungen zu verstehen und anzuwenden, entscheidend, um Gesundheitsangebote wirklich zugänglich zu machen. Interaktive und partizipative Ansätze könnten helfen, Patient:innen besser einzubinden und so die gesundheitliche Eigenverantwortung zu stärken.

Stephanie Hoffmann, Co-Sprecherin des Fachbereichs, ergänzt: „Neue digitale Angebote für Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung müssen die gesundheitlichen

Bedürfnisse sowie die individuellen Anforderungen der Menschen einbeziehen. Nur dann erreichen sie die Menschen wirklich und tragen zur gesundheitlichen Chancengleichheit bei.“

Was fehlt: Forschung und Lehre

Das Positionspapier kritisiert auch, dass der Bereich Digital Public Health in Deutschland noch in den Kinderschuhen steckt. Studiengänge greifen das Thema selten auf, und in der Forschung liegt der Fokus zu stark auf klinischen Anwendungen. Prävention und Gesundheitsförderung bleiben oft außen vor - sowohl in der Forschung und Lehre, als auch in der Gesundheitspolitik, die sich fast ausschließlich auf die Digitalisierung der medizinischen Gesundheitsversorgung konzentriert. Hier müsse dringend ange setzt werden, um die Digitalisierung breiter und nachhaltiger zu denken.

Ein System für alle

Die Forschenden betonen: Digitalisierung im Gesundheitswesen darf kein Selbstzweck sein. Es geht darum, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern, Prävention zu stärken und die Versorgung effizienter zu machen - ohne dabei jemanden auszuschließen. Dafür braucht es den Schluß von Politik, Wissenschaft und Praxis.

Der Leibniz-WissenschaftsCampus Digital Public Health Bremen

In dem Forschungsnetzwerk kooperieren seit Beginn der Förderung das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS, das Fraunhofer-Institut für Digitale Medizin MEVIS und die Universität Bremen. Als neue Partner für die zweite Förderphase konnten die Universität Oldenburg und das OFFIS - Institut für Informatik gewonnen werden.

Der Bremer Leibniz-WissenschaftsCampus Digital Public Health ist einer von insgesamt 21 WissenschaftsCampi zu einem thematischen Fokus, die der strategischen Vernetzung von Leibniz-Instituten mit Universitäten und weiteren regionalen Partnern dienen. Ziel ist es, Netzwerke zu schaffen, um den jeweiligen Forschungsbereich weiterzuentwickeln und das wissenschaftliche Umfeld zu stärken. Leibniz-WissenschaftsCampi betreiben strategische Forschung, befördern Interdisziplinarität in Themen, Projekten und Methoden, machen den jeweiligen Standort sichtbar und stärken sein Forschungsprofil.

Quelle:

Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS / Rasmus Cloes (PrÖA)
<https://www.bips-institut.de/>

Originalpublikation

Maaß, L., Dockweiler, C., Hocke-Bolte, Z. et al. Digital Public Health in Deutschland: Status quo, Herausforderungen und Zukunftsperspektiven. Bundesgesundheitsbl (2024).

<https://doi.org/10.1007/s00103-024-03989-0>



JEDER SCHLAGANFALL IST EIN NOTFALL! 112!

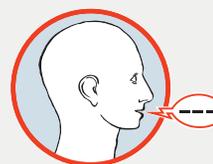


Kennen Sie die Symptome eines Schlaganfalls?

Tritt eines dieser Symptome plötzlich auf, zögern Sie keine Minute und wählen Sie sofort den Notruf 112!



Sehstörung



Sprach-, Sprachverständnisstörung



Lähmung, Taubheitsgefühl



Schwindel mit Gangunsicherheit



Sehr starker Kopfschmerz

Helfen Sie uns, Leben zu retten und Behinderungen zu vermeiden. Mit Ihrer Spende.

