

PRESSESPIEGEL

KONZERN UND STANDORTE

"Wer COPD hat, sollte sich impfen lassen"

Atemwegsinfekte sind häufige Verursacher von akuten Krankheitsverschlechterungen bei der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Inwieweit sich Betroffene mit einer Impfung davor schützen können, erläutert Prof. Dr. med. Christian Taube, Direktor der Klinik für Pneumologie, Universitätsmedizin Essen, sowie Stellv. Vorsitzender der Deutschen Lungenstiftung.

Reflex - Welt
vom 07.05.2024

In die Früherkennung kommt Bewegung

Im frühen Screeningarm wurden mit einem Anteil von 0,2 % sehr wenige aggressive PCa erkannt, erklärte Prof. Dr. Boris Hadaschik, Universitätsklinikum Essen. 3 Von mehr als 23.000 Untersuchten dieser frühen Gruppe hatten 0,8 % PSA-Werte ≥ 3 ng/ml vs. 2,3 % im verzögerten Screeningarm.

Medical Tribune Online
vom 07.05.2024

"Wir haben alle Weichmacher in unserem Blut"

"Der konkrete Nachweis, dass die Aufnahme von Weichmachern in den Körper das Schwimmverhalten der Spermien verändert, ist neu", sagt Prof. Timo Strünker in Bezug auf das Experiment der Universitätsmedizin Essen.

Landshuter Zeitung • Auch in: 16 weiteren Quellen »
vom 07.05.2024

VBIO-Dialogforum: Wissenschaftliche Tierversuche - notwendig oder entbehrlich?

Moderiert wird das Gespräch von Prof. Dr. Gero Hilken Hilken ist Zoologe an der Universität Duisburg-Essen und Leiter und Tierschutzbeauftragter des Zentralen Tierlaboratoriums am Uniklinikum Essen.

VBIO
vom 07.05.2024

Artikel Report24 Pressespiegel 6. Mai

Im Pressespiegel war gestern die Meldung einer Internetplattform enthalten, die nachweislich falsch ist.

Report 24

vom 07.05.2024

Mein Heinzl will leben!

Für eine OP im oberen Teil öffnet man den Brustkorb, im unteren den Bauch. Prof. Tienush Rassaf, Direktor der Klinik für Kardiologie und Angiologie am Westdeutschen Herz- und Gefäßzentrum der Universitätsmedizin Essen: "Es gibt Prothesen für jeden Abschnitt und in verschiedenen Größen." Sie bestehen z. B. oft aus Gore-Tex (flexibler Kunststoff), Dacron oder Nitinol.

Bild, Westfalen • Auch in: [12 weiteren Quellen »](#)

vom 06.05.2024

RTL Punkt 12 Das RTL Mittagsjournal

RTL Punkt 12 Das RTL Mittagsjournal

vom 06.05.2024

GESUNDHEITSPOLITIK UND DIGITALISIERUNG

Der Ärztetag braucht neuen Mut

Das Tempo und den Erfolg solch umstürzlerischer Entwicklungen wünscht man auch den Reformbemühungen im Gesundheitswesen. Leider jedoch mahlen die Mühlen dort langsam, auch unter der aktuellen Bundesregierung.

Frankfurter Allgemeine Zeitung

vom 07.05.2024

Qualitätskontrolle in Arztpraxen

Vor Beginn des Deutschen Ärztetags an diesem Dienstag in Mainz hat die Stiftung Patientenschutz mehr Transparenz und eine stärkere Kontrolle der niedergelassenen Ärzte gefordert.

Frankfurter Allgemeine Zeitung

vom 07.05.2024

Datenschutz kann Leben kosten

Worum es aber geht, ist die Art und Weise, wie medizinischer Fortschritt künftig erreicht werden kann. Biowissenschaften und Informatik spielen dabei wichtige Rollen. Mithilfe von künstlicher Intelligenz und Quantencomputern hofft man, die Entwicklung etwa von neuen Medikamenten drastisch zu beschleunigen.

Süddeutsche Zeitung, (B)
vom 07.05.2024

Künstliche Intelligenz könnte Patienteninformationen vermitteln

KI-generierte Informationen zu den häufigsten Patientenfragen bei Systemischen Lupus Erythematoses (SLE) erreichten eine überraschend gute Qualität. Die aktuelle Studie ChatSLE zeigt am Beispiel von SLE auf, dass Large Language Modelle Behandler bei vielen Fragestellungen im Gespräch mit Erkrankten entlasten könnten.

aerzteblatt.de
vom 06.05.2024

WETTBEWERBER UND REGION

"Wir können mit nichts planen"

Die Kliniken sehen sich in unruhigen Zeiten. Selbst jene Häuser, die vorbereitet sind, üben Kritik. Mitten kündigt an, um Abteilungen kämpfen zu wollen, weiß aber schon jetzt, dass auch Schließungen unter den derzeit elf Krankenhausstandorte bevorstehen könnten: "Wir gehen nicht davon aus, dass wir an allen Standorten weiterhin eine Krankenhausversorgung anbieten werden."

Westdeutsche Allgemeine WAZ, Essen
vom 07.05.2024

Unruhe in NRW-Kliniken wächst

NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) sieht die Reform insgesamt auf gutem Weg. "Unser Vorteil in NRW ist, dass viele Krankenhäuser längst Teil von Verbünden sind oder mit anderen Kliniken zusammenarbeiten", sagte er der WAZ.

Westdeutsche Allgemeine WAZ, Essen
vom 07.05.2024

16 gegen Lauterbach?

Die Krankenhausreform spaltet Bund und Länder. NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) warnt Berlin vor Alleingängen.

Westdeutsche Allgemeine WAZ, Essen
vom 07.05.2024

"Ich werde nicht fürs Jammern bezahlt"

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) weiß, wie es sich anfühlt, wenn Politikern Hass entgegenschlägt. Im Interview erklärt er, wie die Politik auf jüngste Angriffe auf Mandatsträger reagieren sollte. Er ordnet zudem ein, wie die Krankenhausreform OWL verändern wird und wie sein Verhältnis zur Ärzteschaft ist.

Neue Westfälische, Bielefelder Tageblatt (West)
vom 07.05.2024

KONZERN UND STANDORTE

Quelle: Reflex - Welt Nr. 2024-05-07/2024 vom 07.05.2024, S.8 (Supplement)

Autor: Im Gespräch Mit Tobias Lemser

8
Gute Luft

„Wer COPD hat, sollte sich impfen lassen“

PRÄVENTION | IM GESPRÄCH MIT TOBIAS LEMSER



Atemwegsinfekte sind häufige Verursacher von akuten Krankheitsverschlechterungen bei der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Inwieweit sich Betroffene mit einer Impfung davor schützen können, erläutert Prof. Dr. med. Christian Taube, Direktor der Klinik für Pneumologie, Universitätsmedizin Essen, sowie Stellv. Vorsitzender der Deutschen Lungenstiftung.

Herr Prof. Taube, welcher Gefahr setzen sich Menschen mit einer COPD aus, wenn sie gegen bestimmte Krankheiten oder Infektionen nicht geschützt sind? Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung geht mit erheblichen strukturellen Veränderungen in der Lunge einher, welche langsam voranschreiten. Dennoch kann es im Verlauf zu schweren akuten, teils lebensbedrohlichen Anfällen, sogenannten Exazerbationen, kommen – häufig hervorgerufen durch Viren oder Bakterien. Hinzu kommt, dass Patientinnen und Patienten gefährdeter sind, durch COPD schwere Verläufe von akuten infektiösen Lungenerkrankungen wie Lungenentzündung oder eine Infektion mit Grippeviren zu erleiden. Daher sollten sich Menschen mit chronischen Lungenerkrankungen unbedingt gegen solche Erreger impfen lassen – auch um die Häufigkeit akuter Anfälle zu vermindern.

Zu welchen Impfungen zum Schutz der Atemwege raten Sie Erkrankten? Dazu gehören Impfungen gegen Grippe-Erreger, Pneumokokken und gegen SARS-CoV2. Aber auch eine Auffrischung der Keuchhusten-Schutzimpfung sollte durchgeführt werden. Seit Kurzem ist ebenso eine Schutzimpfung gegen RSV, das für Respiratory Syncytial Virus steht, verfügbar.

Dieser Erreger spielt nicht nur bei Kindern, sondern auch im höheren Alter eine wichtige Rolle als Verursacher von schweren Atemwegs- und Lungeninfektionen.

Wie stehen Sie zur Pneumokokken-Impfung? Die Lungenentzündung kann gerade für COPD-Patienten eine lebensbedrohliche Infektion sein. Häufigste Erreger dafür sind Pneumokokken. Gegenüber diesen Bakterien gibt es effektive Impfungen, welche die Entstehung einer Lungenentzündung deutlich reduzieren. Daher würde ich, genauso wie die Deutsche Impfkommision, eine Pneumokokken-Impfung unbedingt empfehlen.

Gibt es weitere Vakzine, die im Impfpass nicht fehlen sollten? Hier sind viele Schutzimpfungen wie etwa gegen Hepatitis, Tetanus und Tollwut zu erwähnen – aber auch regional empfohlene Impfungen, wie die Frühsommer-Meningoenzephalitis, auch unter FMSE bekannt. Besonders hinzuweisen ist zudem auf die Impfung gegen Herpes-Zoster. Das Risiko, eine Gürtelrose zu erleiden, ist gerade bei Patienten mit COPD mehr als verdoppelt. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass bei Auftreten einer Gürtelrose Patienten mit COPD ein erhöhtes Risiko für andere Komplikationen wie Schlaganfall oder Herzinfarkt haben, weshalb ich eine entsprechende Schutzimpfung befürworte.

Sind Ihre Impfempfehlungen für alle Lungenerkrankten bestimmt? Prinzipiell gelten diese Empfehlungen auch für alle Menschen mit chronischen Atemwegs- und Lungenerkrankungen. Dazu gehören auch Asthma bronchiale, Fibrose oder Lungenkrebs.

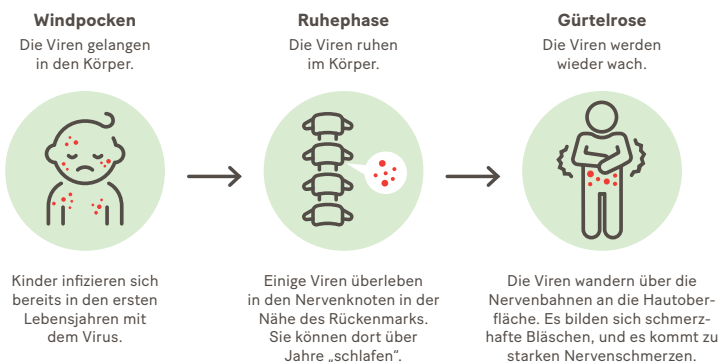
Wann ist bei Bekanntwerden von COPD der richtige Impfzeitpunkt? Impfungen sollten möglichst frühzeitig erfolgen. Wurde eine chronische Lungenerkrankung diagnostiziert, ist es

GÜRTELROSE: KLEINER ERREGER, GROSSE WIRKUNG

Das sogenannte Varizella-Zoster-Virus fangen sich die meisten Menschen in der Kindheit ein. Bemerkbar macht es sich in Form von Windpocken. Der Erreger verbleibt anschließend in den Nervenknäuten des Rückenmarks und kann auch viele Jahre später noch reaktiviert werden – die betroffene Person erkrankt dann an Gürtelrose. Jährlich betrifft dies in Deutschland 400.000 Personen, wobei die Gürtelrose gerne im Rumpfbereich, aber auch an Gesicht und Kopf auftritt. Hauptrisikofaktor sind das Alter und die damit verbundenen schwächeren Abwehrkräfte. Mehr als 95 Prozent der über 60-Jährigen tragen den Erreger in sich. Bei einem Drittel bricht die Erkrankung im Laufe des Lebens aus. Unter allen möglichen Spätfolgen der Gürtelrose ist die Post-Zoster-Neuralgie die häufigste: Bis zu 30 Prozent aller Gürtelrose-Betroffenen leiden daran.

Besonders wichtig ist die frühzeitige Schmerztherapie, um eine sogenannte Post-Zoster-Neuralgie (anhaltende starke Nervenschmerzen) nicht entstehen zu lassen. Das Problem: Besonders am Anfang zeigen sich Gürtelrose-Symptome eher unspezifisch, ähneln denen einer Erkältung oder Grippe (Fieber, Gliederschmerzen, allgemeines Unwohlsein). Erst nach einigen Tagen kommt es zu Hautausschlag, brennenden Schmerzen und Juckreiz. Somit kommt der Prävention in Form einer Impfung eine große Bedeutung zu. Die Ständige Impfkommision (STIKO) empfiehlt eine kostenlose Vorsorge-Impfung gegen Gürtelrose für alle Frauen und Männer ab 60 Jahren. Für Menschen, deren Immunsystem aufgrund einer Grunderkrankung geschwächt ist, wie zum Beispiel durch Asthma oder COPD, wird die Impfung bereits ab 50 Jahren empfohlen.

So schlägt das Varizella-Zoster-Virus zweimal zu



ratsam, sich umgehend neben der Therapie auch um die Durchführung der entsprechenden Impfungen zu kümmern.

Gibt es auch Impfungen, von denen Sie ab-raten? Impfungen geben Schutz vor unterschiedlichsten erregervermittelten Erkrankungen und haben einen erheblichen Anteil an der Volksgesundheit. Sie schützen nicht nur den Einzelnen vor Krankheiten, sondern tragen auch zur Herdenimmunität bei, indem sie die Ausbreitung von Krankheiten in der gesamten Bevölkerung verlangsamen oder stoppen. Wie wirksam solche Impfungen sind, haben wir vor Kurzem in der COVID-19-Pandemie gesehen. Aktuell stellen wir aufgrund der Impfungen kaum noch schwere Verläufe dieser Erkrankung fest. Dies zeigt, wie effektiv diese Maßnahmen sind. Daher sollten die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen unbedingt durchgeführt werden. □

KONZERN UND STANDORTE

Quelle: Medical Tribune Online vom 07.05.2024 (Internet-Publikation, Wiesbaden)

Visits: 252.540

AÄW: 47 €

Reichweite: 8.418

Autor: k.A.

In die Früherkennung kommt Bewegung

Auf politischen Druck der EU hin entstand eine ganze Reihe Initiativen, die sich den Möglichkeiten eines sinnvollen Prostatakrebsscreenings widmen. Auch wenn die Fragestellungen teils auseinanderklafften, das Ziel war klar: Screeningschäden eindämmen.

In 2022 erweiterte die EU-Kommission ihre Empfehlung zu **Krebsscreeningprogrammen** - mit dem Vorschlag, Mitgliedstaaten sollten die Machbarkeit und Effizienz eines Prostatakrebs(PCa)-Screenings evaluieren. Insofern hatten die entsprechenden Sessions einen laut Prof. Dr. Peter Albers vom Universitätsklinikum Düsseldorf "hochpolitischen" Charakter. Viele Staaten starteten bzw. intensivierten Testprogramme. Die Arbeiten innerhalb dieses "Europäischen Laboratoriums der Screeningexperimente", wie es Prof. Dr. Chris Bangma vom Erasmus Medical Centre in Rotterdam bezeichnete, wurden jetzt vorgestellt und diskutiert.

PROBASE: PSA allein

"Ab welchem Alter sollte das Screening beginnen, wie definieren wir niedriges Risiko, und wie oft sollten wir testen?", fasste Prof. Albers die Fragestellungen der deutschen risikoadaptierten Studie PROBASE zur PCa-Früherkennung zusammen. ¹ In der EAU-Richtlinie 2024 werde ein PSA-Wert von < 1,0 ng/ml mit 40 Jahren als Niedrigrisiko vorgeschlagen und ein **Screeningintervall** von acht Jahren, erklärte er.

Die Risikogruppen der PROBASE-Studie legte das Autor:innenteam in 2014 anhand zweier Publikationen fest, denen zufolge Level von < 1,5 ng/ml ein geringes **Risiko** für PCa-Erkrankungen vorhersagten. ² Die Forschenden erhoben PSA-Basiswerte bei jungen Männern mit 45 Jahren (früher Screeningarm) bzw. 50 Jahren (verzögerter Screeningarm). ³ Bei PSA-Werten < 1,5 ng/ml wurde der Test alle fünf Jahre wiederholt. Lag das Ergebnis zwischen 1,5 ng/ml und 2,99 ng/ml, verkürzte sich das Testintervall auf zwei Jahre. Ab einem Messwert von ≥ 3 ng/ml erhielten die Teilnehmer:innen ein MRT und eine Biopsie.

Im frühen Screeningarm wurden mit einem Anteil von 0,2 % sehr wenige aggressive PCa erkannt, erklärte Prof. Dr. Boris Hadaschik, Universitätsklinikum Essen. ³ Von mehr als 23.000 Untersuchten dieser frühen Gruppe hatten 0,8 % PSA-Werte ≥ 3 ng/ml vs. 2,3 % im verzögerten Screeningarm. Unter 48 detektierten PCa bei den 45-Jährigen befanden sich vier mit GGG ≥ 3. "Die Akzeptanz der Intervalluntersuchungen war gut", erklärte Prof. Hadaschik. "Digitale rektale Untersuchungen dagegen stellten sich als nutzlos heraus und schrecken die Patient:innen eher ab."

Prof. Albers wies besonders darauf hin, wie wichtig es sei, die Definition für Niedrigrisiko-PSA-Werte bei 45 Jahre jungen Männern von 1 ng/ml auf 1,5 ng/ml anzuheben. ¹ Das Anheben des Schwellenwertes erweitere den Anteil derjenigen, die als "gesund" eingestuft und erst in fünf Jahren wieder getestet werden, um beinahe 20 Prozentpunkte von 71 % auf 89 % der **Zielpopulation**. "Wir bewerten das als enormen Fortschritt in Bezug darauf, die Schäden des Screenings zu reduzieren", betonte Prof. Albers.

OPT: PSA + MRT

In 2020 initiierte Schweden ein nationales Programm namens "Organised Prostate cancer Testing" (OPT). Prof. Dr. Jonas Hugosson von der Universität Göteborg präsentierte erste Ergebnisse nach drei Jahren. ⁴ "OPT ist eigentlich kein Screeningprogramm - sondern es wurde ins Leben gerufen, um unkontrolliert hohen opportunistischen **Screeningaktivitäten** ein strukturiertes Vorgehen entgegenzusetzen, um das Wissen in dem Feld zu erhöhen und um die Zugangsbedingungen anzugleichen", merkte der Referent an.

Alle 50 Jahre alten Männer dreier Regionen, insgesamt mehr als 68.000, erhielten auf dem Postweg eine Einladung. Dem Schreiben lag ein Informationsblatt über die Vor- und Nachteile des **PSA-Screenings** bei. Männern mit erhöhten Messwerten ab 3 ng/ml wurde ein bi-parametrisches MRT angeboten. Die Beteiligung am PSA-Test betrug 35 %, erhöhte PSA-Level fanden sich bei 2,9 % (n

= 696) der Teilnehmer:innen. Als Indikationen für eine Biopsie galten der Befund von PI-RADS 1-3 mit einer PSA-Dichte $\geq 0,15$ ng/ml/cm³ oder PI-RADS 4-5. Von den Männern mit erhöhtem PSA erhielten 44 % (306) eine Indikation zur Biopsie, die 221 wahrnahmen. Das Ergebnis fiel zu 38 % gutartig aus, 20 % entsprachen einer Gleason-Graduierungsgruppe (GGG) 1 und 42 % GGG $\geq 2,4$.

Zwischen den drei Testregionen zeigten sich unerwartet hohe diagnostische Abweichungen, die den Bedarf an Standardisierung bei PSA-Test sowie MRT-Befund aufzeigten, erklärte Prof. Hugosson.⁴ Er sprach sich für die Strategie aus, PSA-Tests vor einer MRT-Analyse beizubehalten. Das spare Ressourcen und verhindere Überdiagnosen. Der optimale Grenzwert dafür bleibe aber noch unklar. Durch die **Kombination** aus MRT-Resultat und PSA-Dichte blieb in OPT mehr als der Hälfte derjenigen mit hohem PSA-Wert die Biopsie erspart, betonte er.

PSA + systematische vs. MRT-informierte Biopsie: Göteborg-2

In der schwedischen Studie, die bis 2021 rekrutierte, gehören 19.000 Männer der Kontrollgruppe an, erklärte Prof. Dr. Anna Lantz, Karolinska Institutet, Stockholm. Der dreiteilige Screeningarm umfasst mehr als 38.000 Teilnehmer im Alter von 50 bis 61 Jahren.⁶ In Arm 1 erhielten alle mit PSA ≥ 3 ng/ml zusätzlich zur MRT eine **systematische Biopsie** - ergänzt durch zielgerichtete Biopsien bei MRT-Befunden von PI-RADS 3-5. In den Versuchsarmen 2 und 3 erhielten Männer mit PSA ≥ 3 ng/ml und negativem MRT keine Biopsie, außer der PSA-Wert überschritt 10 ng/ml.

Die **Indikation** zur Biopsie war in Arm 2 und 3 gegenüber Arm 1 um mehr als das Doppelte verringert, erklärte Prof. Hugosson (6,8 % in Arm 1 vs. 2,8 % in Arm 2/3). Die Detektionsrate für klinisch unsignifikanten Krebs (Gleason-Score $\leq 3+3$) lag in Arm 1 bei 1,2 % vs. 0,6 %; klinisch bedeutsame pCA (Gleason $\geq 3+4$) wurden in Arm 1 bei 1,1 % der Teilnehmenden diagnostiziert vs. 0,9 % in den Armen 2/3. "Zehn signifikante Tumoren wurden in Arm 1 nur durch die systematischen Biopsien erkannt. Alle davon waren Gleason-Score 3+4", führte der Referent aus.

Die Frage sei, ob es sicher ist, die Diagnose für die **MRT-negativen Tumoren** so weit hinauszuzögern, bis sie in der Bildgebung sichtbar werden, und ob sie dann noch heilbar sind. Daten mit einer medianen Nachbeobachtung von vier Jahren wurden gerade ausgewertet und zur Publikation eingereicht, aber noch nicht vorgestellt.

ProScreen: PSA + Kallikrein-Panel + MRT

Am Tag der Veröffentlichung in JAMA stellte Prof. Dr. Anssi Auvinen von der Universität Tampere erstmals die Ergebnisse der ersten Screeningrunde der finnischen Studie ProScreen vor.⁷ Ihr primärer Endpunkt ist die **PCa-Mortalität** mit geplanten Analysen nach zehn und 15 Jahren. Das Screeningprotokoll besteht aus einem PSA-Test, ab Werten ≥ 3 ng/ml kam ein Vier-Kallikrein-Panel zum Einsatz. Erreichte dieses einen Score von mindestens 7,5 %, erhielten die Betroffenen ein mpMRT, ab PI-RADS-Befunden ≥ 3 eine Biopsie. Als Sicherheitsmaßnahme erhielten außerdem Männer mit PSA-Dichten ab 0,15 ng/ml/cm³ eine systematische Biopsie.

Von gut 15.000 Eingeladenen nahmen mit 7.744 mehr als die Hälfte am Screening teil. Hohe PSA-Werte hatten knapp 10 % der Untersuchten (752); bei 72 % davon (526) überschritt auch der Kallikrein-Test den **Schwellenwert**. PI-RADS-Scores 3-5 wurden bei 211 (41 %) detektiert. Letztlich erhielten mit 209 Männern 2,7 % der Teilnehmer:innen eine Biopsie; es erfolgten 22 GG-1-Befunde und 113 GG-2-5-Befunde.

Unter den knapp 7.500 Männern im **Screeningarm**, die nicht teilgenommen hatten, wurden Registerdaten zufolge sieben GG 1 und 44 GG 2-5 diagnostiziert. In der Kontrollgruppe, die gut 45.500 Männer umfasste, waren es nach medianem Follow-up von 3,4 Jahren 65 GG-1- und 282 GG-2-5-Fälle.

Dass deutlich mehr hochgradige als niedriggradige Läsionen gefunden wurden, bewertete Prof. Auvinen als ermutigendes Signal. "Unter der Annahme, dass hochgradige Befunde die Vorteile und niedriggradige Befunde in Form von **Überdiagnosen** die Nachteile des Screenings repräsentieren, sprechen die Ergebnisse dafür, dass eine deutlich bessere Balance erreicht wurde als beim reinen PSA-Screening", erklärte er.

Im Vergleich zur Göteborg-2-Studie betragen die jeweiligen Anteile 1,6 % (ProScreen) vs. 0,9 % für hochgradige Diagnosen und 0,4 % vs. 0,6 % für niedriggradige Ergebnisse. Die zweite und dritte Screeningrunde sind angelaufen, im Folgenden wollen die Wissenschaftler:innen u.a. die Grenzwerte für Kallikrein und PI-RADS evaluieren sowie QoL und **Kosteneffektivität**.