Spendenkonto: Sparkasse Gütersloh-Rietberg
 IBAN: DE80 4785 0065 0000 0000 50
 BIC: WELADED1GTL

Weitere Informationen:
 Telefon: 05241 9770-0
 schlaganfall-hilfe.de





Foto: pathdoc - stock.adobe.com

3,7 Milliarden Euro Defizit

Finanzentwicklung der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) im 1. bis 3. Quartal 2024

Die 95 gesetzlichen Krankenkassen haben in den ersten neun Monaten des laufenden Jahres ein Defizit in Höhe von 3,7 Milliarden Euro erzielt. Die Finanzreserven der Krankenkassen betragen zum Ende des 3. Quartals rund 4,7 Milliarden Euro. Dies entspricht 0,17 Monatsausgaben. Die gesetzlich vorgesehene Mindestreserve beträgt 0,2 Monatsausgaben.

Unterschiedliche Finanzentwicklung nach Krankenkassenarten

Die Ersatzkassen erzielten ein Defizit von 1,3 Milliarden Euro, die Ortskrankenkassen von 1,0 Milliarden Euro, die Betriebskrankenkassen von 859 Millionen Euro, die Innungskrankenkassen von 409 Millionen Euro und die Knappschaft von 52 Millionen Euro. Die nicht am Risikostrukturausgleich teilnehmende Landwirtschaftliche Krankenkasse verbuchte ein Defizit von 8 Millionen Euro.

Ergebnis des Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds, der zum Stichtag 15. Januar 2024 über eine Liquiditätsreserve von rund 9,4 Milliarden Euro verfügte, verzeichnete in den ersten neun Monaten des Jahres 2024 ein Defizit von 7,7 Milliarden Euro. Ein Teil des Defizits ist saisonüblich: So fließen die Ausgaben des Gesundheitsfonds als monatliche Zuweisungen in

konstanter Höhe an die Krankenkassen, während die Einnahmen unterjährig erheblich schwanken und insbesondere im 4. Quartal aufgrund der Verbeitragung von Jahressonderzahlungen wie dem Weihnachtsgeld höher ausfallen. Ein Teil des Defizits resultiert daraus, dass im Jahr 2024 insgesamt 3,1 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve an die Krankenkassen ausgeschüttet werden, um die Zusatzbeiträge der Krankenkassen zu stabilisieren.

Die Beitragseinnahmen (ohne Zusatzbeiträge) stiegen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 5,6 Prozent. Verantwortlich für die weiterhin gute Einnahmenentwicklung im 1. bis 3. Quartal sind insbesondere die inflationsbedingt kräftigen Tariflohnsteigerungen.

Entwicklungen bei den Ausgaben

Die Krankenkassen verzeichneten im 1. bis 3. Quartal 2024 einen sehr dynamischen Zuwachs

für Leistungsausgaben und Verwaltungskosten von 7,5 Prozent. Die Leistungsausgaben stiegen dabei um 7,8 Prozent und damit deutlich stärker als in den letzten Jahren. Die Verwaltungskosten erhöhten sich um 1,0 Prozent. In absoluten Zahlen stiegen die Leistungsausgaben der Krankenkassen im 1. bis 3. Quartal um 16,7 Milliarden Euro. Die Verwaltungskosten erhöhten sich nur um 89 Millionen Euro, da rund 403 Millionen Euro weniger an Altersrückstellungen als im Vorjahresquartal gebucht wurden. Der Anstieg der Verwaltungskosten ohne Altersrückstellungen betrug im 1. bis 3. Quartal 5,6 Prozent.