PRAISE-U: Strategie für Europa

Als direkte Auswirkung der politischen Entscheidung, die PCa-Früherkennung in der EU auszuloten, ist das Projekt PRAISE-U entstanden. Es wird von der EAU und deren Politikabteilung koordiniert. Prof. Dr. Monique Roobol vom Erasmus Medical Centre in Rotterdam stellte die Initiative vor.⁸ Ein EAU-Konsortium entwickelte eine Art Richtlinie für ein **risikoadaptiertes Screening**, das den

jeweiligen Ländern Möglichkeiten offenhält, die Strategie an die Gegebenheiten anzupassen. Aus vergangenen Projekten habe man gelernt: Ein „One size fits all“-Ansatz habe den Nachteil, dass zu viel unnötige Diagnostik gemacht wird. Der Grundsatz lautet jetzt: „Je diverser, umso besser – aber mit angemessener Qualitätskontrolle.“

Am Anfang des EAU-Algorithmus steht die informierte Entscheidungsfindung. Anschließend bestimmt der PSA-Wert das Screeningintervall. Für die Altersgruppe von 50 bis 59 Jahren wurde folgende Empfehlung formuliert: Weniger als 1 ng/ml: alle fünf Jahre screenen; 1–3 ng/ml: alle zwei Jahre; ab 3 ng/ml folgt eine Risikostratifikation. Für die Altersgruppe 60 bis 70 Jahre soll bis 1 ng/ml die PSA-Testung eingestellt und für 1–3 ng/ml der Test alle 2–4 Jahre wiederholt werden. Als Möglichkeiten der **Risikostratifikation** zählte die Referentin Alter, PSA, Biomarker und das Prostatavolumen auf. Nur wenn die Stratifikation ein mittleres bis hohes Risiko ergibt, soll eine MRT erfolgen. In der Empfehlung schließt sich eine weitere Risikoabstufung an, entweder nur anhand der PI-RADS-Klassifikation oder mit einer zusätzlichen Methode. „Wichtig ist vor allem: Wer jeweils nicht in die Risikogruppe fällt, verbleibt in der Screeninggruppe. Wir wollen diese Menschen nicht zu Patient:innen machen“, so Prof. Roobol.

Das **PRAISE-U-Projekt** ist auf drei Jahre angelegt. Im ersten Jahr wurden die jeweiligen Bedürfnisse aller 27 EU-Länder ermittelt. Für Jahr zwei sind im April fünf regional angepasste Pilot-Projekte gestartet, in 18 Monaten sollen die Daten vorliegen. Die Forschenden untersuchen darin u.a. Machbarkeit, Adhärenz, Testleistung und psychosoziale Parameter. Zwei der fünf Testregionen liegen in Spanien, die anderen in Litauen, Polen und Irland.

Schon bei der Erhebung der PSA-Daten wird es große Unterschiede geben – der Test erfolgt in unterschiedlichen Einrichtungen, in Irland wird er zu Hause durchgeführt. Für die erste und zweite Risikostratifikation soll in der Regel der **ERSPC*-Risikorechner** herangezogen werden, in einer Region stattdessen jeweils die PSA-Dichte. Die MRT- und Biopsietechniken entsprechen dem, was für die jeweilige Region machbar ist.

Aufgrund der verstärkten Kooperation rechnet die Referentin außerdem damit, dass mehr **EU-Länder** im Rahmen des EUCanScreen-Projektes Daten und Erfahrungen teilen und austauschen werden. Insgesamt werden bald sehr viel mehr Real-World-Daten aus mehr Ländern zum risikoangepassten PCa-Screening vorliegen, sodass man tatsächlich auf ein Screening in Europa hinarbeiten kann, schloss Prof. Roobol.

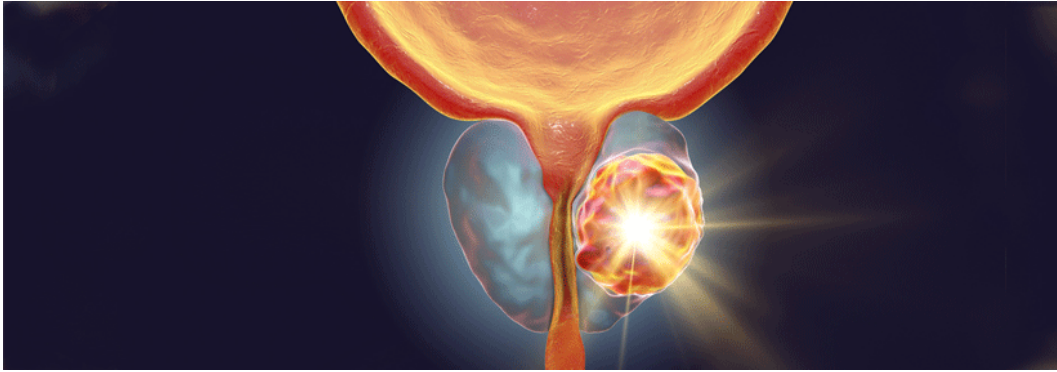
* ERSPC: European Randomized study of Screening for Prostate Cancer

Quellen:

1. Albers P. EAU24; Game Changing Session : „Guideline changes in screening and diagnosis for prostate cancer?“
2. Lane JA et al. BMJ 2007; Vickers A et al. BMJ 2013
3. Hadaschik BA; EAU24; Plenary Session: „Risk-adapted screening and treatment of screen-detected prostate cancer“
4. Hugosson J. EAU24; Plenary Session: „Risk-adapted screening and treatment of screen-detected prostate cancer“
5. Lantz A. EAU24; Abstract A0659; Abstract session 32: „Prostate cancer screening at its best“
6. Hugosson J. EAU24; Plenary Session: „Risk-adapted screening and treatment of screen-detected prostate cancer“
7. Auvinen AP. EAU24; Game Changing Session: „Guideline changes in screening and diagnosis for prostate cancer?“
8. Roobol MJ. EAU24; Plenary Session: „Risk-adapted screening and treatment of screen-detected prostate cancer“

06.05.2024

Mehr zum Thema

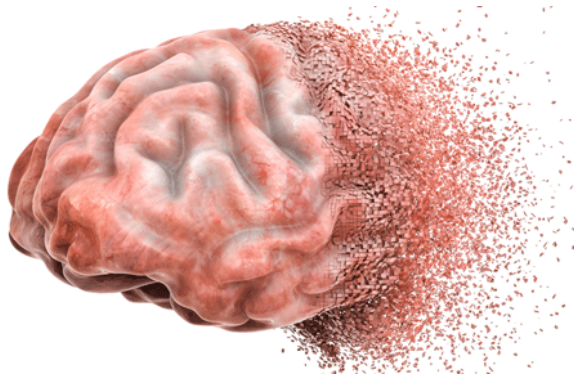


Prostatakarzinom: Nach fokussierter Ultraschalltherapie bleiben die meisten Patienten rezidivfrei und kontinent

Viele Patienten mit nicht-metastasiertem Prostatakarzinom setzen ihre Hoffnungen in eine Lokaltherapie. Zu Recht – Prognose und Verträglichkeit...

mehr

Onkologie und Hämatologie , Urologie

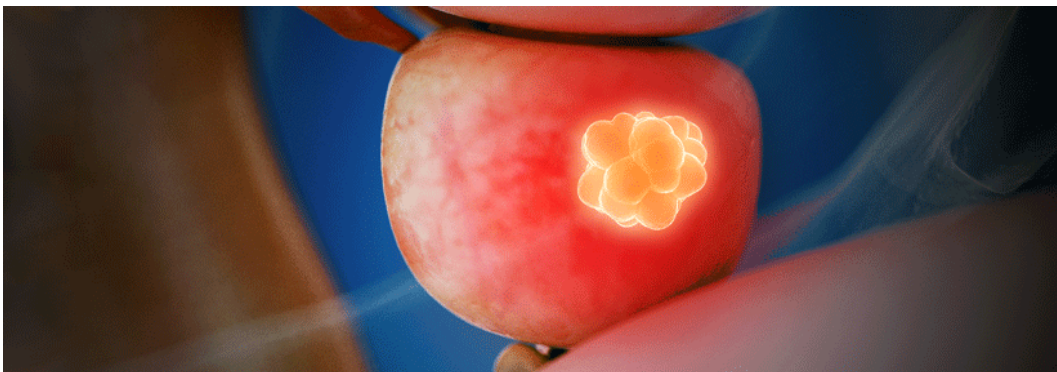


Antihormontherapie bei Prostatakrebs erhöht das Demenzrisiko

Die Androgendeprivationstherapie soll sich negativ auf die kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten auswirken. Das kann die Entstehung von Demenzen...

mehr

Onkologie und Hämatologie , Psychiatrie



Auch beim Prostatakrebs klappt die PARP-Inhibition

Fortgeschrittene Prostatakarzinome weisen häufig Mutationen in DNA-Reparaturgenen auf. Ergebnisse einer prospektiven Phase-2-Studie validierten nun...

mehr

Onkologie und Hämatologie , Urologie



Bei welchen Patienten die Prostata bestrahlen?

Ob Patienten mit neu diagnostiziertem metastasiertem Prostatakarzinom zusätzlich zur Androgen-deprivationstherapie eine Bestrahlung erhalten sollten,...

mehr

Onkologie und Hämatologie

Zum Originalbeitrag

<https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/in-die-frueherkennung-kommt-bewegung>

KONZERN UND STANDORTE

Quelle: Landshuter Zeitung vom 07.05.2024, S.40 (Tageszeitung / täglich außer Sonntag, Landshut)

Auflage: Σ 120.212

Reichweite: Σ 260.859

Autor: Christoph Aschenbrenner

„Wir haben alle Weichmacher in unserem Blut“

Männer aufgepasst: Wer zu viele Schadstoffe aufnimmt, kann seiner Fruchtbarkeit dauerhaft schaden

Von Christoph Aschenbrenner

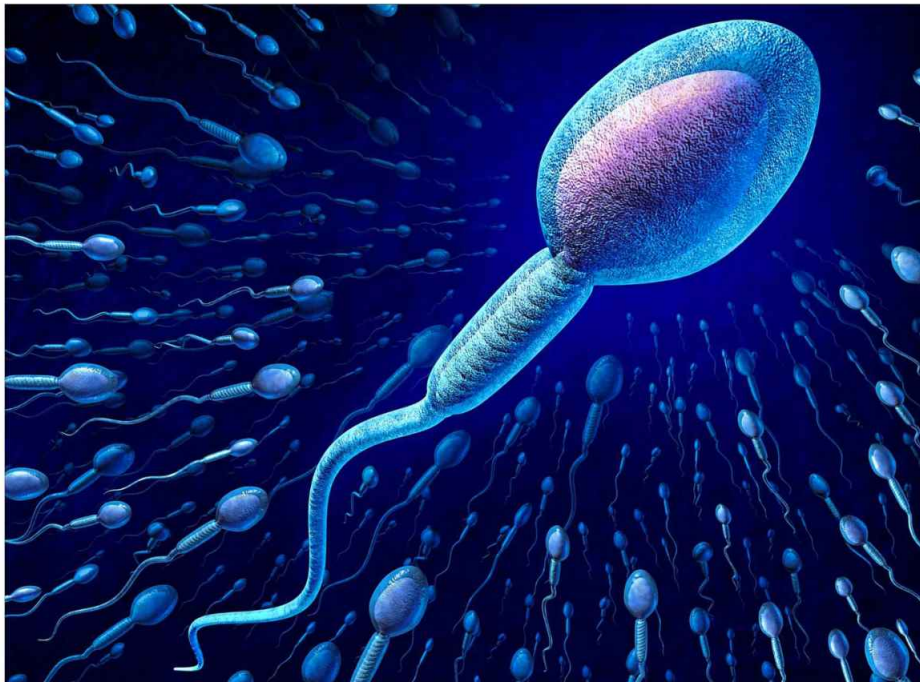
Dass die Samenqualität nachlässt, hört Mann nicht gerne. Dabei ist dieser Befund kein Einzelschicksal. Die Spermienzahl und -konzentration pro Milliliter Samenflüssigkeit haben in den vergangenen Jahrzehnten weltweit abgenommen. Das bescheinigt eine israelische Studie aus dem Jahr 2022. Männer aus Europa, Nordamerika und Australien sind am stärksten betroffen.

Eine Gefahr sind spezielle Weichmacher, etwa die sogenannten Phthalate, die zum Beispiel in Lebensmittelverpackungen vorkommen. Nehmen wir zu viele von ihnen auf, kann das neuesten Forschungen zufolge unmittelbare Folgen auf Spermien haben: Sie werden vorübergehend unbeweglicher.

Im Rennen zur Eizelle entscheidet Beweglichkeit

Viele Weichmacher gehören zur Gruppe der endokrinen Disruptoren, also chemische Stoffe, die das Hormonsystem des Menschen beeinflussen können. Auch Bisphenol A zählt zu dieser Gruppe – eine Industriechemikalie, die sich in Trinkbechern, Plastikgeschirr oder der Innenbeschichtung von Konservendosen findet. Dass diese Stoffe eine negative Wirkung auf die Spermienproduktion haben können, wird in der Wissenschaft schon lange diskutiert, was auch dem Forschungsteam um Prof. Timo Strünker bekannt ist. Er leitet eine Arbeitsgruppe am Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie an der Universität Münster. „Der konkrete Nachweis, dass die Aufnahme von Weichmachern in den Körper das Schwimmverhalten der Spermien verändert, ist neu“, sagt er in Bezug auf das Experiment der Universitätsmedizin Essen.

Die Kollegen untersuchten Probanden, die regelmäßig Thrombozyten spenden. Weil das Blut dabei bis zu zwei Stunden durch Plastikschläuche geleitet wird, gelangen auch große Mengen an Phthalaten ins Blut. Anschließend Analysen ihrer Spermienproben ergaben, dass die Frequenz der Spermien-schwanzschläge daraufhin abgenommen hatte.



Eine aktuelle Studie kommt zu dem Schluss, dass Weichmacher die Beweglichkeit von Spermien vorübergehend beeinträchtigen können. Langfristig stellen solche Umweltgifte in großen Mengen eine Belastung dar. Foto: ccvision

Vor jeder Befruchtung findet ein Wettrennen zur Eizelle statt. Das setzt viele, gut bewegliche Spermien voraus, die auf dem Weg durch den weiblichen Geschlechtsstrakt auch auf Botenstoffe reagieren müssen. „Wenn Substanzen die Beweglichkeit der Spermien einschränken, kann das die Fruchtbarkeit beeinträchtigen“, sagt Strünker.

Die Mischung macht's: Wie sich Gifte verstärken

Es ist ein „Cocktail“ an Umweltgiften, den wir regelmäßig aufnehmen. Das Gefährliche: „Die Wirkungen einzelner Chemikalien summiert sich nicht nur, sondern sie können sich gegenseitig verstärken“, sagt Strünker. Da reicht es, sich mit Sonnencreme einzureiben – und schon sind chemische UV-Filter im Blut. Auch manche Berufsgruppen sind höheren Konzentrationen an Weichmachern ausgesetzt, wenn

sie etwa mit PVC-Bodenbelägen, Kunstlederbezügen oder Kabelisolationen in Berührung kommen. Überall dort sind Phthalate in großen Mengen vorhanden.

Sorgen um die menschliche Spezies will sich der Professor keine machen. „Wir vermehren uns immer noch ziemlich gut.“ Und auch die Studie aus Essen kommt zu einem erfreulichen Ergebnis: Eine Woche nach der Untersuchung zeigten sich die untersuchten Spermien agil wie zuvor, die zusätzlich aufgenommenen Weichmacher waren abgebaut und vom Körper ausgeschieden.

Wir sind im Alltag von Weichmachern umgeben

Doch für Strünker steht fest: „Wir haben alle Weichmacher in unserem Blut.“ Es sei nahezu unmöglich, gefährdenden Umweltfaktoren komplett zu entkommen, vor

allem in unserer industrialisierten Welt. Ob Weichmacher, Pestizide oder Schwermetalle – wir sind ihnen zwangsläufig ausgesetzt.

Es gebe zwar keine eindeutigen Belege, dass solche Stoffe allein die Fruchtbarkeit von Männern herabsetzen. Auch brauche es davon permanent eine hohe Menge, die wir zuführen. „Zuträglich ist die dauerhafte Belastung aber sicher nicht“, sagt Strünker.

Handys und Hormone – zwei weitere Gefahren?

Wer befürchtet, dass auch Hormone im Trinkwasser oder die Handystrahlung langfristig der Fruchtbarkeit schaden, den beruhigt Strünker: „Man kann es nicht gänzlich ausschließen, aber es gibt auch keinen Nachweis dafür.“

Dennoch gibt es hormonelle Rückstände, die selbst eine Kläranlage nicht vollständig herausfiltern



Prof. Timo Strünker forscht am Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie in Münster. Foto: Strünker

kann. Die Mengen dieser Hormon-Moleküle bewegen sich pro Liter gefiltertem Wasser im Nanogramm-Bereich. Doch schon in geringer Konzentration sind Hormone als chemische Botenstoffe hoch wirksam; einen festgelegten Grenzwert im Trinkwasser gibt es nicht. Beim Handy kommt das Bundesamt für Strahlenschutz zu dem Schluss, dass „sich aus den sehr variablen Daten kein Nachweis für eine gesundheitsrelevante schädliche Wirkung elektromagnetischer Felder auf Spermien herleiten“ lässt.

Ein gesunder Lebensstil freut auch das Sperma

Und was kann Mann tun, um sich seine Chance auf Fortpflanzung erfolgreich zu wahren? „Alles, was meiner Gesundheit schadet, schadet auch der Spermaqualität“, sagt Strünker. Wie so oft liegt es am individuellen Lebensstil, der mitentscheidet. Schlechte Ernährung, Alkoholkonsum, übermäßiger Stress und Rauchen – all diese Faktoren können sich negativ auf die Beschaffenheit des Samens auswirken. Wer beim Einkaufen auf Lebensmittel in Verpackungen mit Weichmachern verzichtet, kann deren Aufnahme zumindest reduzieren.

Letztendlich entscheidet für Strünker die Kombination aus mehreren Faktoren, wie stark der Chemie-Cocktail im Blut tatsächlich wird. Kommt dann noch eine von Haus aus geringe Samenqualität hinzu, könnte dieser die Sache womöglich noch verschlechtern.

Alle weiteren Quellen: Allgemeine Laber-Zeitung • Bogener Zeitung • Chamer Zeitung, Further Chronik (Ost) • Dingolfinger Anzeiger • Donau-Anzeiger • Donau-Post • Hallertauer Zeitung • Kötztlinger Zeitung • Landauer Zeitung • Landshuter Zeitung, Rottenburger Anzeiger • Moosburger Zeitung • Plattlinger Anzeiger • Regensburger Zeitung • Straubinger Tagblatt • Viechtacher Anzeiger • Vilsbiburger Zeitung
zum Anfang dieses Artikels zum Inhaltsverzeichnis

KONZERN UND STANDORTE

Quelle: VBIO vom 07.05.2024 (Internet-Publikation, München)

Visits: 25.254

Reichweite: 841

Autor: k.A.

VBIO-Dialogforum: Wissenschaftliche Tierversuche - notwendig oder entbehrlich?

Der VBIO lädt am 26. Juni 2024 von 17:00 bis 19:00 Uhr erneut zu einem Dialogforum. Im Mittelpunkt der online-Veranstaltung steht das Thema Wissenschaftliche Tierversuche. Wozu braucht es sie? Was verbirgt sich hinter dem 3R-Ansatz? Was leisten Alternativmethoden - was nicht? Welche ethischen Fragen stellen sich dabei? Das VBIO-Dialogforum bietet Gelegenheit, das Thema aus Sicht der Forschung einerseits und der Bioethik andererseits zu betrachten und darüber in den Dialog kommen.

Es wurde (und wird!) vieles getan, um wissenschaftliche Tierversuche zu ersetzen, zu verfeinern und zu reduzieren (3R-Prinzip). Trotzdem sind Tierversuche in vielen Bereichen der biologischen und biomedizinischen Forschung derzeit nicht ersetzbar - dies zumindest ist die Einschätzung des VBIO und seiner in diesem Bereich tätigen Mitgliedsgesellschaften, die in einem Positionspapier detailliert dargestellt wird.

Aber auch die von Seiten der Bioethik vorgebrachten Überlegungen haben ihre Berechtigung. Darf man Tieren Leid zufügen um medizinische Erkenntnisse zu gewinnen, die dem Menschen nutzen? Und was ist mit Tierversuchen, die der Entwicklung veterinärmedizinischer Therapien dienen?

Beim VBIO-Dialogforum am 26. Juni 2024, von 17:00 bis 19:00 Uhr geben ein Physiologe und eine Philosophin Impulsvorträge und kommen anschließend ins Gespräch.

Die Dialogpartner:

Prof. Dr. Thomas Korff ist Herz-Kreislauf-Physiologe an der Universität Heidelberg. Seine Forschungsschwerpunkte sind Mechanismen zur Kontrolle der Stressantwort vaskulärer Zellen und dadurch bedingte strukturelle Veränderungen in den Blutbahnen. Zur Reduktion von Tierversuchen hat er vaskuläre Organoide als Ersatzmethode entwickelt.

Prof. Dr. h.c. Ursula Wolf ist Seniorprofessorin für Philosophie an der Universität Mannheim. Ihre Forschungsinteressen sind die Philosophie der Antike sowie die praktische Philosophie mit den Schwerpunkten Handlungstheorie, Theorie des guten Lebens, Moraltheorie und Tierethik.

Moderiert wird das Gespräch von Prof. Dr. Gero Hilken

Hilken ist Zoologe an der Universität Duisburg-Essen und Leiter und Tierschutzbeauftragter des Zentralen Tierlaboratoriums am Uniklinikum Essen. In seiner Forschung beschäftigt er sich mit versuchstierkundlichen Fragestellungen und der Phylogenie von Arthropoden.

Die Veranstaltung findet über ZOOM statt und ist kostenlos.

Eine vorherige Anmeldung ist erforderlich.

(VBIO)

Zum Originalbeitrag

<https://www.vbio.de/aktuelles/details/vbio/vbio-dialogforum-wissenschaftliche-tierversuche-notwendig-oder-entbehrlich>

KONZERN UND STANDORTE

Quelle: Report 24 vom 07.05.2024 (Internet-Publikation, Ansfelden)

Visits: 2.651.670

AÄW: 3.978 €

Reichweite: 88.389

Artikel Report24 Pressespiegel 6. Mai

Im Pressespiegel war gestern die Meldung einer Internetplattform enthalten, aus der die Aussage hervorging, dass im gemeinsamen Labor der UME und der Universität Wuhan bis März 2020 Coronavirus-Experimente durchgeführt wurden. **Das ist nachweislich falsch.** Die Zusammenarbeit mit den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in Wuhan zu Coronaviren hat erst nach den ersten COVID-19-Fällen begonnen.

KONZERN UND STANDORTE

Quelle: Bild, Westfalen Nr. 105/2024 vom 06.05.2024, S.4 (Tageszeitung / täglich außer Sonntag, Essen)

Auflage: Σ 419.763

Reichweite: Σ 994.838

SEITE 4 • BILD DEUTSCHLAND • 6. MAI 2024 •

Kärsten-Hoenig gestern bei „Exklusiv-Weekend“ (RTL). Sie: „Heinz kämpft, er kämpft für uns.“



Hoenigs Frau total verzweifelt:



Heinz Hoenig liegt seit vergangener Woche in einer Klinik in Berlin. Durch eine bakterielle Entzündung wurde ein Stent beschädigt. Der wurde in einer OP ausgetauscht. Doch auch die Aorta ist betroffen – wie auch die Speiseröhre

Heinz Hoenig braucht eine neue Aorta!

Der TV-Star benötigt eine neue Aorta! So berichtete gestern BILD am SONNTAG

Mein Heinz will leben!



Til Schweiger (r.) und Heinz Hoenig drehten und feierten schon in den Neunzigerjahren zusammen

Til Schweiger SPENDET 20 000 Euro für OP

Berlin – Seine Freunde lassen ihn nicht im Stich. Während Heinz Hoenig im Krankenhaus um sein Leben kämpft, hat Star-Komponist Ralph Siegel (78) mit seiner „Siegelring“-Agentur im Internet eine Spenden-Seite für den Schauspieler ins Leben gerufen (Stand gestern Abend: 54 000 Euro). Der Grund: Hoenig ist nicht krankenversichert, muss alles aus eigener Tasche zahlen. Doch das Geld hat er nicht. Siegel zu BILD: „Ich habe selbst einen starken Betrag gespendet. Wir hoffen, dass sich uns andere Menschen anschließen werden. Es ist schon unglaublich, wie teuer eine Operation heute ist.“

Auch Kino-Star Til Schweiger (60) will angeblich eine Summe von 20 000 Euro spenden. Er zu BILD: „Ja, das stimmt. Ich habe Samstagabend erst gehört, dass Heinz so krank ist.“

Auch TV-Nachrichtensprecher Jan Hofer überwiegt Geld für Hoenigs Familie

Zustand immer schlimmer +++ Erst Aorta kaputt, jetzt Speiseröhre löchrig +++ Klinik wollte 90 000 Euro für Not-OP

Von TANJA MAY und EILEEN PRIMUS

Berlin – Das Drama um den kranken Film-Star ist noch viel schlimmer. Schauspieler Heinz Hoenig (72, „Das Boot“) kämpft auf der Intensivstation eines Berliner Krankenhauses um sein Leben. Das Herz! Nach einer Stent-OP muss jetzt die komplette Aorta ausgetauscht werden (BILD berichtet).