Die Aufwendungen für den ausgabenstärksten Leistungsbereich Krankenhausbehandlungen sind in den ersten neun Monaten um 7,8 Prozent bzw. 5,4 Milliarden Euro gestiegen und stellen damit einen maßgeblichen Treiber der hohen Ausgabendynamik dar. Hierbei ist die sehr dynamische Preiskomponente (die sich aus dem Orientierungswert für die Kosten der Krankenhäuser

und der Grundlohnrate ergebenden Veränderungswerte in den Entgeltbereichen DRG und PEPP betragen für 2024 mehr als 5 Prozent) zu beachten. Äußerst dynamisch sind auch die Pflegepersonalkosten (+12,8 Prozent bzw. 1,9 Milliarden Euro) sowie die Aufwendungen für stationäre psychiatrische Behandlungen (7,2 Prozent bzw. rund 500 Millionen Euro) gestiegen. Die Aufwendungen für ambulante Operationen nach AOP-Katalog sowie nach den neu eingeführten Hybrid-DRG verzeichneten in Summe Ausgaben von rund 1 Milliarden Euro, von denen 318 Millionen Euro auf die neu eingeführten Hybrid-DRGs entfielen. Die restlichen Ausgaben für diesen Bereich legten um 5,6 Prozent (+2,7 Milliarden Euro) zu.

Die Aufwendungen für die Versorgung mit Arzneimitteln stiegen im 1. bis 3. Quartal um 9,9 Prozent bzw. 3,7 Milliarden Euro und damit unverändert hoch wie im 1. Halbjahr. Bei der Interpretation dieser äußerst dynamischen Entwicklung ist zu beachten, dass diese in besonderem Maße vom Auslaufen des in 2023 einmalig erhöhten gesetzlichen Herstellerabschlags von 7 auf 12 Prozent durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz geprägt ist. Im gleichen Zeitraum nahmen die zugunsten der GKV gewährten gesetzlichen Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer um rund 890 Millionen Euro ab. Ohne Berücksichtigung dieser Rabatte wuchsen die Ausgaben um 7,0 Prozent bzw. 2,8 Milliarden Euro. Äußerst dynamisch entwickeln sich auch die Aufwendungen für Arzneimittel im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, die einen Zuwachs von rund 740 Millionen Euro (entspricht +49,9 Prozent) gegenüber dem Wert des Vorjahreszeitraums aufweisen.

Die Ausgaben für ambulant-ärztliche Behandlungen sind im 1. bis 3. Quartal um 6,4 Prozent bzw. 2,2 Milliarden Euro gestiegen. Damit lag das Ausgabenwachstum rund einen Prozentpunkt höher als in den Rechnungsergebnissen des ersten Halbjahres. Zu diesem dynamischen Auf-

wuchs tragen auch die Aufwendungen für mit den neu eingeführten Hybrid-DRG abgerechneten ambulanten Behandlungen bzw. Operationen bei, die sich mit 84 Millionen Euro gegenüber dem ersten Halbjahr mehr als verdoppeln. Daneben wachsen auch die Aufwendungen für ambulante Operationen nach AOP-Katalog (+10,0 Prozent bzw. +169 Millionen Euro) sowie für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser (+24,5 Prozent bzw. +84 Millionen Euro) jeweils deutlich stärker als der Gesamtbereich und stärker als im ersten Halbjahr 2024. Bei der Interpretation der Rechnungsergebnisse des 1. bis 3. Quartals in diesem Bereich ist zu berücksichtigen, dass den Krankenkassen anders als zum Zeitpunkt der Meldung des ersten Quartals und des ersten Halbjahres vermehrt Abrechnungsergebnisse vorliegen, so dass es auch im Hinblick auf zuvor geschätzte Ausgaben im 1. Halbjahr zu Korrekturen kommen kann.

Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen (ohne Zahnersatz) stiegen um 3,8 Prozent bzw. 112 Millionen Euro und damit etwas weniger stark als im 1. Halbjahr. Die Ausgaben für den Teilbereich der Parodontalbehandlungen stiegen überdurchschnittlich stark um rund 6,1 Prozent bzw. 67 Millionen Euro.

Stark gestiegen sind die Ausgaben im Bereich Heilmittel (+10,1 Prozent bzw. +915 Millionen Euro), Behandlungspflege und der häuslichen Krankenpflege (+12,3 Prozent bzw. +855 Millionen Euro) sowie bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (+10,0 Prozent bzw. +318 Millionen Euro). Letztere wiesen nach den pandemiebedingten Einbrüchen der vergangenen Jahre schon seit 2022 eine überdurchschnittliche Dynamik auf.

Bei der Interpretation der Daten des 1. bis 3. Quartals ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass die Ausgaben in vielen Leistungsbereichen, insbesondere bei Ärzten und Zahnärzten, noch

von Schätzungen geprägt sind, da Abrechnungsdaten noch nicht oder nur teilweise vorliegen.

Weitere Entwicklung

Das Bundesministerium für Gesundheit hat auf Basis der Prognose des GKV-Schätzerkreises vom 14. und 15. Oktober zum 6. November einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2025 von 2,5 Prozent bekanntgegeben. Dies entspricht einem Anstieg von 0,8 Prozentpunkten gegenüber dem für 2024 bekanntgegebenen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,7 Prozent.

Die vorläufigen Finanzergebnisse der GKV für das Jahr 2024 werden Ende Februar 2025, die endgültigen Finanzergebnisse der GKV Mitte Juni 2025 vorliegen.

Quelle:

Bundesgesundheitsministerium (BMG)
www.bundesgesundheitsministerium.de

Download:

Finanzielle Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der landwirtschaftlichen Krankenkasse im 1.-3. Quartal 2024

Finanzbericht

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/GKV/Anlage_Finanzentwicklung_der_GKV_im_1.-3_Qu_2024.pdf



Der neue Ratgeber!

Bluthochdruck: So schützen Sie Herz und Gefäße

Kostenfreies Exemplar:
 Telefon: 069 955128-400
www.herzstiftung.de/bestellung

Gut fürs Herz.
 Deutsche Herzstiftung

Ihr Pflegedienst in Mönchengladbach

+49 (0) 2161 636210
www.mallonundmallon.de

MALLON & MALLON
 PFLEGEDIENST

NOTRUF

NUMMERN & ADRESSEN



NOTRUF 112

(RETTUNGSDIENST, NOTARZT, FEUERWEHR)

POLIZEI 110

ÄRZTL. BEREITSCHAFTSDIENST 116 117

Hilfs- Notfall- und Beratungsangebote in Mönchengladbach

AIDS-HilfeMG e. V.

August-Pieper-Str. 1 | 41061 MG
Tel. (0 21 61) 17 60 23
www.aidshilfe-mg.de

Babyklappe im KH Neuwerk

Dünner Str. 214-216, 41066 MG,
Tel. (0 21 61) 668-0,
www.krankenhaus-neuwerk.de
Das Babyfenster befindet sich auf der Rückseite des Krankenhauses Neuwerk. Schilder weisen Ihnen von der Liebfrauenstraße den Weg. Das Babyfenster ist gut geschützt, so dass Sie nicht beobachtet werden können.

Beratungsstelle für Blinde und von Blindheit bedrohte Menschen

Albertusstr. 22, 41061 MG,
Tel. (0 21 61) 18 19 73

Deutscher Allergie- und Asthmabund e. V. (DAAB)

An der Eickesmühle 15-19, 41238 MG,
Tel. (0 21 66) 64 78 820, www.daab.de

Deutscher Kinderschutzbund MG

Hindenburgstr. 56 | 41061 MG
Tel. (0 21 61) 29 39 48
www.kinderschutzbund-mg.de

Donum Vitae

Waldhausener Str. 67, 41061 MG,
Tel. (0 21 61) 40 68 35

Drogenberatung MG e. V.