Untersuchungen haben jetzt eine weitere schreckliche Diagnose ans Licht gebracht: Hoenig hat ein Loch in der Speiseröhre.

Ein weiterer Schock für Ehefrau Anika Kärsten-Hoenig (39): Das Loch ist lebensbedrohlich! Durch die Öffnung können Bakterien in den Zwischenraum gelangen. Dieser grenzt direkt an das Herz, die Lunge und große Gefäße wie die Aorta an. Hoenig droht dadurch eine am Ende tödliche Blutvergiftung.

Hinter Kärsten-Hoenig liegen bereits schwere Tage. Als sich der Gesundheitszustand ihres Mannes verschlechterte, suchte sie verzweifelt eine Klinik für die Aorta-OP.

dem Hoenig selbst zustimmen muss. Deswegen werden die Ärzte ihn aus dem künstlichen

Heinz ist aber nicht krankenversichert. Sie zu BILD: „Bei einer Klinik sagte man

das Ehepaar im November 2022 mit den zwei gemeinsamen Söhnen Julian (3, r.) und Janni (l.)

mär dann am Telefon: „Wenn Sie bis übermorgen 90 000 Euro auf den Tisch packen, dann nehmen wir Ihren Mann auf. Ansonsten nicht.“ Und jetzt? „Die Speiseröhre muss komplett entfernt werden“, so Kärsten-Hoenig zu RTL. Es ist ein komplizierter und gefährlicher Eingriff (siehe Kasten rechts),

Koma holen. Der „Boot“-Mime ist laut Kärsten-Hoenig ansprechbar. Anika Kärsten-Hoenig besucht ihren Mann täglich, darf aber nur von 15 bis 19 Uhr an sein Krankenbett. Im RTL-Interview sagt sie: „Er hat auch reagiert. Ich hab’ ihm immer wieder gesagt: ‚Hey Schatz, ich liebe dich, wir sind für

dich da, wir schaffen das. Wir sind so stark.‘ Ich hab’ ihm auch gestern gesagt, dass ich so unglaublich stolz auf ihn bin, weil er so stark ist und für uns kämpft und kämpft, wirklich.“

Die Operation ist eine Entscheidung um Leben und Tod. Wenn der Eingriff nicht stattfindet, wird sich Hoenig davon nicht erholen.

Sollte eine durchführbar sein oder sich Hoenig gegen den Eingriff entscheiden, wird Anika ihren

„Heinzi“ für sein letztes Leben nach Hause holen.

Operation nicht

essen und trinken. Es kann jedoch zu Schluckbeschwerden und Sodbrennen kommen. Es gibt gefährliche OP-Komplikationen wie eine Mediastinitis (Entzündung der Brusthöhle) – mit einer Sterberate von bis zu 50 Prozent. Eine schnelle Behandlung ist entscheidend.

SO RETTEN ÄRZTE DIE HAUPTSCHLAGADER

Die Hauptschlagader (Aorta) ist die Blut-Autobahn des Körpers. Durchmesser einer gesunden Aorta: 2,5 bis 3 cm. Ab 5 cm (etwa durch Bluthochdruck, Rauchen) besteht Reiß-Gefahr.

Wie läuft eine OP?

Ist eine Aorta entzündet oder erweitert, entfernt man Gefäßwunden das geschädigte Gewebe, ersetzen es. Für eine OP im oberen Teil öffnet man den Brustkorb, im unteren den Bauch. Prof. Timenah Rassaf, Direktor der Klinik für Kardiologie und Angiologie am Westdeutschen Herz- und Gefäßzentrum der Universitätsmedizin Essen: „Es gibt Prothesen für jeden Abschnitt und in verschiedenen Größen.“ Sie bestehen z. B. oft aus Gore-Tex (flexibler Kunststoff), Dacron oder Nitinol.

Das Risiko? Prof. Rassaf: „Schon kleine Operationen an der Aorta gelten als

Hochrisikoeingriffe.“ Denn: In jedem Bereich der Hauptschlagader gehen wichtige Gefäße ab, die das Gehirn, Organe oder das Rückenmark versorgen.“

Dauer des Eingriffs? Oft viele Stunden. Es braucht u.U. wechselnde OP-Teams, eine Intensivbetreuung, teure Technik wie die Herz-Lungenmaschine, da das Herz stillstehen muss.“

Jana Quast

Was ist eine künstliche Aorta?

Eine Aorten-Prothese kann Teile unserer Hauptschlagader ersetzen. Deren Aufgabe ist es, sauerstoffreiches Blut in den Körper zu transportieren

Ersatz verschiedener Aorta-Abschnitte

Wenn die Hauptschlagader krankhaft erweitert oder entzündet ist, droht ein lebensbedrohlicher Riss. Der rechtzeitige Ersatz des Abschnitts durch eine Prothese (ein künstliches Gefäßrohr) kann Leben retten

Kunststoff-Erweiterung der Aorta, hier des aufsteigenden Abschnitts

Rohrprothese im aufsteigenden ersten Abschnitt der Aorta

Ersatz des aufsteigenden Aorta und des Aortenbogens

Ersatz der Brust-Aorta

Ersatz der Bauchschlagader

Nach der OP wird aus dem Magen eine neue Speiseröhre geformt

Ein Loch in der Speiseröhre muss operiert werden. Größere Entzündungen wie bei Hoenig erfordern eine radikale Entfernung der Speiseröhre. In den meisten Fällen wird bei der OP dann der Magen zu einem Schlauch geformt, hochgezogen und zu einer neuen Speiseröhre umfunktioniert. Die Betroffenen werden zunächst künstlich ernährt. Später können sie nach einer speziellen Ernährungs-umstellung wieder selbst

Alle weiteren Quellen: [Bild, Berlin-Brandenburg](#) • [Bild, Hamburg und der Norden](#) • [Bild, Hannover](#) • [Bild, Mecklenburg-Vorpommern](#) • [Bild, München](#) • [Bild, Nürnberg](#) • [Bild, RO Ruhrgebiet](#) • [Bild, RW Ruhrgebiet](#) • [Bild, Saarland](#) • [Bild, Sachsen-Anhalt](#) • [Bild, Stuttgart](#) • [Bild, Thüringen](#)

[zum Anfang dieses Artikels](#)

[zum Inhaltsverzeichnis](#)

KONZERN UND STANDORTE

Quelle: RTL Punkt 12 Das RTL Mittagsjournal vom 06.05.2024 (TV-Sendung)

Reichweite: 1.473.760

Sendungsbeginn:
12:00:00

Sendungslänge: 03:00:00

Beitragsstart:
14:07:26

Beitragslänge:
00:07:08

RTL Punkt 12 Das RTL Mittagsjournal

Suchbegriff: Universitätsklinik Essen



GESUNDHEITSPOLITIK UND DIGITALISIERUNG

Quelle: Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 106/2024 vom 07.05.2024, S.15 (Tageszeitung / täglich außer Sonntag, Frankfurt am Main)

Auflage: 185.662

Reichweite: 822.887

Autor: Christian Geinitz

Der Ärztetag braucht neuen Mut

Der Deutsche Ärztetag, der bis Freitag in Mainz zusammentritt, sollte dort schon vor zwei Jahren stattfinden. Doch zum ersten Mal seit der Wiederaufnahme der Traditionstagung nach dem Zweiten Weltkrieg fiel sie aus; wegen der Corona-Pandemie. Bezeichnenderweise war es dann eine Innovation aus der rheinland-pfälzischen Hauptstadt, die Schlimmeres verhütete. Das Unternehmen Biontech brachte einen Impfstoff auf den Markt, rettete unzählige Menschen und führte zu einem kleinen Wirtschaftsaufschwung in der Heimat.

Das Tempo und den Erfolg solcher umstürzlerischer Entwicklungen wünscht man auch den Reformbemühungen im Gesundheitswesen. Leider jedoch mahlen die Mühlen dort langsam, auch unter der aktuellen Bundesregierung. Obgleich Ressortchef Karl Lauterbach seine Anstrengungen im Krankenhauswesen als "Revolution" verkauft, verläuft die Veränderung doch ähnlich halbherzig wie die meisten deutschen Revolutionen. Wenn Lauterbach seine Vorlagen nicht bis zum Jahresende durchs Parlament bringt, dürften sie im Wahlkampfsjahr 2025 untergehen.

Die Klinikreform und ein erstes Versorgungsgesetz hatte der SPD-Politiker schon für Ende 2023 angekündigt, den Umbau der Notfallversorgung für dieses Jahr. Auch eine neue Approbationsordnung stand angeblich kurz vor dem Abschluss. Verwirklicht wurde bisher keines dieser Vorhaben, auch die langfristige Stabilisierung der Krankenkassenfinanzen nicht. Immerhin liegen jetzt zwei Entwürfe vor, die als Eckpfeiler von Lauterbachs Versuch gelten können, die Patientenbetreuung auf neue Füße zu stellen.

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz soll Struktur und Finanzierung des stationären Angebots zum Positiven drehen, das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) hat Ähnliches ambulant vor.

Beide Ansätze stoßen auf Widerstand und dürften auch die Diskussionen auf dem "Ärzteparlament" in Mainz dominieren. Die nach dem Protest bereits erfolgten Abstriche am GVSG sind besonders augenscheinlich. Der auch als Ambulanz- oder Hausärztegesetz bekannte Entwurf ist nur noch ein Schatten seiner selbst. Ursprünglich hatte Lauterbach Gesundheitskioske als erste Anlaufstellen in strukturschwachen Regionen und Brennpunkten geplant. Nach Intervention der FDP verzichtete er darauf. Zum Glück, denn die neuen Einrichtungen hätten viel Geld gekostet und wenig gebracht. Sie waren eher linker Sozial- als vorausschauender Gesundheitspolitik entsprungen.

Schlimmer wiegt, dass Lauterbach auch beim Streichen der Erstattung homöopathischer Leistungen durch einige Krankenkassen einknickte. Diese Beitragsverschwendung zu beenden wäre überfällig, auch in der Kinderheilkunde. Nach wie vor beklagt der Minister, dass jedes Jahr Tausende Hausärzte fehlten. Aber die Aufstockung der Medizinstudienplätze um 5000 im Jahr fiel ebenfalls aus dem Entwurf, weil sich die Kassen weigerten, die Kosten mitzutragen. Richtig wäre gewesen, den Aufwand zum Teil den jungen Leuten selbst aufzuerlegen, über Studiengebühren, flankiert von Krediten, wie es andernorts gut funktioniert.

Die Abläufe in den Praxen zu straffen, die Wartezimmer zu leeren und mehr Zeit am Patienten zu ermögli-

chen ist richtig: mit mehr Digitalisierung und weniger Bürokratie und auch über den Verzicht auf die rein abrechnungstechnisch gebotene Quartalsvorstellung gut eingestellter Chroniker. Die Hausärzte zu stärken weist in die richtige Richtung. Die (freiwillige) hausarztzentrierte Versorgung bedeutete ja nicht, Fachärzte einzuschränken oder die freie Arztwahl auszuhebeln, sondern den Wildwuchs zu begrenzen. Die Budgets abzuschaufen muss vorsichtig geschehen, um Fehlanreize zu vermeiden. Man könnte darüber nachdenken, wie in der Privatliquidation, Rechnungen an Patienten auszuhändigen, diese an bestimmten Kosten zu beteiligen, Beitragsrückzahlung bei Leistungsverzicht einzuführen oder nach Einkommen gestaffelte Zusatzversicherungen anzubieten. Das würde die übermäßige Inanspruchnahme und Abrechnung schnell verringern.

Natürlich gäbe es dagegen lautes Geschrei. Aber ohne Effizienzsteigerung ist das System nicht mehr lange tragfähig. Geld und Personal sind da: Deutschland gibt je Kopf mehr aus als vergleichbare Länder und leistet sich auch mehr Beschäftigte – ohne dass die Betreuung besser wäre. Die üppigen Einnahmen wirksamer einzusetzen wäre eine echte Revolution. Dafür braucht es Mut, wie bei jeder Umwälzung. Es steht zu wünschen, dass die Mediziner diesen aufbringen. Darüber sollten sie auf dem Ärztetag in Mainz einmal sprechen.