Waldnieler Str. 67-71, 41068 MG
Tel. (0 21 61) 83 70 77
www.drogenberatung-mg.de

Erziehungsberatungsstelle der Stadt Mönchengladbach

Berliner Platz 19 | 41061 MG
Tel. (0 21 61) 25 54 331

Familienberatungszentrum des Diakonischen Werks MG

Wilhelm-Strauß-Str. 20 | 41238 MG
Tel. (0 21 66) 12 80 60
www.diakonie-mg.de

Frauenberatungsstelle Mönchengladbach

Kaldenkirchener Str. 4 | 41063 MG
(0 21 61) 2 32 37
www.frauenberatungsstelle-mg.de

Gesundheitsamt Mönchengladbach

Am Steinberg 55 | 41061 MG
Tel. (0 21 61) 25 65 01

Hilfe-Telefon Gewalt gegen Frauen

Tel. (0 800) 011 60 16
Erstberatung und Weitervermittlung zu einem geeigneten Beratungsangebot im näheren Umkreis der Betroffenen.

Jugendamt der Stadt Mönchengladbach

Aachener Str. 2 | 41061 MG,
Tel. (0 21 61) 25 34 84

MobbingLine NRW

Tel. (02 11) 837 19 11
Qualifizierte Beratung Mo.-Do. 16-20 Uhr
Allgem. Auskünfte: Mo.-Fr. 8-18 Uhr

Nummer gegen Kummer

Tel. 116 111 für Kinder und Jugendliche
Mo. - Sa. 14 - 20 Uhr Anonym und Kostenlos
Tel. (0 800) 11 10 550 für Eltern

Pro Familia

Elberfelder Str. 1, 41236 MG
Tel. (0 21 66) 24 93 71

Reha-Verein

Thüringer Str. 6, 41063 MG,
Tel. (0 21 61) 57 68 0
www.rehaverein-mg.de

Sozialdienst Katholischer Frauen e. V.

Lindenstr. 71, 41061 MG,
Tel. (0 21 61) 98 18 89

Telefonseelsorge

Tel. (0 800) 111 0 111 oder (0 800) 111 0222
oder 116 123 und auch per Mail / Chat
online.telefonseelsorge.de

Vernetzunginitiative Essstörungen Mönchengladbach

Tel. (0 21 61) 25 65 79

Zornröschen e. V.

Eickener Str. 197 | 41063 MG,
Tel. (0 21 61) 20 88 86,
www.zornroeschen.de

IMPRESSUM

VERLAG

MEDIZIN + CO – Ihr Gesundheitsmagazin
Ausgabe Mönchengladbach erscheint bei:
Marktimpuls GmbH & Co. KG
Schillerstraße 59, 41061 Mönchengladbach
Tel. 0 21 61 / 68 695-20, Fax 0 21 61 / 68 695-21

Geschäftsführer: Marc Thiele
Registergericht: AG Mönchengladbach
Handelsregisternummer: HRA 5838
UStID: DE247211801

Komplementär / pHG :
Marktimpuls Verwaltungs GmbH
Registergericht: AG Mönchengladbach
Handelsregisternummer: HRB 11530

HERAUSGEBER / CHEFREDAKTEUR
Marc Thiele (v.i.S.d.P.) - Anschrift siehe Verlag
Tel. 0 21 61 / 68 695-30 · Fax 0 21 61 / 68 695-21
E-Mail: redaktion@medizin-und-co.de

Für die Richtigkeit der Termine und Anzeigentexte kann der Verlag keine Gewähr übernehmen. Alle Berichte und Beiträge sind nach bestem Wissen und Gewissen der jeweiligen Autoren zusammengestellt. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für eingesandte Unterlagen jeglicher Art übernimmt der Verlag keine Haftung. Satiren und Kolumnen verstehen sich als Satire im Sinne des Presserechts. Nachdruck des gesamten Inhaltes, auch auszugsweise, sowie der vom Verlag gestalteten Anzeigen nur mit schriftlicher Freigabe des Verlages. Alle Rechte liegen beim Verlag.