Das Gesundheitssystem muss mit gleichem Geld mehr leisten. Die Ärzte sollten Ideen entwickeln.

GESUNDHEITSPOLITIK UND DIGITALISIERUNG

Quelle: Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 106/2024 vom 07.05.2024, S.17 (Tageszeitung / täglich außer Sonntag, Frankfurt am Main)

Auflage: 185.662

Reichweite: 822.887

Autor: itz. Mainz.

Qualitätskontrolle in Arztpraxen

Patientenschützer fordern ambulanten Einsatz des Medizinischen Dienstes

Von itz. Mainz.

Vor Beginn des Deutschen Ärztetags an diesem Dienstag in Mainz hat die Stiftung Patientenschutz mehr Transparenz und eine stärkere Kontrolle der niedergelassenen Ärzte gefordert.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen müsse nicht nur Kliniken und Pflegeeinrichtungen auf ihre Qualität und die ausreichende Präsenz der dort Beschäftigten hin überprüfen, sondern künftig auch die Praxen, regte Stiftungsvorstand Eugen Brysch an. Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) sollte den Dienst entsprechend beauftragen, sagte Brysch der Deutschen Presse-Agentur. Eine Systemumstellung der ambulanten Versorgung auf verbindliche Gütekriterien sei überfällig, die Regeln der Kassenärztlichen Vereinigungen reichten nicht aus. Lauterbach wird am Dienstag zur Eröffnung des 128. Ärztetags in Mainz erwartet. Das "Ärzteparlament" tagt dort über Christi Himmelfahrt hinaus noch bis Freitag.

Im Laufe des Monats will der Minister gegen den Widerstand der Krankenhausverbände eine Onlineübersicht über die Qualität aller Kliniken freischalten lassen. Darin können Patienten und einweisende Ärzte sehen, welche Stationen wie viele Therapien und Eingriffe anbieten und mit welchem Erfolg. "Ähnlich diesem Klinikatlas braucht es einen unabhängigen Praxisatlas", forderte Brysch. "Flankierend dazu muss ein verlässliches Bewertungsportal die Zufriedenheit der Patienten erfassen." Brysch verlangte, "Qualität und Erreichbarkeit der Praxen endlich extern zu überprüfen". Der falsche Weg sei es, immer mehr Geld in das System zu stecken. Die ambulante Qualität sei eine "große Unbekannte", schlechte Leistungen würden ebenso honoriert wie gute.

Mit dem Vorstoß reagierte Brysch auf das Anliegen des Ärztetags und seines Präsidenten Klaus Reinhardt, das Patientenaufkommen künftig besser zu steuern. Damit ließen sich an-

gesichts des Ärztemangels vorhandene Kapazitäten besser nutzen, hatte Reinhardt angeregt. "Ärztliche Standesvertretungen und die Gesundheitspolitik überschlagen sich mit Vorschlägen zur Patientensteuerung", entgegnete Brysch. "Dabei muss zunächst die Arbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in den Blick genommen werden." Laut Reinhardt sind rund 4800 Sitze von Hausärzten unbesetzt. Auch in den Hospitälern herrsche Mediziner-mangel. Dieser sei "in vielen Teilen Deutschlands längst Realität". Jeder vierte berufstätige Arzt sei 60 Jahre oder älter, stehe also vor dem Ruhestand, was die Lage noch erschweren werde. Reinhardt warnte: "Wenn die Politik diese Entwicklungen nicht ernst nimmt, steuern wir auf einen realen Versorgungsnotstand hin."

GESUNDHEITSPOLITIK UND DIGITALISIERUNG

Quelle: Süddeutsche Zeitung, (B) Nr. 105/2024 vom 07.05.2024, S.13 (Tageszeitung / täglich außer Sonntag, München)

Auflage: 133.119

Reichweite: 371.402

Autor: Helmut Martin-Jung

DIGITALISIERUNG IN DER MEDIZIN

Datenschutz kann Leben kosten

Clemens Kill hat in seinem Arbeitsalltag keine Zeit zu verschwenden. Wenn Patienten schwer verletzt zu ihm in die Notaufnahme der Essener Universitätsmedizin kommen, kann jede Sekunde zählen. Kill, der die Einrichtung leitet, legt daher besonderen Wert darauf, dass sich seine Leute so wenig wie möglich damit beschäftigen müssen, Daten irgendwo manuell einzutragen – und das womöglich auch noch doppelt und dreifach. Er findet: "Wir schützen Daten besser als unser Leben."

Dass der Datenschutz, ob schlecht geregelt oder auch nur schlecht angewendet, Leben kostet, sieht auch der Deutsche Ethikrat inzwischen so – eine Institution, die wahrlich nicht im Verdacht steht, der vollen Datentransparenz das Wort zu reden und die Schleusen einfach zu öffnen. Es ist ja klar, dass Daten, die die eigene Gesundheit betreffen, so ziemlich das Letzte sind, das man öffentlich einsehbar haben will.

Worum es aber geht, ist die Art und Weise, wie medizinischer Fortschritt künftig erreicht werden kann. Biowissenschaften und Informatik spielen dabei wichtige Rollen. Mithilfe von künstlicher Intelligenz und Quantencomputern hofft man, die Entwicklung etwa von neuen Medikamenten drastisch zu beschleunigen. Doch damit die Rechenmaschinen Muster erkennen können, braucht es Daten. Viele und gute Daten.

Deutschland müht sich aber schon damit, Rezepte nicht mehr auf Papier

auszugeben. Wenn schon eine solche, vergleichsweise leichte Aufgabe – die in Schweden übrigens in den 1980er-Jahren erstmals in Angriff genommen wurde – nicht funktioniert, ist klar, dass es mit komplexeren Themen länger dauert.

Doch der Umgang mit Daten muss sich ändern. Dabei geht es um zwei Hauptthemen: erstens, die Kommunikation zwischen den verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen auf einen digitalen Weg umzustellen. Das gilt sowohl, wenn etwa ein Facharzt oder ein Krankenhaus mit der Hausarztpraxis kommuniziert, als auch intern. In den meisten Krankenhäusern können beispielsweise die Daten medizinischer Geräte nicht automatisch in eine digitale Krankenakte übernommen werden. Patienten erleben es oft, dass sie mehrmals Papierformulare mit denselben Daten ausfüllen müssen.

Zweitens muss ein Weg gefunden werden, Patientendaten so zu anonymisieren, dass keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen möglich sind. Das ist nicht so trivial, wie es scheinen mag, sollte aber mit etwas Aufwand machbar sein. Diese Daten könnten dann wiederum viele Leben retten, wenn Forschende am besten europaweit Zugriff darauf hätten.

Natürlich machen gute Daten alleine noch keine gute Medizin. Dazu ist auch ein Gesundheitssystem nötig, das mehr Raum lässt für Empathie. So wie es in vielen Krankenhäusern derzeit zugeht, möchte man noch we-

niger gern krank werden als ohnehin schon. Assistenzärzte, die Nachtdienste schieben müssen bis zur Erschöpfung, weil alles auf Kante genäht ist, knappes Pflegepersonal – auch darunter leidet die medizinische Versorgung.

Die Krankenhaus-IT, in vielen Häusern ist sie oft ein Fiasko, weil die Systeme nutzerunfreundlich sind und die IT-Abteilungen chronisch unterbesetzt. Die vielen Systeme, auch die in ambulanten Praxen, verstehen sich nicht immer untereinander – wie soll man da eine gemeinsame Datenbasis aufbauen? Dass Deutschland lang ein digitales Entwicklungsland war, rächt sich nun auf vielen Gebieten, auch in der Medizin. Die Versäumnisse, die über Jahre und Jahrzehnte angehäuft wurden, werden umso teurer aufzuholen sein, je länger man damit wartet. Leidtragende sind die Patienten und das ärztliche Personal. Die Verantwortlichen im Bund und in den Ländern sollten daher ihre Bemühungen verstärken, einheitliche Standards zu entwickeln. Dabei sollte die Last nicht auf den Schultern von Ärztinnen, Ärzten und dem Pflegepersonal abgeladen werden. Sie sollen keine Systemverwalter sein, sondern sich um kranke Menschen kümmern.

Deutschland müht sich schon, Rezepte nicht mehr auf Papier auszugeben

GESUNDHEITSPOLITIK UND DIGITALISIERUNG

Quelle: aerzteblatt.de vom 06.05.2024 (Internet-Publikation, Berlin)

Visits: 4.984.820

Reichweite: 166.161

Medizin

Künstliche Intelligenz könnte Patienteninformationen vermitteln

Hamburg – Angebote mit Künstlicher Intelligenz (KI) reifen derzeit soweit aus, dass sie sogar für sensible Bereiche, wie die Vermittlung von Patienteninformationen infrage kommen. KI-generierte Informationen zu den häufigsten Patientenfragen bei Systemischen Lupus Erythematoses (SLE) erreichten eine überraschend gute Qualität. Die aktuelle Studie ChatSLE zeigt am Beispiel von SLE auf, dass Large Language Modelle Behandler bei vielen Fragestellungen im Gespräch mit Erkrankten entlasten könnten (*The Lancet Rheumatology*; DOI: 10.1016/S2665-9913(24)00056-0).

Nach der Diagnose von chronischen Erkrankungen, wie SLE, haben Betroffene viele Fragen zum Umgang mit der entzündlich-rheumatischen Erkrankung und zum therapeutischen Vorgehen. Der Verband Lupus Europe hat die 100 häufigsten Patientenfragen zum Management von SLE als Service für Betroffene auf der Website lupus100.org beantwortet und in 14 Sprachen übersetzt.

Das Large Language Model ChatGPT-4 beantwortete die gleichen 100 Patientenfragen zu SLE eigenständig und zwar anhand von großen Datensätzen und neuronaler Netzwerke die sich auf die Generierung von ansprechenden und laienfreundlichen Texten spezialisiert haben.

Ein Vergleich der schriftlich ausgegebenen Antworten mit den Antworten der Rheuma-Expertinnen und -experten von Lupus Europe ergab im Rahmen der ChatSLE-Studie für die Forschenden ein überraschendes Ergebnis: "Bei der verblindeten Evaluation erreichten die KI-generierten Antworten höhere Qualitätswerte als die der Rheumatologinnen und Rheumatologen der Webseite", berichtete Studienleiterin Isabell Haase, Oberärztin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und Sprecherin der Arbeitsgruppe Junge Rheumatologie (rheumadocs) der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie (DGRh).

In Bezug auf Empathie wurden die Antworten des ChatGPT als gleichwertig zu den Statements der Expertinnen und Experten eingestuft, wobei jedoch diese Beurteilung ausschließlich durch Mediziner erfolgte. Eine Bewertung der KI-basierten Antworten durch SLE-Betroffene steht derzeit noch aus. Bei längeren Antworten wurden die KI-generierten Texte sogar tendenziell als empathischer empfunden.

"In der ärztlichen Sprechstunde fehlt dagegen oft die Zeit für ausführliche Gespräche", so die Erfahrung vom Co-Autor der Studie Martin Krusche, stellvertretender Leiter der Sektion Rheumatologie am UKE und Mitglied der Kommission Digitale Rheumatologie der DGRh.

Eine einfühlsame und adäquate Kommunikation sei allerdings die Grundlage für ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis, betonten die Studienautoren. Daher könnte der Einsatz von ChatGPT-generierten Texten, die teilweise adaptiert und nur sehr selten korrigiert werden müssten vor allem wegen des zu erwartenden eklatanten Fachärztemangels im Bereich Rheumatologie hilfreich sein. Large Language Modelle wie ChatGPT-4 hätten somit das Potenzial Patientenfragen mit guter Qualität und genügend Empathie zu beantworten, schlussfolgern die Studienautoren.

zum Thema

aerzteblatt.de

In Deutschland seien aktuell nur 700 niedergelassene Rheumatologinnen und Rheumatologen tätig, dem 1,8 Millionen Rheumaerkrankte gegenüber stehen. "Die Zahl der niedergelassenen Rheumatologinnen und Rheumatologen müsste ungefähr dreimal so hoch sein, um eine gute Versorgung sicherzustellen", kommentierte DGRh-Präsident Christof Specker, Direktor der Klinik für Rheumatologie & Klinische Immunologie am evangelischen Klinikum Essen-Mitte.

Um den hohen Bedarf an Fachkräften in diesem Bereich zu stärken hat die DGRh auch Schritte für den Ausbau der rheumatologischen Weiterbildung mit der Kampagne [rheuma2025.de](https://www.rheuma2025.de) eingeleitet. "Neben diesen langfristigen Maßnahmen sollten wir aber auch das Potenzial neuer Technologien nutzen, um die Versorgungssituation kurzfristig zu entspannen", empfahl Specker. © cw/[aerzteblatt.de](https://www.aerzteblatt.de)

Zum Originalbeitrag

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/150972/Kuenstliche-Intelligenz-koennte-Patienteninformationen-vermitteln>

WETTBEWERBER UND REGION

Quelle: Westdeutsche Allgemeine WAZ, Essen Nr. 106/2024 vom 07.05.2024, S.2 (Tageszeitung / täglich außer Sonntag, Essen)

Auflage: 22.946

Reichweite: 49.793

Autor: Stephanie Weltmann

"Wir können mit nichts planen"

Die Kliniken sehen sich in unruhigen Zeiten. Selbst jene Häuser, die vorbereitet sind, üben Kritik

Von **Stephanie Weltmann**

Gelsenkirchen Nein, mit faulen Eiern sind sie nicht beworfen worden. Susanne Minten, Geschäftsführerin der "Katholischen Einrichtungen Ruhrgebiet Nord" (KERN), winkt ab. Vor wenigen Wochen hat der Gelsenkirchener Gesundheitsriese mit 7500 Beschäftigten und Standorten von Essen bis Haltern am See auch die letzte Abteilung aus einem Krankenhaus in Gelsenkirchen-Horst abgezogen. Nach 130-jähriger Geschichte wurde die stationäre Versorgung aufgegeben und soll nun Platz für Praxen bieten.

Angebote zu konzentrieren, das sei gerade in Ballungsräumen richtig und sinnvoll, meint Klinikmanagerin Minten. "Wenn wir an fünf Krankenhausstandorten jeweils, nur zum Beispiel, ein bisschen Endoprothetik machen, kann das nie so gut sein wie ein Standort, der das ständig macht."

Damit greift der katholische Verbund für Medizin, Pflege und Pädagogik einer Entwicklung vor, wie sie landesweit ab dem kommenden Jahr zu sehen sein wird. 2025 soll die Landes-Krankenhausreform in Kraft treten, mit der Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) die Kliniklandschaft gehörig umkrepeln will. Betreiber sollen stärker zusammenarbeiten und die Angebote anhand neuer Leistungsgruppen konzentriert werden. Erwartet wird auch, dass einzelne Kliniken in der Folge ganz geschlossen werden.

In Gelsenkirchen könnte man eigentlich entspannt auf die Landesre-

form schauen. Erst 2023 haben sich zwei katholische Träger zu der GmbH zusammengeschlossen, um Angebote besser steuern zu können und wettbewerbsfähiger zu sein. Doch die Unsicherheit ist selbst hier groß: Lange sei man gut an der Reform beteiligt worden, nun aber fehle die entscheidende Information, welche Leistungen voraussichtlich an welchen Krankenhausstandorten erhalten bleiben, heißt es. Ein Spitzentreffen mit Klinikchefs der Umgebung und Länderbehörden – die sogenannte Regionalkonferenz – steht im Juni an, doch mit welchem Ergebnis, das sei offen.

Dabei drängt die Zeit: "Wir sind von Übergangsfristen ausgegangen, aber die wird es wohl, Stand heute, nicht geben", sagt Susanne Minten. Ihre Sorge ist, dass im extremen Fall erst zum Jahresende Behördenbescheide verschickt werden könnten und dann kurzfristig Fachabteilungen geschlossen werden müssten, weil sie nicht mehr abgerechnet werden können. "So etwas ist nicht darstellbar, auch nicht für die betroffenen Mitarbeiter."

Um Abteilungen kämpfen

Minten kündigt an, um Abteilungen kämpfen zu wollen, weiß aber schon jetzt, dass auch Schließungen unter den derzeit elf Krankenhausstandorten bevorstehen könnten: "Wir gehen nicht davon aus, dass wir an allen Standorten weiterhin eine Krankenhausversorgung anbieten werden."

Die Unsicherheit im Haus werde durch die parallel laufende Bundes-

Klinikreform verstärkt. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) will die Finanzierung der Krankenhäuser verändern, streitet sich aber seit Monaten mit Kliniken und den Bundesländern über die Eckpunkte seiner Reform. Kritik gibt es auch daran, dass er die in NRW mühsam erarbeiteten Leistungsgruppen nach jetzigem Stand schon 2026 verändern will. Minten nennt ein konkretes Beispiel, das droht: "Wenn sich der Bundesgesundheitsminister durchsetzt, müssten wir beispielsweise an zwei unserer Standorte die Geburtshilfe schließen. Dabei gibt es jetzt schon zu wenig Geburtskliniken." In der Krankenhauslandschaft finde man niemanden, der Veränderungen nicht für nötig halte, so Minten, doch dafür brauche es Geld und Planungssicherheit.

Ihre Lage beschreibt die Managerin als eine Situation der doppelten Unsicherheit. "Wir haben aktuell nichts, womit wir das nächste Jahr planen können. Wir wissen nichts", so Minten. Das sei gerade in Zeiten des Fachkräftemangels ein Problem. Durch die ungeklärte Situation könne es zu Unruhe im Haus kommen, weil Mitarbeiter ja wissen wollten, ob ihre Abteilungen an den jeweiligen Standorten erhalten bleiben. "Uns sind aus diesem Grund zwischenzeitlich schon exzellente Fachkräfte abhanden gekommen", sagt Minten. "Das ist dann für ein Krankenhaus eine schwierige Situation."

WETTBEWERBER UND REGION

Quelle: Westdeutsche Allgemeine WAZ, Essen Nr. 106/2024 vom 07.05.2024, S.1 (Tageszeitung / täglich außer Sonntag, Essen)

Auflage: 22.946

Reichweite: 49.793

Autor: Matthias Korfmann und Stephanie Weltmann

Unruhe in NRW-Kliniken wächst

Rote Zahlen belasten viele Häuser. Zugleich streiten Bund und Länder weiter über Reformziele

Von Matthias Korfmann und Stephanie Weltmann

Düsseldorf/Gelsenkirchen Während Bund und Länder um die Krankenhausreform ringen, nimmt die Verunsicherung in vielen Kliniken in NRW zu. Susanne Minten, Geschäftsführerin des Gelsenkirchener Gesundheitskonzerns "Katholische Einrichtungen Ruhrgebiet Nord" (Kern), kritisiert im Gespräch mit dieser Redaktion, dass sie aktuell kaum eine Grundlage für das nächste Geschäftsjahr habe. Welche Bereiche der Verbund mit 7500 Mitarbeitern in Medizin, Pflege und Pädagogik an welchen Standorten aufgeben und welche er aufbauen könne, sei laut dem Unternehmen ungeklärt. "Wir sind in einer Situation der doppelten Unsicherheit", sagt Minten. "Wir haben aktuell nichts, womit wir das nächste Jahr planen können."

NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) sieht die Reform insgesamt auf gutem Weg. "Unser Vorteil in NRW ist, dass viele Krankenhäuser längst Teil von Verbünden sind oder mit anderen Kliniken zusammenarbeiten", sagte er der WAZ. Aktuell laufen regionale Verhandlungen

darüber, welche Krankenhäuser künftig welche Leistungen anbieten dürfen. Bis zum Jahresende soll die Reform auf einem soliden Fundament stehen.

Laumann stellt klar, dass es im Zuge der Reform "auch zu Fusionen und damit womöglich auch zu einzelnen Schließungen von Krankenhäusern" kommen könne. Pflegepersonal und Mediziner müssten unter Umständen mit einem Arbeitsplatzwechsel rechnen: "Das Personal wird den Aufgaben folgen." Angesichts der Nachfrage nach Fachkräften müssten sich die Betroffenen aber keine Sorgen um Arbeitslosigkeit machen.

Susanne Minten befürchtet, dass sich die Versorgung durch die Pläne des Bundes verschlechtern könnte. So müsse Kern im schlimmsten Fall an zwei Kliniken Geburtshilfen schließen. "Dabei gibt es jetzt schon zu wenig Geburtskliniken. Die Reform ist weit weg von der Realität", sagte Minten.

Zum Hintergrund: Die Bundesregierung bereitet ein Gesetz vor, dass die Klinikfinanzierung neu regeln soll. Dazu gehört die Abkehr von den sogenannten Fallpauschalen: Bisher

nehmen die Kliniken dann viel Geld ein, wenn sie viele Patientinnen und Patienten behandeln. Dieses System soll zum Teil von "Vorhaltepauschalen" abgelöst werden: Kliniken können mit diesen garantierten Einnahmen 60 Prozent ihrer Kosten ausgleichen, egal, ob viele Betten belegt sind, oder nicht.

Die in NRW längst begonnene Krankenhausreform dient als Vorbild für ganz Deutschland: Die Kliniken werden "Leistungsgruppen" zugeordnet, wie "Kardiologie" oder "Neurologie", wenn sie in diesen Disziplinen besonders gut sind. Der Streit zwischen dem Bund und NRW dreht sich unter anderem darum, dass Lauterbach die mühsam erarbeiteten Leistungsgruppen offenbar schon 2026 wieder zur Diskussion stellen möchte. Rhein-Ruhr

Unser Vorteil in NRW ist, dass viele Krankenhäuser längst Teil von Verbünden sind oder mit anderen Kliniken zusammenarbeiten.
Karl-Josef Laumann (CDU), NRW-Gesundheitsminister

WETTBEWERBER UND REGION

Quelle: Westdeutsche Allgemeine WAZ, Essen Nr. 106/2024 vom 07.05.2024, S.2 (Tageszeitung / täglich außer Sonntag, Essen)

Auflage: 22.946

Reichweite: 49.793

16 gegen Lauterbach?

Die Krankenhausreform spaltet Bund und Länder. NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) warnt Berlin vor Alleingängen

Düsseldorf Die neue Krankenhausplanung in NRW geht in die entscheidende Phase. In diesen Wochen ringen das Land, Klinik-Träger, Krankenkassenversicherungen und lokale Politiker darum, welche Kliniken künftig welche Leistungen anbieten dürfen. Worum es dabei geht und worauf sich Bürgerinnen und Bürger einstellen müssen, erklärt NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) im Gespräch mit Matthias Korfmann.

Herr Laumann, müssen die Menschen mit Krankenhaus-Schließungen rechnen?

Laumann: Die Reform wird zu Veränderungen führen. Im Mittelpunkt steht die Zusammenarbeit zwischen Kliniken. Es wird aber auch zu Fusionen kommen und damit womöglich auch zu einzelnen Schließungen. Viel mehr beschäftigt mich aber die Gefahr, dass einige Krankenhäuser vorher in die Insolvenz gehen müssen.

Es heißt, vier von fünf Kliniken in NRW schreiben rote Zahlen. Werden viele die Umsetzung der Krankenhausreform gar nicht mehr erleben?

Bei einzelnen könnte das passieren. Wir müssen hier übrigens unterscheiden: Bei der NRW-Reform sind wir schon sehr weit im Prozess. Anders sieht es bei der Bundesreform aus. Der Bund lässt sich beispielsweise zu viel Zeit mit der auskömmlichen Finanzierung der Krankenhäuser. Die hohen Tarifsteigerungen müssen schnell über die Krankenkassen refinanziert werden.

Werden die Wege zur nächsten Klinik länger?

In NRW streben wir an, dass 90 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 20 Autominuten ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung erreichen können, also eines, das die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie an-

bietet. Aber Fakt ist, wie weit der Weg zur Klinik ist, hängt auch vom Wohnort ab. Im Ruhrgebiet ist die Krankenhausedichte hoch, in Südwestfalen nicht so sehr.

Ist das Ruhrgebiet also überversorgt?

Dort wohnen ja viele Menschen. Im Revier wird man in 20 Minuten auch künftig nicht nur Krankenhäuser der Regelversorgung erreichen können, sondern auch spezialisierte Versorgungsangebote. Auf dem Land ist das nicht immer so einfach. Mit dem neuen Krankenhausplan folgen wir der Devise: Je seltener und spezialisierter eine Leistung ist, desto längere Anfahrtswege müssen möglicherweise in Kauf genommen werden. Aber dafür ist durch die neue Krankenhausplanung auch gesichert, dass ein Haus eine Leistung nur anbieten kann, wenn es genügend Erfahrung damit hat. Für eine Top-Behandlung zum Beispiel bei Krebs ist es der möglicherweise längere Weg definitiv wert. Ortsnähe ist ein Argument, aber es ist nicht in allen Fällen das entscheidende.