FOTOS

Titelfoto:

© tiero - stock.adobe.com # 271588997
sonstige Fotos siehe Fotonachweis am Bild

GRAFIK & SATZ

Grafik: Agentur Matimako Inh. M. Thiele
Satz: Marktimpuls GmbH & Co. KG

DRUCK

Senefelder Misset B.V.
Mercuriusstraat 35, 7006 RK Doetinchem / NL

ANZEIGEN/VERTRIEB

E-Mail: media@marktimpuls.de
Tel. 0 21 61 / 68 695-20 · Fax 0 21 61 / 68 695-21

Aktuelle Mediadaten und Anzeigenpreisliste auf Anfrage 0 21 61-68 695-20 oder media@marktimpuls.de

MEDIZIN + CO – Ihr Gesundheitsmagazin erscheint alle drei Monate und wird direkt über selektierte Verteilstellen (Praxen, Kliniken, Unternehmen) verteilt. Zurzeit ist Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 26.08.2024 gültig.

EU - Produktsicherheitsverordnung (GPSR)

Hersteller und Ansprechpartner siehe Verlag
Weitere Informationen und Kontaktmöglichkeiten unter www.medizin-und-co.de/gpsr.de



Verein zur Unterstützung krebskranker Kinder e. V.

Helpen Sie krebs- und chronisch kranken Kindern!

BRAUCHEN SIE HILFE?
Sprechen Sie uns an oder geben Sie unsere Adresse an betroffene Familien weiter!

WIR KÖNNEN HELFEN ...
... Ihnen Kontakte zu vermitteln, damit Sie schnellstmöglich Unterstützung erhalten.

WIR UNTERSTÜTZEN ...
... und betreuen krebs- und chronisch kranke Kinder, deren Eltern und Familien.

... regionale Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, die erkrankte Kinder und Jugendliche behandeln.
... ausgesuchte Krebsforschungsprojekte.

Spendenkonto: Sparkasse Krefeld
IBAN DE 7832 0500 0000 1300 1300

Große Bruchstraße 36 • 41747 Viersen
Tel. +49 (0) 21 62 - 153 20
info@loewenkinder-viersen.de
www.loewenkinder-viersen.de

Jetzt auch mit **PayPal** spenden!




SEBASTIAN JUROCHNIK

Physiotherapeut | Personal Trainer



Ich bin seit 2011 Physiotherapeut, habe mehr als 30.000 Behandlungen durchgeführt und mich 2017 auf die **orthopädische Rehabilitation** spezialisiert.

In meinem Studio im Zentrum von Mönchengladbach, kommen gesundheitsbewusste Menschen zu mir, um zielgerichtet und **mit einem ganzheitlicheren Ansatz**, ihre orthopädischen Probleme ein für alle Mal in den Griff zu kriegen.

info@sebastian-jurochnik.de | **www.sebastian-jurochnik.de**



»Volksverein Mönchengladbach«
gemeinnützige Gesellschaft gegen Arbeitslosigkeit mbH®

Möbel und geprüfte E-Geräte

Kleinmöbel
Rahmen

Kleidung

Rapsöl

Glas Keramik Hausrat

Bücher Spiele CDs

second hand
6 mal in
unserer Stadt

Geöffnet:
Mo-Fr 9:30-18 h
Sa 9:30-13 h

Zentrale:
02166 671 16 00

teilen macht reich

www.volksverein.de

Wir sind familienfreundlich!
Familienkarte
Meine Stadt. Meine Familie.
mg+ MÖNCHENGLADBACH

Wir sind Partner der Familienkarte!



Gut fürs Herz.
Deutsche Herzstiftung



Kennen Sie Ihr Herzinfarkt-Risiko?



Rund 300.000 Menschen erleiden in Deutschland jedes Jahr einen Herzinfarkt. Finden Sie heraus, ob Sie gefährdet sind.

Jetzt den Test machen:
www.herzstiftung.de/risiko



WIR BESIEGEN BLUTKREBS

WILLST DU JEMANDEM DAS LEBEN RETTEN?

Dann bestell' Dir auf dkms.de unser Registrierungsset und gib Blutkrebspatienten eine zweite Chance auf Leben. Denn immer noch findet jeder 10. Blutkrebspatient in Deutschland keinen geeigneten Spender.

Mund auf. Stäbchen rein. Spender sein.

Registrier' Dich jetzt auf dkms.de