Die Krankenhausreform sorgt auch unter Pflegekräften und Medizinern für Unruhe. Was sagt der Arbeitsminister Karl-Josef Laumann jenen, die befürchten, bald woanders und in neuen Teams arbeiten zu müssen?

Es wird weiter in allen Regionen Krankenhäuser geben. Wenn eine Stadt aber zum Beispiel vier Krankenhäuser hat, und alle bieten Knie-Endoprothetik an, dann hat das mit der Versorgungssicherheit der Bevölkerung nichts mehr zu tun. Wenn man dann über die neue Planung konzentriert, so dass nur zwei oder drei Häuser Knie-Endoprothetik anbieten, kann das Personal effektiver eingesetzt werden. Unter Umständen wird es also Arbeitsplatzwechsel geben.

Anders gesagt: Das Personal wird den Aufgaben folgen. So groß der Schock verständlicherweise erstmal ist, wenn ein Krankenhaus aus der Versorgung ausscheidet: Die Beschäftigten finden in ihrer Region meist sehr schnell wieder einen guten Job. Die anderen Häuser werden ihnen attraktive Angebote machen. Der Arbeitskräftebedarf ist einfach enorm.

Will Karl Lauterbach sein Gesetz für eine Krankenhausreform gegen alle Widerstände durchziehen, oder wird er am Ende doch die Zustimmung der 16 Länder einholen?

Wenn 16 Länder gemeinsam mit elf konkreten Punkten das von der Ampel vorgelegte Gesetz kritisieren, sollte Lauterbach das sehr ernst nehmen. Solch eine Einigkeit habe ich in meinem langen politischen Leben noch nie erlebt.

Lauterbach bestreitet aber, dass die Länder zustimmen müssen...

Das wäre Wortbruch, wenn er dabei bleibt. Denn er hat vorher in aller Öffentlichkeit klar und deutlich zugesagt, dass er den entsprechenden Gesetzesentwurf mit den Ländern gemeinsam erarbeiten und als zustimmungspflichtiges Gesetz einbringen will. Ein von uns, Bayern und Schleswig-Holstein in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten zeigt zudem, dass das Vorgehen des Bundes womöglich verfassungswidrig ist, wenn er das durchzieht. Krankenhausplanung ist eindeutig Ländersache. Der Bund sollte unserem Land ein weiteres Heizungs-gesetz ersparen.

Und was passiert, wenn Lauterbach das ignorieren sollte?

Dann müssten wir uns mit der Frage beschäftigen, ob NRW vor dem Bundesverfassungsgericht dagegen klagt. Bayern würde es wohl auf jeden Fall tun. Eine Klage kann das Gesetz aber nicht aufschieben.

Das heißt, die Klage würde ins Leere laufen?

Nein, aber es würde womöglich einige Zeit ins Land gehen, bevor ein Urteil gefällt wird. Es gibt vorher aber auch noch einen anderen Hebel: Wenn Lauterbach nicht auf uns Länder zugeht, könnte man den Vermittlungsausschuss anrufen.

Rechnen Sie wegen der Reform des Bundes mit steigenden Krankenversicherungsbeiträgen?

Die Beiträge werden mit und ohne Reform steigen. Erstens müssen in einer alternden Gesellschaft mehr Menschen ins Krankenhaus. Zweitens kostet der medizinische Fortschritt Geld.

Ortsnähe ist ein Argument, aber es ist nicht in allen Fällen das entscheidende.

Karl-Josef Laumann (CDU), NRW-Gesundheitsminister

WETTBEWERBER UND REGION

Quelle: Neue Westfälische, Bielefelder Tageblatt (West) vom 07.05.2024, S.3 (Tageszeitung / täglich außer Sonntag, Bielefeld)

Auflage: 7.582

Reichweite: 16.453

"Ich werde nicht fürs Jammern bezahlt"

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) weiß, wie es sich anfühlt, wenn Politikern Hass entgegenschlägt. Im Interview erklärt er, wie die Politik auf jüngste Angriffe auf Mandatsträger reagieren sollte. Er ordnet zudem ein, wie die Krankenhausreform OWL verändern wird und wie sein Verhältnis zur Ärzteschaft ist.

Herr Lauterbach, in den vergangenen Tagen haben Angriffe auf Politiker Entsetzen ausgelöst. Sie selber werden rund um die Uhr von Personenschützern bewacht. Hat die Verrohung im Land eine neue Dimension erreicht?

Karl Lauterbach: Ja, es handelt sich klar um eine neue Qualität, wenn Europapolitiker beim Plakatieren zusammengeschlagen werden. Ich finde bedenklich, was im Land passiert. Die Gewalt nimmt deutlich zu und dadurch wird der Beruf des Politikers immer unattraktiver. Wir haben ja jetzt schon Probleme, die Kommunalparlamente mit guten Leuten zu besetzen – selbst in Städten wie Köln.

Was kann die Politik tun?

Einmal müssen die demokratischen Parteien viel mehr zusammenhalten und vor allem den rechten Diskurs stärker isolieren. Zum anderen kann man Gesetze machen – und das Strafmaß deutlich erhöhen, um Gewalt gegen Politiker härter zu bestrafen. Man muss bei Strafen mit Abschreckung arbeiten. Wenn wir wollen, dass Kommunalpolitik noch funktioniert, dann müssen wir die Leute schützen.

Würde man dadurch Politiker nicht auf eine gesonderte Stufe stellen?

Nein, das wären doch keine Sonderrechte für Politiker, sondern härtere Strafen für die Gewalttäter. Es geht ja dabei auch nicht um Berufspolitiker wie mich. Wir werden ja gut geschützt. Es geht um Kommunalpolitiker, die sich ehrenamtlich einbringen. *Die Ampelkoalition steht vor schwierigen Haushaltsberatungen. Wie laufen Ihre Verhandlungen mit dem Finanzminister – und kann die Regierung daran zerbrechen?*

Ich führe diese Verhandlungen vertraulich und sehr offen mit Christian Lindner und heule mich nicht öffent-

lich aus. Ich werde ja nicht fürs Jammern bezahlt. Ich bin auch sicher, dass wir eine Lösung beim Haushalt finden werden. Gestritten wird über eine Summe von ganz wenigen Prozent des Gesamtvolumens. In einer Zeit, in der die Demokratie von innen und außen bedroht ist, in der ein Krieg in Europa tobt und in der wichtige Wahlen in den USA und Indien anstehen, könnten wir den Bürgern nicht vermitteln, wenn wir die Regierung kippen würden, weil wir uns auf eins-zwei Prozent des Haushaltsvolumens nicht einigen könnten.

Die Krankenhausreform steht bevor. Wie viele Kliniken werden geschlossen?

Diese Frage kann ich nicht beantworten, das entscheiden die Länder. Die sind für die Planung zuständig. Sicher ist aber, dass es Schließungen geben wird, weil wir mit 1.720 Krankenhäusern deutlich zu viele haben, für die wir zu wenig Personal und Geld haben. Es spricht also nichts für einen Fortbestand aller Kliniken.

Die Länder üben nach wie vor starke Kritik an Ihren Reformplänen. Bayern fürchtet gar um die flächendeckende Gesundheitsversorgung.

Die Stimme Bayerns ist eine Einzelstimme, weil es als einziges Bundesland gegen die Reform gestimmt hat. Die 15 anderen Länder stimmen der Reform, die zu weniger Standorten, aber einer verbesserten Behandlungsqualität führen wird, grundsätzlich zu. Auch die Länder sehen, dass an vielen Kliniken Behandlungen durchgeführt werden, obwohl sie dafür nicht passend ausgestattet sind. Sie bieten sie aber an, weil sie das Geld benötigen, um zu überleben und diese Praxis wollen wir beenden. Der Grundkonflikt zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und den Ländern besteht darin, dass die Länder

die Qualitätsstandards bestimmen möchten, doch das wird nicht passieren, weil das Aufgabe des Bundes ist. Darauf hoffen übrigens auch die Kommunen, weil sie so besser planen können.

In NRW läuft die Krankenhausreform bereits. Mit NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) gibt es immer mal wieder Streit. Wie ist Ihr Verhältnis aktuell?

Ich komme mit Karl-Josef Laumann und seinem Team gut zurecht. Klar ist aber auch, dass es bei der größten Klinikreform, die es in den vergangenen 20 Jahren in Deutschland geben wird, auch zu Reibereien kommt.

Vor kurzem sagten Sie, dass die Kliniken in ländlichen Regionen am Netz gehalten werden. Wird die Reform ländliche Regionen wie OWL also nicht so stark verändern wie Ballungsgebiete?

Genauso wird es kommen, denn die Reform greift vor allem in Regionen, in denen eine Überversorgung besteht. Am Beispiel von NRW bedeutet das, dass die Reform in OWL deutlich weniger Spuren hinterlassen wird als in Köln. In viele westdeutschen Großstädten gibt es zu viele Standorte und diese Lage führt dazu, dass Universitätskliniken, die für komplexe Behandlungen am besten geeignet sind, nicht voll ausgelastet sind.

Wer wird entscheiden, welche Kliniken geschlossen werden?

Die Länder ordnen den Krankenhäusern die Leistungsgruppen zu, die der Bund vorgibt, und bestimmen damit, welche Standorte künftig noch welche Leistungen anbieten dürfen. Die Länder haben dadurch viele Freiheiten. Die einzige Einschränkung ist, dass das Bundesgesundheitsministerium die Qualitätsstandards vorgibt,

damit künftig nur noch die Kliniken für Behandlungen honoriert werden, die diese Voraussetzungen auch erfüllen. *Beginnt die Friedenszeit mit den Ländern, wenn das Gesetz durch ist?*

Zunächst steht uns eine schwere Zeit bevor, weil wir das Gesetz durch das Kabinett bekommen müssen. Ich bin aber Gesprächsbereit und wir werden sicherlich auch Vorschläge der Länder in das Gesetz einbringen. Ausnahmen bei den Qualitätsstandards wird es aber nicht geben. Dafür trage ich die Verantwortung und ich weiß die Unterstützung der Bundesregierung hinter mir. Da werden wir nicht wackeln.

Heute werden Sie den deutschen Ärztetag eröffnen. Welche Botschaft bringen Sie mit?

Es besteht zunehmend Konsens zwischen der Ärzteschaft und mir darüber, dass es im Gesundheitssystem diverse ineffiziente Strukturen gibt, die wir uns nicht mehr leisten können. Wir brauchen ein Regelwerk dafür, dass stationär und ambulant nicht länger

gegeneinander gearbeitet wird. Es muss künftig möglich sein, dass Ärzte in beiden Sektoren tätig sein können. Mit Bundesärztekammer-Präsident Klaus Reinhardt bin ich sicherlich nicht immer einer Meinung, aber wir stehen in einem konstruktiven Dialog. *Wie wollen Sie den Ärztemangel bekämpfen?*

Wir haben in den vergangenen Jahren zu wenig Ärzte ausgebildet, weshalb wir die Zahl der Studienplätze um 5.000 erhöhen müssen. Zudem wird die Zentralisierung in Folge der Klinikreform dafür sorgen, dass Ärzte besser verteilt werden.

Eine von der Ampel eingesetzte Kommission empfiehlt, Abtreibungen innerhalb der ersten zwölf Wochen zu erlauben. Die Koalition ist zurückhaltend. Das wirkt so, als fürchtet die Ampel die Geister, die sie selbst gerufen hat.

Der Eindruck ist falsch. Aber wir müssen den Kommissionsbericht zunächst prüfen. Und dann wären rechtliche Änderungen des Paragraphen 218

Sache von Justiz- und Familienministerium. In meinem Bereich setze ich mich für die Verbesserung der medizinischen Versorgung von ungewollt schwangeren Frauen ein.

Sie haben maximale Transparenz bei der Aufarbeitung der Corona-Politik und der Freigabe der RKI-Protokolle versprochen. Ihre Offenheit endet allerdings mit der Amtszeit Ihres Vorgängers, CDU-Politiker Jens Spahn.

Meines Wissens sind die RKI-Protokolle aus meiner Amtszeit nicht angefragt worden. Zudem wusste ich nichts von Schwärzungen, die in bestimmten Fällen zum Beispiel zum Schutz Dritter rechtlich nötig sind. Ich setze mich aber dafür ein, dass die Protokolle an allen Stellen entschwärzt werden, wenn das rechtlich möglich ist. Ich möchte nicht den Eindruck erwecken, dass wir mauern, denn das ist nicht der Fall.

Das Gespräch führten Thomas Seim, Carsten Heil, Ingo Kalischek und Carolin Nieder-Entgelmeier